N. R.G. 1517 /2020

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
CORTE D'APPELLO DI FIRENZE
SEZIONE QUARTA CIVILE

Il Collegio nelle persone di:
dott. Ernesto Covini — Presidente Relatore
dott.ssa Giulia Conte — Consigliera
dott. Marco Cecchi — Consigliere
pronuncia la seguente

SENTENZA

Nel procedimento in epigrafe trattenuto in decisione all'udienza di precisazione conclusioni del 2.12.2022 tra:

1 (C.F. *P.IVA_1*), con avv. [redacted] e [redacted]

APPELLANTE

e

(C.F. *C.F._1*, **quale erede di** *Persona_1*, con l'avv. [redacted]
(C.F. *C.F._2*), **quale erede di** *Persona_1*, con avv. [redacted] (C.F. *C.F._3*), già legale rappresentante della figlia *CP_2*, non costituta, contumace

APPELLATI

CONCLUSIONI:
Per l'appellante:
contrariis rejectis, in accoglimento dell'appello,
per i motivi tutti esposti nel presente atto e in riforma della sentenza del Tribunale di Lucca n. 517/2020 pubblicata il 12/06/2020 (rep. 1075/2020 del 15/6/20) resa nel procedimento di cognizione, rubricato al numero R.G. 3157/2017, emessa dal Giudice Maria Giulia D'Ettore in via preliminare, sospendere l'efficacia esecutiva o l'esecuzione della sentenza impugnata, nel caso in cui questa fosse, nelle more, iniziata, ai sensi degli artt. 351, comma 2, e 283 c.p.c. nelle parti oggi appellate;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

nel merito, in accoglimento dei motivi d'appello di cui alla narrativa, previo eventuale rinnovo della CTU, riformare i capi I, II, III, della sentenza appellata, con rigetto quindi di tutte le domande svolte dagli attori in primo grado;
o in ipotesi riformare parzialmente la sentenza del Tribunale di Lucca, riducendo la quantificazione del danno non patrimoniale, sulla base di tutte le argomentazioni illustrate nel presente atto.
Con vittoria di spese, diritti ed onorari, oltre accessori di legge del presente giudizio.
In via istruttoria si chiede il rinnovo della Consulenza Tecnica d'Ufficio.

Per [redacted] *CP_1* :
contrarie istanze respinte:
In via preliminare
Respingere la richiesta di sospensione della esecuzione della sentenza impugnata per assoluta carenza dei presupposti di cui all'art. 283 c.p.c.
In via principale
Respingere l'appello così come formulato in quanto improponibile e/o inammissibile e comunque infondato in fatto e diritto.
Confermare la sentenza impugnata con accoglimento delle conclusioni rassegnate dalla conchiudente davanti al Giudice di primo grado.
Con vittoria di spese diritti ed onorari relativi alla presente fase di giudizio.

Per *CP_2* :
ogni contraria ipotesi respinta, in via principale rigettare la proposta impugnazione, confermando integralmente la sentenza di primo grado.
Solo in denegata subordine, Voglia la Corte accertata e dichiarata la responsabilità dell' *[...]* *Controparte_3* per gli eventi dedotti in giudizio e per le causali dedotte, condannare *CP_3* *[...]*, in persona del legale rappresentante pro-tempore, al risarcimento di tutti i danni patrimoniali ed extrapatrimoniali derivati al Sig. *Persona_1* e per esso agli eredi legittimi *CP_2* e *CP_1* nella misura del 50% cadauno e secondo la quantificazione ritenuta giusta ed equa, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali dal 10.2.2009 alla domanda, ed al tasso di mora dalla domanda al saldo saldo effettivo, oltre al rimborso delle spese di CTU e di CTP documentate.
In ogni caso con vittoria di spese e competenze di entrambi i gradi di giudizio, con distrazione delle spese a favore dell'avv. [redacted] anticipatario.

