

R.G. 1696/2019



TRIBUNALE DI BRINDISI
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Brindisi, sezione civile, in composizione monocratica nella persona della Giudice
Teresa Raimo, pronuncia, ai sensi dell'art. 702ter c.p.c., la seguente

ORDINANZA

nella causa iscritta al n. R.G. 1696/2019

PROMOSSA DA

Tizia, rappresentata e difesa dall'avv. Delia Federica Quaranta, presso il cui studio in Ostuni alla
P.zza Libertà n. 12 è elettivamente domiciliata

parte ricorrente

CONTRO

ASL BR di Brindisi, in persona del legale rappresentate *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'Avv.
Antonella Marchetti Caio ed elettivamente domiciliata presso la sede legale in Brindisi alla Via
Napoli n. 8

parte convenuta

1. Il giudizio ha a oggetto la domanda proposta da Tizia volta all'accertamento della responsabilità sanitaria dell'ASL BR per l'intervento chirurgico di riduzione e sintesi con chiodo Polarius svolto in data 01.08.2013 presso l'ospedale di Ostuni a seguito della frattura della testa dell'omero dx, verificatasi in data 27.07.2013 per una caduta in casa, e alla conseguente condanna dell'ASL BR al risarcimento del danno non patrimoniale e patrimoniale, complessivamente quantificato in € 352.100,00.

2. Con ricorso depositato in data 17.04.2019, Tizia ha dedotto la scorretta individuazione ed esecuzione dell'intervento chirurgico con chiodo Polarius, indicando che questo non solo è stato eseguito in difetto di consenso-informato, atteso che il relativo modulo risulta sottoscritto dalla figlia e non dall'attrice in persona, ma che è stato anche scorrettamente ritenuto adeguato laddove la natura pluriframmentaria della frattura avrebbe consigliato di intervenire non con chiodo endomidollare ma con protesi.



Al riguardo, ha precisato che il chiodo è stato successivamente rimosso, in data 28.01.2014, presso la clinica GVM di Conversano con inserimento contestuale di protesi inversa, indicando come a tale esito sia pervenuta a causa dei forti dolori accusati alla spalla dx e dell'assoluta indifferenza post-operatoria manifestata dal personale sanitario dell'ospedale di Ostuni.

Al danno biologico ha aggiunto, poi, il danno psichico subito visto che, per effetto dell'intervento alla spalla dx, ha sviluppato un disturbo depressivo persistente, come riscontrato in occasione delle visite neurologiche, psichiatriche e psicologiche svolte dal 2015 al 2018.

La ricorrente ha rassegnato, quindi, le proprie conclusioni, richiamando la relazione svolta dai CCTTUU nominati in sede di ATP n. RG 1721/2018, dott. Angelo D'Elia, medico-legale, e dott. San Martino Antonio, specialista in ortopedia e traumatologia.

Con riferimento alla relazione peritale ha contestato la quantificazione del danno biologico e del danno psichico, rappresentando l'impossibilità di utilizzare l'arto superiore dx con grave danno permanente e perdita funzionale nella misura sì da individuare una compromissione del 30% e non già del 9% stimata dai CCTTUU comprensiva anche del danno psichico per l'1-2%.

Ha chiesto, in definitiva, la condanna dell'ASL BR al pagamento della somma complessiva di € 352.100,00 o della minor/maggior somma ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria, così calcolata, secondo le Tabelle del Tribunale di Milano, in € 249.430,00 a titolo di risarcimento del danno biologico da invalidità permanente nella misura del 45% (30% per danno biologico e 15% per danno psichico), in € 22.050,00 a titolo di risarcimento del danno per invalidità temporanea totale per 100gg e parziale per 100gg al 75% e per ulteriori 100gg al 50%, in € 621,30 per spese sanitarie nonché in € 80.000,00 per personalizzazione, vinte le spese di lite e del procedimento di ATP, comprensive della CTU e del costo sopportato per il proprio CTP.

3. L'ASL BR si è costituita in giudizio in data 20.04.2020 chiedendo il rigetto della domanda attrice in quanto infondata, vinte le spese di lite.