MOTIVAZIONE

Per un fenomeno di discopatia L4-L5 con spondolistesi il Sig. [redacted] si era ricoverato presso [redacted] di LUCCA il 9.2.2009, dove subiva il giorno successivo un intervento chirurgico di stabilizzazione vertebrale con viti e barre impiantate in tale sede.
Dimesso il 17.2.2009, dopo un paio di settimane il paziente si era trovato a riprovare forte dolore nella medesima, per cui assumeva vari analgesici, per poi chiedere alla struttura di Lucca ed a quella di [redacted] nel giugno 2009: la prima non aveva verificato la presenza di infezioni, mentre la seconda sì (spondolidiscite), e così egli aveva potuto curarsi miratamente.
Nel [redacted] il detto periva in un incidente stradale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

Di poi, nel 2017, i due figli ed eredi del defunto, il maggiorenne *Per_2* e la minorenne *Per_* (quest'ultima a mezzo della madre [redacted] legale rappresentante), avevano intrapreso azione risarcitoria contro *CP_4* per i danni patiti dal padre, e trasmessi loro iure hereditatis, a causa dell'infezione contratta in sede nosocomiale a seguito dell'intervento chirurgico. Si era costituita la convenuta, *Controparte_5*, incorporante la prima, la quale aveva negato la propria responsabilità, poiché aveva seguito i protocolli di sanificazione della sala operatoria e somministrato sia prima sia l'intervento dopo terapia antibiotica al paziente.

Esperita ctu medico legale, **il Tribunale** lucchese aveva emesso cpc **sentenza n. 517/2020 ex art. 281 sexies cpc**, di accertamento della colpa medica per non essere state approntate le dovute procedure per evitare al paziente l'infezione e di conseguente condanna risarcitoria per danno iatrogeno differenziale in misura di 6 punti d'invalidità in aggiunta ai 15 non dipendenti da colpa, oltre all'invalidità temporanea, all'importo di euro 44.406, oltre a spese mediche per euro 2.085,08 per totali euro 46.491,08 oltre accessori come specificati. Ha condannato inoltre la convenuta alle spese di lite, di ctp e di ctu.

L' *CP_4* ha appellato per tre Motivi, rispettivamente sull'an, sul quantum, sulle spese processuali.

Motivo 1- ERRATA VALUTAZIONE DELLA IMPUTABILITÀ DELL'EVENTO ALLA AZIENDA *Controparte_6* VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA POSTA A FONDAMENTO DELLA DIFESA – VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL'ART 1218 C.C. - EVENTO DANNOSO QUALIFICABILE COME MERA COMPLICANZA – CONTRADDITTORIETÀ E CARENZA DELLA MOTIVAZIONE L'appellante ritiene errata e contraddittoria la motivazione del Giudice di prime cure per avere recepito acriticamente gli esiti della CTU, ritenendo provato con sufficiente margine di ragionevolezza, sotto il profilo causale, che il fenomeno infettivo ebbe origine nosocomiale, anche se le evidenze documentali disponibili non forniscono elementi sufficienti per individuare la singola e specifica condotta inadeguata che ha reso possibile l'infezione. Il collegio peritale, proseguiva il Tribunale, aveva concluso che, sebbene lo sviluppo dell'infezione non fosse riconducibile ad errori di tecnica operatoria, né alla terapia antibiotica praticata, l'infezione fu contratta, con alto grado di probabilità, per inadeguata asepsi dell'ambiente di sala operatoria, potendo una più accurata asepsi evitare l'infezione".

L'appellante, in maniera ridondante, ripete più volte dati pacifici: che l'atto chirurgico era stato corretto, che il paziente aveva preso l'antibiotico, che vi era documentazione della sanificazione dell'ambiente operatorio.

La frase dei CTU nella prima versione dell'elaborato ("Una più accurata asepsi dell'ambiente operatorio avrebbe, con ragionevole certezza, potuto evitare l'infezione") evidenzierebbe che i CTU avrebbero omesso completamente di visionare tutti gli esami colturali della sala operatoria utilizzata per l'intervento (doc. n. 4 depositato unitamente alla comparsa di costituzione e risposta) con risultati di completa sterilità di tutta la sala e della strumentazione utilizzata, sulla base dei quali doveva quindi essere esclusa ogni carenza inerente proprio l'asepsi ambientale.

L'errore dei ctu avrebbe portato il Giudice a chiamarli a chiarimenti.

Questi erano stati forniti come segue: "*le possibili cause di contaminazione del sito chirurgico possono essere molteplici; il fatto che nella fattispecie si sia verificata l'infezione è di per se' la prova che una*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

o più delle misure descritte non sia stata rigorosamente seguita; non è possibile, sulla base della documentazione disponibile, indicare con assoluta certezza quale sia stato il comportamento che ha causato l'infezione; certamente non fu provocato da inadeguata asepsi dello strumentario chirurgico, che come documentato dall Pt_1 risulta essere stato sottoposto a sterilizzazione secondo i protocolli previsti. Tuttavia gli eventuali "punti deboli" del sistema sono molteplici e certamente uno di questi fu responsabile dell'infezione".

A detta dell' *CP_4* vi sarebbe contraddizione tra prime e seconde conclusioni dei ctu, prima sostenendo un'inadeguata asepsi non avendo letto il doc. 4 da essa prodotto, e poi, accortisi, e "non volendo con tutta evidenza modificare le conclusioni già espresse" (sic, senza mezzi termini, l'appellante), sostenendo che l'infezione, sebbene non provocata dalla mancata asepsi della sala operatoria, era comunque stata provocata da un'altra variabile sempre dipendente dalla sede ospedaliera.

Secondo l'appellante, atteso che non era stata individuata una precisa causa dell'infezione ricollegabile alla Struttura ospedaliera, non sarebbe corretto, e la sentenza quindi andrebbe riformata sul punto, addebitare la responsabilità dell'evento all' *Controparte_7* perché ciò comporterebbe di addebitare alla *Controparte_7* una responsabilità oggettiva, in contrasto con i principi del nostro ordinamento.

Cita giurisprudenza di merito e di legittimità (Cass. 12274/2011) sui principi generali in materia.

Il MOTIVO è infondato.

Va premesso che la stessa *CP_4* in c.c.r. di primo grado , pag. 8, aveva ammesso come presumibile che l'infezione si fosse sviluppata in seguito all'intervento operatorio [redacted] di Lucca**.**

Al contrario di quanto sostenuto in atto di appello, i ctu avevano dato atto espressamente atto, nella loro prima relazione, anche della documentazione della sanificazione a doc. 4 della convenuta, ritenuta da loro insufficiente a garantire una completa sterilità ambientale. Non è vero quindi che i ctu non si fossero accorti di tali documenti (come asserito infondatamente e malignamente dall'appellante) , per poi tentare di rimediare cercando di individuare ulteriori pezze d'appoggio per la loro tesi preconcetta.

E' piuttosto da sottolineare che **nessuno dei ctp aveva effettuato osservazioni nei termini prescritti dal giudice. Segno evidente della condivisione dell'elaborato peritale.**

Solo nella successiva udienza 31.5.2019, vari mesi dopo il deposito , il difensore dell' *CP_4* sua sponte aveva richiesto chiarimenti ai CTU, ed il giudice li aveva disposti dapprima verbalmente, cosicchè all'udienza del settembre il ctu dott. *Per_4* aveva affermato: *la sterilizzazione dell'ambiente in cui l'operazione si svolge non è di per sé sola sufficiente a garantire che non avvenga contaminazione, bne potendo l'infezione essere trasmessa non dall'ambi o dagli strumenti, ma dal personale che opera in sala operatoria.*

A quel punto il giudice aveva richiesto una relazione a chiarimenti scritta.