A fondamento di tale conclusione l'ASL BR ha posto l'inesistenza di alcun profilo di colpa sanitaria in capo agli operatori dell'ospedale di Ostuni, come accertato dai CCTTUU, e quindi l'insussistenza di alcun profilo eziologico, richiamando in diritto tanto la natura della responsabilità dei sanitari, ritenuta extracontrattuale, quanto la natura dell'obbligazione sanitaria, ritenuta di mezzi.

In merito al consenso informato ha eccepito l'assenza di alcun danno e, in ogni caso, l'assolvimento di tale obbligo mediante informazioni rese al familiare delegato come previsto dalla legge n. 219/2017, valorizzando a tal fine la firma della figlia della ricorrente.

In ogni caso ha contestato il *quantum* risarcitorio in quanto sproporzionato per eccesso e frutto di un'indebita parcellizzazione.

4. Fallito il tentativo di un bonario componimento tra le parti, è stata fissata dapprima udienza di discussione e dopo sono stati chiamati i CCTTUU nominati in sede di ATP a rendere chiarimenti all'udienza del 20.12.2023.

4.1 All'esito di tale udienza, il Tribunale ha formulato la seguente proposta conciliativa: “1) l'ASL BR verserà, a saldo di ogni sua pretesa, alla sig.ra Tizia la somma di € 30.000,00, comprensiva di ogni voce di danno richiesta, interessi e rivalutazione; 2) la spese di CTU saranno a carico della convenuta ASL BR; 3) le spese di giudizio, da liquidarsi in base allo scaglione tariffario relativo alla sorte capitale sopra indicata e senza considerazione della fase decisione, nella misura di € 3.376,00, oltre alle borsuali, saranno a carico della convenuta ASL BR”.

Alla successiva udienza, mentre parte attrice ha dichiarato di accettare la proposta formulata dal Tribunale, parte convenuta si è dichiarata disponibile a corrispondere la somma di € 16.000,00, oltre spese di CTU e onorari, con controproposta rifiutata dalla controparte.

4.2 È stata fissata, quindi, su richiesta di entrambe le parti, udienza di precisazione delle conclusioni.

All'udienza del 27.03.2025 le parti hanno precisato le conclusioni chiedendo la decisione della causa con concessione die termini di cui all'art. 190 c.p.c. Il Tribunale ha, quindi, riservato la causa per la decisione con concessione dei termini.

Con ordinanza del 28.03.2025, il Tribunale ha rimesso la causa sul ruolo dando atto della necessità di applicare il procedimento delineato dagli artt. 702bis e ss c.p.c. visto che, nonostante la richiesta delle parti espressa all'udienza del 27.03.2025, non era stato disposto il mutamento del rito da sommario di cognizione a ordinario di cognizione. È stata fissata, quindi, udienza di discussione orale e decisione, con concessione di un termine per note finali.

4.3 Nelle note finali l'ASL BR resistente ha reiterato le proprie difese, mentre la ricorrente Tizia ha ribadito la propria posizione chiedendo, oltre al risarcimento del danno non patrimoniale e patrimoniale da lesione della salute quantificato, secondo le Tabelle del Tribunale di Milano, nella somma complessiva di € 352.100,00 come sopra dettagliatamente indicato, anche il ristoro della lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica per violazione dell'obbligo di informazione, da quantificarsi in via equitativa, sempre vinte le spese del presente giudizio e del giudizio di ATP, comprese le spese della CTU e del CTP, da distrarsi in favore del difensore dichiaratosi antistatario.

4.4 All'esito dell'odierna udienza, esaurita la discussione orale e udite le conclusioni con cui le parti hanno ribadito quelle già rassegnate in atti, il giudizio viene definito con la presente ordinanza, di cui si dà integrale lettura all'esito della camera di consiglio, depositandola telematicamente in coda al verbale d'udienza.

5. Alla luce delle conclusioni rassegnate da parte attrice si devono esaminare due domande, relative l'una all'accertamento della responsabilità sanitaria dell'ASL BR per l'intervento chirurgico dell'01.08.2013 e l'altra all'accertamento della responsabilità dell'ASL BR per violazione del consenso informato.

5.1 Nonostante la diversa formulazione delle conclusioni rassegnate in sede di precisazione nel ricorso introduttivo e nelle note finali, è evidente che parte ricorrente ha lamentato la lesione sia del diritto alla salute, tutelato *in primis* dall'art. 32 Cost., sia del diritto all'autodeterminazione terapeutica, costituzionalmente protetto dagli artt. 2, 13 e 32, comma 2, Cost.

A tale esito conduce il tenore complessivo degli atti difensivi di parte ricorrente e l'oggetto dell'istruttoria svolta in sede di ATP con contraddittorio tecnico delle parti anche in tema di consenso-informato.

Tale conclusione è avvalorata, d'altronde, anche dalle ampie difese svolte dall'ASL BR resistente con riferimento proprio al consenso-informato.

Devono prendersi in considerazione, quindi, entrambe le domande.

La responsabilità sanitaria

6. La domanda di accertamento della responsabilità sanitaria proposta dalla ricorrente nei confronti dell'ASL BR è infondata e, pertanto, va rigettata per le ragioni di seguito esposte.

6.1 La responsabilità sanitaria della struttura, storicamente ricondotta nell'alveo della responsabilità contrattuale, come chiarito oggi dall'art. 7, comma 1, legge 24/2017, configura un'ipotesi di responsabilità soggettiva e non oggettiva.

Perché possa affermarsi una responsabilità della struttura è necessario, quindi, accertare l'esistenza anzitutto (1) della colpa sanitaria, ossia della violazione dei canoni di prudenza, diligenza e soprattutto di perizia sanitaria secondo le raccomandazioni cliniche previste dalle linee guida e dalle buone pratiche accreditate nella scienza medica e dipoi (2) del nesso eziologico tra la condotta sanitaria colposa e i danni lamentati dal danneggiato in sede giudiziale.

La colpa sanitaria rappresenta evidentemente il primo tassello da verificare, mentre il nesso eziologico costituisce il secondo aspetto da indagare.

6.2 Nel caso di specie, difetta la colpa sanitaria degli operatori dell'ospedale di OstuniASL BR presso cui è stata ricoverata e operata in data 01.08.2013 la ricorrente Tizia.

I CCTTUU hanno accertato, infatti, con ampia e argomentata motivazione tecnica mediante il richiamo della letteratura scientifica di riferimento, che il trattamento della frattura con chiodo endomidollare Polarius era il miglior trattamento possibile, da preferire rispetto sia al trattamento con placche e viti sia alla protesi, in considerazione della situazione concreta di Tizia.

La signora è, infatti, una paziente anziana (all'epoca dei fatti di causa aveva 74anni), fumatrice, obesa, affetta sia da cardiopatia ischemica, trattata con due angioplastiche coronariche e con terapia anticoagulante (Clopidogrel), sia da diabete mellito, complicato da amputazione dell'arto inferiore sx e del piede dx, già operata anche per calcolosi di ghiandole salivari e per prolasso genitale.

Questo quadro clinico generale sconsigliava, invero, di trattare la frattura complessa dell'omero dx con placche e viti, trattamento invece preferito generalmente. Le comorbilità indicate aumentavano, infatti, il rischio di complicanze infettive post-chirurgiche, correlato sia all'ampia esposizione chirurgica per il trattamento c.d. a cielo aperto con accesso transdeltoidale sia alla presenza di diabete mellito complicato da micro e macro angiopatia, e aumentavano anche il rischio di necrosi avascolare della testa omerale.

La situazione individualizzata di Tizia sconsigliava, poi, il trattamento con protesi tanto per l'elevato rischio chirurgico intra-operatorio, correlato sia alla macro e micro angiopatia diabetica che alla *beach chair position*, fonte di fatti ischemici cerebrali o cardiovascolari, quanto per l'elevato rischio peri e post operatorio di natura infettiva che nei diabetici raggiunge livelli doppi o tripli rispetto a quelli fisiologici (fino al 10- 12% a fronte di un fisiologico 2-4% secondo le "Linee guida dal primo consensus meeting mondiale sulle infezioni periprotetiche" Philadelphia 2013). Viceversa, il trattamento con chiodo endomidollare presentava un basso rischio chirurgico, una rapidità di esecuzione con minor tempo di esposizione ad aria ambiente e una stabilità dei frammenti maggiore dovuta alla presenza di viti che si bloccano sul chiodo stesso.