L'elaborato integrativo del 30.11.19 ha avuto il seguente contenuto (si riportano solo i passaggi più rilevanti):

La "spondilodiscite" (SD) è un'infezione localizzata alle vertebre ed al disco intervertebrale*; può essere "primitiva", cioè a sviluppo spontaneo, o "secondaria" ad un intervento chirurgico o ad altre manovre invasive..*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

Si tratta generalmente di processi infettivi ad etiologia monomicrobica (provocati cioè da un solo tipo di batterio)…
Il patogeno più frequentemente coinvolto nelle forme batteriche è lo Stafilococco aureo; seguono gli streptococchi e gli enterobatteri.
Nel caso del Sig. Per_1 *si trattò di una spondilodiscite "secondaria" ad intervento di discectomia; si tratta di una complicazione nota dell'intervento in questione che può verificarsi, a seconda delle statistiche in percentuali variabili dal 1% al 2% (dette percentuali aumentano in caso di utilizzo di mezzi di sintesi).*
L'infezione fu diagnosticata successivamente all'intervento chirurgico e l'intervallo di tempo tra l'epoca dell'intervento ed insorgenza della malattia e la sede anatomica della lesione sono caratteristici: nella fattispecie i criteri medico-legali cronologico, topografico, di efficienza lesiva e di esclusione di altre cause sono rispettati e pertanto i sottoscritti CC.TT.UU. ritengono sufficientemente provato il rapporto causale tra l'atto operatorio e l'infezione.
…Sebbene risulti che da parte dell' Pt_1 *siano state adottate tutte le procedure e le misure volte ad abbattere il rischio di sepsi, la certezza assoluta di ottenere la "sterilizzazione" dell'ambiente non è assoluta.*
L'infezione di un sito chirurgico può essere superficiale, quando coinvolge solo cute e tessuti molli, o profonda, quando interessa fasce muscolari, muscoli e ossa…
Il 40 – 60 % delle infezioni del sito chirurgico può essere prevenuto con una corretta applicazione delle misure preventive, pre- e post operatorie, da parte dell'équipe chirurgica e del personale sanitario, nonché dal corretto uso degli antibiotici.
Tra le misure pre-operatorie ricordiamo a) la preparazione del paziente, che consiste … nel pulire accuratamente l'area dell'incisione per rimuovere eventuali contaminazioni prima della disinfezione del campo operatorio; b) la preparazione dell'equipe chirurgica: mantenere le unghie corte ed evitare l'uso di unghie artificiali; effettuare il lavaggio chirurgico con antisettico lavando mani, polsi, avambracci fino ai gomiti; mantenere braccia e mani sollevate verso l'alto e lontane dal corpo dopo il lavaggio, asciugare con telo sterile e indossare guanti e camici sterili.
Tra le misure intraoperatorie ricordiamo i sistemi di ventilazione, mantenendo l'aria a pressione positiva rispetto ai locali adiacenti, garantire frequenti ricambi d'aria, filtrando l'aria con filtri appropriati, tenere le porte della sala operatoria chiuse, limitando anche la presenza di persone in sala operatoria .
Per quanto riguarda la pulizia e la disinfezione dell'ambiente, è importante la pulizia del pavimento o delle superfici tra un intervento e l'altro, utilizzando un disinfettante approvato …; all'ingresso della sala operatoria indossare una mascherina che copra bocca e naso, una cuffia o copricapo, per coprire capelli; indossare guanti sterili dopo aver indossato un camice sterile; cambiare l'abbigliamento chirurgico se visibilmente sporco con sangue ed altro materiale tra un intervento e l'altro.
Ulteriori aspetti da considerare sono rappresentati dal rispetto delle norme di asepsi nelle procedure di posizionamento di cateteri
vascolari, o da anestesia spinale o epidurale o somministrando farmaci per via endovenosa; nel corso dell'intervento manipolare i tessuti con cura, eseguire una buona emostasi, rimuovere i tessuti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

devitalizzati e i corpi estranei dal sito chirurgico, utilizzare drenaggi chiusi, dato che la presenza di raccolte ematiche a livello del sito chirurgico favorisce lo sviluppo di infezioni, posizionandoli attraverso una incisione separata e distante dalla incisione chirurgica e rimuovere il drenaggio appena possibile; proteggere le ferite chirurgiche per 24 – 48 ore con medicazioni sterili; lavarsi le mani prima e dopo aver effettuato la medicazione o aver toccato il sito chirurgico.

Un ulteriore aspetto da considerare è l'opportunità di effettuare una profilassi antibiotica, da iniziare subito prima dell'intervento e da protrarsi per un tempo definito dopo l'atto operatorio; lo scopo della profilassi antibiotica è quello di ridurre la carica microbica a livello del sito chirurgico per mantenerlo ad un livello adeguato alle difese immunitarie del paziente.

Tornando al caso di specie, si deve ricordare che le misure adottate dall'Azienda e documentate in atti in merito all'applicazione dei protocolli di sterilizzazione dello strumentario chirurgico, procedure certamente importanti per la prevenzione dell'infezione chirurgica, come analiticamente descritto nelle righe che precedono non sono le uniche atte ad impedire che l'inconveniente si verifichi.

Non è possibile stabilire con certezza in quale fase possa essersi verificata la contaminazione, ma è certo che questa si sia verificata, o nella fase operatoria o nell'immediato decorso post-operatorio e la causa ipoteticamente più verosimile è che questa sia avvenuta per una non rigorosa osservanza di tutte le misure necessarie ad impedirla….

Considerata la sede dell'infezione, l'epoca di insorgenza rispetto all'atto operatorio, la natura dell'infezione stessa, riteniamo rispettati i criteri medico-legali topografico, cronologico, di efficienza lesiva e di esclusione di altre cause. Riteniamo pertanto sufficientemente provato il rapporto causale tra la fase operatoria o perioperatoria e la contaminazione del sito chirurgico.

Le cause che possono favorire un'infezione del sito chirurgico
sono molteplici e non sempre è possibile identificarle singolarmente..

Rientrano nella "buona pratica clinica" :

- Bagno preoperatorio: è buona pratica clinica che il paziente faccia il bagno o la doccia prima dell'intervento chirurgico, utilizzando sapone sia normale che antibatterico;

- E' opportuno che la profilassi antibiotica venga attuata prima dell'incisione chirurgica, quando ritenuto opportuno, a seconda del tipo di intervento; viene generalmente raccomandato che la profilassi antibiotica si effettui 120 minuti prima dell'incisione, tenuto conto dell'emivita degli antibiotici;

…- Ossigenazione perioperatoria: per ridurre il rischio di infezione operatoria i pazienti adulti sottoposti ad anestesia generale con intubazione endotracheale dovrebbero ricevere una frazione di ossigeno inspirato all'80% durante l'intervento e, se possibile, anche nelle 2-6 ore successive;

- Mantenimento della temperatura corporea nella normalità (normotermia);…

Si dà atto che le procedure descritte, consigliate da tempo nella buona pratica medica, dal 2016 rientrano in un complesso di "raccomandazioni" fornite dalla Organ nell'ambito della prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Dalla documentazione esaminata non vi sono riscontri che nel caso di specie le misure sopra riportate siano state tutte osservate, in quanto non riportate nella cartella clinica. Oltre a queste

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

raccomandazioni vi sono altre variabili, legate al personale chirurgico ed allo strumentario, che possono favorire l'insorgenza di una infezione; fra queste possiamo indicare:

- Eventuale rottura di un guanto che può verificarsi nel corso di un intervento particolarmente lungo, specialmente se vengono utilizzati mezzi di sintesi e viti metallici;

- L'utilizzo del bisturi elettrico (per evitare il sanguinamento), che produce materiale necrotico e quindi possibile sede di infezione;

- In questo tipo di intervento si può realizzare una raccolta ematica a livello del sito chirurgico ed anche questa evenienza può rappresentare pabulum per moltiplicarsi di microorganismi.