I CCTTUU hanno concluso, quindi, che il trattamento chirurgico scelto ed eseguito l'01.08.2013 sia stato coerente con le raccomandazioni cliniche adeguate al caso di specie e sia stato eseguito secondo la buona prassi medica, senza danni, eventi lesivi o infezioni derivanti dal gesto chirurgico (pag. 10 relazione).

Hanno precisato, infatti, che *"di fronte ad una paziente così delicata e di difficile approccio, il chirurgo stesso abbia scelto l'inchiodamento endomidollare a fronte di un trattamento conservativo non chirurgico (scarso risultato funzionale) o di sintesi e minima con fili (rischio infettivo e scarsa stabilità) al solo fine di adottare una tecnica mini-invasiva (mini accesso), che desse una stabilità migliore rispetto all'uso dei fili di K. liberi o viti, con tempi di esposizione chirurgica agli agenti esterni ridotti, rispetto sia ad una placca che ad una protesi, eseguite con accessi deltoideo-pettorale molto più ampi e con maggiore rischio lesivo di tipo vascolo-nervoso"*.

Peraltro, in sede di valutazione delle osservazioni del CTP di parte ricorrente, hanno chiarito la correttezza del timing chirurgico, rappresentando che l'anticoagulante Clopidogrel assunto dalla ricorrente è stato sospeso qualche giorno prima dell'intervento differibile, ossia non emergente, passando all'eparina a basso peso molecolare per ridurre il rischio trombotico.

Hanno aggiunto, poi, che la stabilizzazione delle condizioni cliniche con l'intervento dell'01.08.2013 non ha impedito comunque il trattamento con protesi, effettuato presso la GVM di Conversano che, pur essendo stato correttamente eseguito, non ha portato comunque alla ripresa funzionale dell'arto. Tale scadente ripresa è ascrivibile, secondo il coerente parere tecnico dei CCTTUU, non all'esecuzione del primo intervento ma verosimilmente alla degenerazione dell'arto dominante in paziente ultrasettantenne, alle condizioni cliniche complessive della ricorrente e alle lesioni della componente mio-tendina, oltre che ossea, generate dall'evento traumatico.

In breve, i CCTTUU hanno escluso la sussistenza di un'imperizia medica vuoi nella scelta del trattamento chirurgico vuoi nell'esecuzione dello stesso.

In assenza di colpa sanitaria deve escludersi, quindi, in radice, qualsivoglia responsabilità dell'ASL BR resistente. Vale, al riguardo, il principio secondo cui *“imperitia sine culpa non datur”*.

6.3 Esclusa la colpa sanitaria viene meno il nesso causale, non sussistendo alcuna condotta sanitaria colposa cui correlare il danno lamentata dall'attrice.

Tale conclusione logico-giuridica è avvalorata, peraltro, anche dalla conclusione tecnica raggiunta dai CCTTUU in punto di causalità.

Questi affermano, infatti, che *“In base ai criteri medico-legali vi è nesso causale da ascrivere al chirurgo, non in merito al gesto chirurgico o a procedure errate e comportamenti medici non adeguati, ma in merito all'evoluzione che la non corretta riduzione della frattura altamente scomposta ha prodotto”* (pag. 1 relazione).

Con espressione infelice i CCTTUU negano, invero, che esista un nesso causale tra i danni e il gesto chirurgico o le procedure e comportamenti medici, in quanto ritenute non errate e adeguate al caso di specie.

Si spingono, tuttavia, a svolgere una valutazione giuridica concernente la sussistenza del nesso causale tra l'intervento chirurgico scelto ed eseguito senza colpa e il risultato atteso di riduzione della frattura e ripresa della funzionalità dell'arto.

Si tratta di un nesso causale irrilevante ai fini giuridici per almeno due motivi.

In primo luogo, perché i fattori da porre in correlazione in termini di causalità logica, scientifica e giuridica sono la condotta sanitaria colposa e il danno lamentato, non già il risultato atteso. In secondo luogo, perché l'obbligazione sanitaria è sì, al pari delle altre obbligazioni contrattuali, un'obbligazione di risultato, ma non è un'obbligazione governabile nel risultato: l'evento atteso della guarigione o del miglioramento dei sintomi dipende, infatti, non solo dalla condotta sanitaria ma anche da fattori ulteriori ed estranei al controllo (*id est* governo) del sanitario, come la reazione fisica di ciascun corpo anche in considerazione della pregressa situazione clinica e la diligenza del paziente nell'attenersi alle indicazioni farmacologiche, cliniche e terapeutiche fornitegli dai sanitari.

Il fatto che la riduzione della frattura non si sia verificata nel modo atteso, con scadente ripresa della funzionalità dell'arto, non è riconducibile, dunque, a una condotta colposa dei sanitari il cui comportamento è stato improntato, invece, a perizia medica, come detto.

Ne deriva che le conseguenze della guarigione minore di quella attesa non possono addebitarsi all'ASL BR se non a costo di snaturare la responsabilità sanitaria, di trasformarla da soggettiva a oggettiva e di imputare alle strutture sanitarie quella quota di imponderabile e ingovernabile onnipresente nelle prestazioni sanitarie.

6.4 Alla luce di tali considerazioni si deve, quindi, affermare che non esiste alcuna responsabilità sanitaria dell'ASL BR per l'intervento chirurgico di riduzione e sintesi con chiodo Polarius eseguito in favore di Tizia in data 01.08.2013.

6.5 Il rigetto della domanda attrice nell'*an* esonera, poi, qualsiasi indagine in merito al *quantum*, per assorbimento logico.

La responsabilità per violazione del consenso informato

7. Ciò detto sulla prima domanda, può passarsi ora all'esame della seconda domanda relativa all'accertamento della responsabilità dall'ASL BR per violazione del consenso-informato.

7.1 Si tratta parimenti di una domanda infondata per le ragioni di seguito esposte.

7.2 Oggigiorno è indubbio che la lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica prescinda dall'esito fausto o infausto del trattamento sanitario, valorizzandosi la distinzione esistente tra il bene “libertà individuale di scelta terapeutica” e il bene “salute”.

Tuttavia, la responsabilità civile derivante dalla lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica non esula dalla struttura propria della responsabilità civile, contrattuale o extracontrattuale che sia, imponendo l'accertamento tanto del danno-evento e della causalità materiale quanto del danno-conseguenza e della causalità giuridica.

Perché possa parlarsi di responsabilità giuridica non è sufficiente, quindi, affermare o gridare che i sanitari hanno violato l'obbligo di assumere il consenso-informato del paziente, invocando un c.d. danno *in re ipsa* (negato, con forza, da Cass. Sez. 3, 04/11/2020, n. 24471).

È necessario, invece, dimostrare che (1) l'obbligo giuridico del consenso informato, confluìto nell'art. 1 della legge n. 219/2017, è stato inadempito (c.d. danno-evento) o perché i sanitari non hanno informato in modo completo, esatto e specifico il paziente oppure perché il consenso è stato prestato dal paziente in modo non esplicito, non consapevole, non completo e non attuale; (2) che, anche nel caso di trattamento dall'esito positivo, tale violazione ha causato una lesione sufficientemente seria, di natura non patrimoniale, della libertà di disporre di sé psichicamente e fisicamente, ossia una contrazione della propria capacità di determinarsi in ambito terapeutico capace di provocare sofferenze (c.d. danno-conseguenza) legate, a titolo esemplificativo, o ai rischi



corsi di cui non si era stati informati o alla sottoposizione di trattamenti farmacologici o riabilitativi che si sarebbero affrontati con maggiore e migliore consapevolezza se fossero stati rappresentati in modo completo ed esaustivo oppure ancora, in termini più radicali, alla predilizione per una scelta sanitaria diversa da quella effettuata qualora si fosse stati resi edotti di tutte le compitanze e di tutti gli esiti evolutivi del trattamento.