Considerando che nel nostro caso sono stati introdotti mezzi di sintesi, quindi materiale estraneo all'organismo, non è dato di sapere per quanto tempo questo materiale è stato esposto all'aria in sala operatoria, e quindi se abbia mantenuto o meno la sterilità iniziale.

Da quanto precede risulta evidente che le variabili che possono provocare o favorire una infezione del sito chirurgico sono molteplici e non è dato di sapere se le misure atte ad impedirle siano state tutte rispettate.

Ciò che è certo è che il Per_1 non presentava patologie che potessero favorire l'infezione; ma una infezione profonda si è verificata e questa è stata contratta in sede ospedaliera, assai verosimilmente per le ragioni sin qui esposte…

Malgrado alcune (cause di potenziale infezione) *risultino essere state certamente controllate dalle misure profilattiche assunte dall'Azienda e documentate in atti, alcune, soprattutto quelle correlate a comportamenti individuali del personale, non lo sono e, secondo il criterio del "più probabile che non" sono da considerare la verosimile fonte dell'infezione del sito chirurgico".*

Solo in tale occasione la ctp dell' *CP_4* **aveva svolto per la prima volta delle osservazioni, peraltro generiche e ricalcanti le obiezioni del difensore della parte nell'udienza dopo la prima ctu:** che i protocolli di sanificazione erano stati rispettati, e quindi era stato corretto il comportamento adottato, a pena di addebitare sostanzialmente a responsabilità oggettiva l'accaduto.

Ciò senza prendere posizione nel merito di ciascuna delle possibilità criticità evidenziati nel supplemento di ctu, né proporre una causa alternativa rispetto a quella operatoria o perioperatoria.

Nell'atto di appello si è ripetuto dall' *CP_4* **l'atteggiamento di evitamento nel concreto di rispondere ai rilievi aggiuntivi dei ctu come sopra riportati, neppure descritti nel loro specifico contenuto, indicando solo le loro conclusioni generali.**

Si ricordi che siamo in presenza di infezione profonda, verificatasi nella specifica sede anatomica oggetto dell'intervento (L 4- L5)