Un siffatto onere dimostrativo cade, secondo quanto prescritto dall'art. 2697 c.c., sul danneggiato-attore o ricorrente.

È questi che deve dimostrare in giudizio che il sanitario non ha correttamente assolto all'obbligo del consenso-informato e che, a causa di ciò, ha subito un pregiudizio personale meritevole di ristoro.

In tal senso si pone il principio di diritto ribadito da ultimo da Cass. Sez. 3, 22/02/2025, n. 4682 proprio con riferimento al trattamento sanitario correttamente eseguito, secondo cui *“il danno da lesione del diritto, costituzionalmente tutelato, all'autodeterminazione è risarcibile qualora il paziente alleghi e provi che dalla omessa, inadeguata o insufficiente informazione gli siano comunque derivate conseguenze dannose, di natura non patrimoniale, diverse dal danno da lesione del diritto alla salute, in termini di sofferenza soggettiva e contrazione della libertà di disporre di se stesso, psichicamente e fisicamente”*.

D'altronde, si è precisato che è onere del paziente danneggiato dimostrare che, nonostante la corretta esecuzione del trattamento sanitario, la violazione dell'obbligo del consenso-informato gli ha precluso di adottare una diversa scelta terapeutica che avrebbe preferito se fosse stato adeguatamente informato, così mostrando un dissenso all'atto terapeutico consigliato dal sanitario difformemente dalla regola statistica dell'*id quod plerumque accidit* secondo cui i pazienti normalmente accolgono l'indicazione terapeutica suggerita dai sanitari.

In tale prospettiva è opportuno rammentare il principio di diritto espresso da Cass. Sez. 3, 04/11/2020, n. 24471, secondo cui *“[...] l'incidenza eziologica del deficit informativo sul risultato pregiudiziario dell'atto terapeutico correttamente eseguito dipende dall'opzione che il paziente avrebbe esercitato se fosse stato adeguatamente informato ed è configurabile soltanto in caso di presunto dissenso, con la conseguenza che l'allegazione dei fatti dimostrativi di tale scelta costituisce parte integrante dell'onere della prova - gravante sul danneggiato - del nesso eziologico tra inadempimento ed evento dannoso”*.

7.3 Applicando tali coordinate al caso di specie, si deve dire che la ricorrente non ha provato né l'*an* né il *quantum* della dedotta responsabilità da violazione del consenso-informato.

Anzitutto, non ha provato di non aver ricevuto un'informazione esaustiva in merito all'intervento chirurgico di riduzione e sintesi della frattura omerale con chiodo Polarius.

Al contrario, il modulo prestampato del consenso-informato presente in atti contiene un'esposizione specifica e dettagliata del trattamento chirurgico, risultando idoneo ad assolvere all'obbligo di informare il paziente come chiarito da Cass. Sez. 3, 07/11/2023, n. 31026.

La circostanza che tale modulo sia sottoscritto da una delle figlie della ricorrente non è *ex se* dirimente vuoi perché la legge 219/2017 riconosce, all'art. 1, comma 3, il diritto del paziente di *"indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece"* vuoi perché è verosimile, come indicato dai CCTTUU in sede di valutazione delle osservazioni di parte, che firmare il modulo fosse in concreto difficoltoso per Tizia, persona destrimana, in considerazione della frattura dell'omero dx e della scarsa funzionalità del braccio dx.

Peraltro, il fatto che l'intervento non sia stato eseguito immediatamente con ricovero continuo ma dopo qualche giorno con dimissioni e nuovo ricovero di Tizia, resisi necessari per coordinare l'intervento con la terapia anticoagulante, rende evidente che la ricorrente ha assentito all'intervento chirurgico. Tizia poteva, infatti, liberamente decidere, nell'esercizio della propria autodeterminazione terapeutica, di non recarsi nuovamente in ospedale per l'intervento indicato ma di curarsi diversamente e/o di consultare altri specialisti.

Tale opzione di comportamento, rimessa alla scelta spontanea della ricorrente, rende manifesto poi il difetto di prova in ordine all'efficienza causale del presunto vizio del consenso-informato: la ricorrente non ha dimostrato, infatti, che avrebbe negato il consenso all'intervento chirurgico suggeritole e correttamente eseguito; al contrario, il nuovo accesso in ospedale per la data programmata dell'intervento manifesta la volontà positiva di sottoporsi al trattamento chirurgico.

7.4 Alla luce di tali considerazioni si deve rigettare anche la domanda di responsabilità dall'ASL BR per violazione del consenso-informato.

Le spese di lite.

8. Al rigetto delle domande di parte ricorrente segue, secondo il principio della soccombenza posto dall'art. 91 c.p.c., la condanna di Tizia al pagamento delle spese di lite in favore dell'ASL BR resistente.

Per quanto riguarda la quantificazione dei compensi professionali si deve fare riferimento, nella specie, ai parametri medi previsti dal D.M. n. 55/2014 e aggiornati al D.M. 147/2022 atteso che, a norma dell'art. 6 di quest'ultimo D.M., l'attività difensiva si è esaurita dopo il 23.10.2022, e relativi allo scaglione da € 260.001 a € 520.000, in considerazione del valore della causa determinato dalla domanda attrice (€ 352.100,00), ex art. 5, d.m. 55/2014, e con riduzione del 50% del compenso complessivo, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D.M. 55/2014, in ragione della ripetitività delle difese svolte, della scarna attività istruttoria espletata una volta concluso il procedimento di ATP, del numero esiguo delle questioni di fatto e di diritto trattate e della modesta complessità delle stesse,

ampiamente sviluppate dalla giurisprudenza di legittimità. In merito allo scaglione di riferimento va dato atto che, con sentenza n. 20805 del 23 luglio 2025, le Sezioni unite civili hanno precisato il principio di diritto espresso da Cass. 10984 del 26/04/2021, puntualizzando quanto segue: *«In una causa relativa a somma di denaro (nella specie, a titolo di risarcimento di danni), qualora la domanda attrice, che contempli la richiesta di pagamento di un determinato importo, contenga anche la generica istanza “ovvero nel diverso importo che dovesse risultare dovuto in corso di causa, e/o comunque nel diverso importo che dovesse essere liquidato dal giudice con valutazione equitativa ex artt. 1226 e 2056 c.c.” (o similare), in caso di integrale rigetto della domanda, la liquidazione delle spese di lite in favore della parte vittoriosa deve avvenire sulla base dello scaglione corrispondente alla somma specificamente indicata dall'attore, ove lo stesso attribuisca compensi superiori rispetto a quelli accordati per le cause di valore indeterminabile».*

Nel caso in cui la parte soccombente, pur rinviando, a chiosa finale, alla determinazione della somma ritenuta di giustizia, abbia determinato in modo preciso l'importo di denaro richiesto in sede giudiziale, com'è nel caso di specie, la liquidazione delle spese di lite deve fare riferimento, dunque, non allo scaglione delle cause di valore indeterminabile di media complessità, come indicato in precedenza da Cass. 10984 del 26/04/2021, ma deve fare riferimento allo scaglione della causa secondo il valore determinato dalla domanda giudiziale, ex art. 5 d.m. 55/2014, tutte le volte in cui la liquidazione secondo quest'ultimo criterio risulti superiore a quella derivante dall'applicazione del criterio del valore indeterminabile, com'è nel caso di specie.

P. Q. M.

Il Tribunale di Brindisi, sezione civile, definitivamente pronunciando, così provvede:

1. rigetta le domande di parte ricorrente;
2. condanna Tizia al pagamento delle spese di lite in favore di ASL BR di Brindisi, che liquida in € 11.228,50 a titolo di onorario, oltre rimborso forfettario del 15%, C.P.A. e I.V.A. come per legge.

Brindisi, 23.10.2025

La Giudice
Teresa Raimo