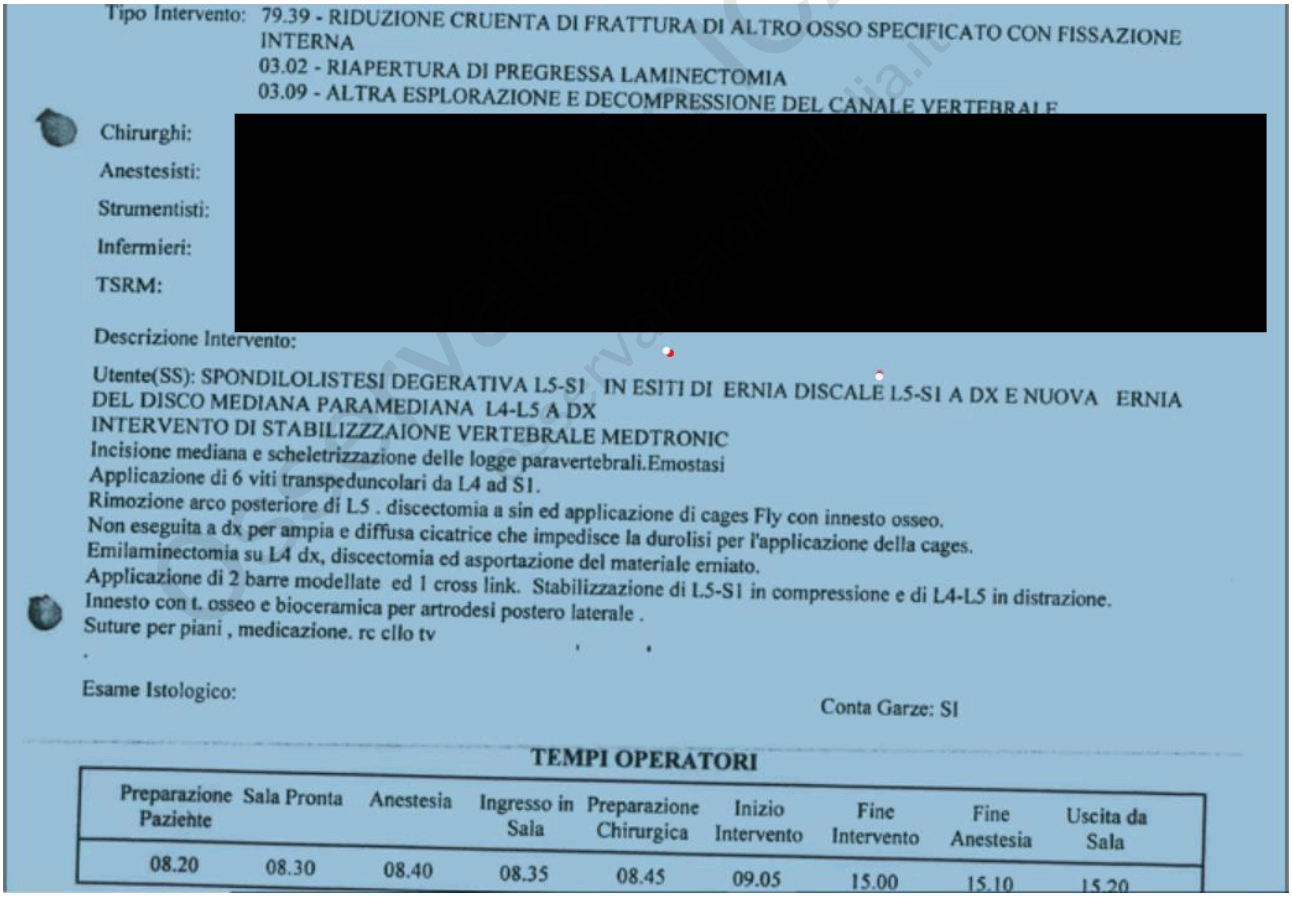
Si ricordi che il paziente era entrato in sala operatoria alle 8.35 e ne era uscito verso la recovery room verso le 15.20 : sei ore e tre quarti dall'ingresso!

Quanto tempo erano rimasti esposti all'aria gli attrezzi chirurgici (comprese le viti e barre metalliche da inserire in via intra o paravertebrale) ?

In quelle sette ore erano stati presenti in tutto ben 10 operatori sanitari, di cui tre chirurghi, non è dato sapere se si fossero in parte alternati. Più sono le persone in uno spazio chiuso e più tempo permangono, più aumenta il rischio di contaminazioni.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

L’intervento in questione era complessa, con plurime manomissioni degli interna corporis. Si riporta nella pagina seguente la scheda d’intervento.
L’applicazione di mezzi di sintesi, la rimozione di parti di tessuti ed ossa, parimenti aumenta il rischio di una lacerazione di un guanto chirurgico.
L’ *CP_4* non ha nemmeno preso in considerazione il fattore umano nella contaminazione di una sala operatoria previamente sanificata.
Sta di fatto che il batterio determinante la spondiliscite ha agito, secondo il più probabile che non, per quanto già detto, in ambito operatorio o perioperatorio e che al riguardo l’ *CP_4* aveva l’onere, non assolto, di provare cosa aveva impedito di evitare l’infezione al di là della procedura di sanificazione eseguita anteriormente all’ingresso del paziente e del personale sanitario, nonché di provare di avere rispettato le misure di buona attività medica elencate dai ctu ad integrazione del primo elaborato.



Tipo Intervento: 79.39 - RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA DI ALTRO OSSO SPECIFICATO CON FISSAZIONE INTERNA
03.02 - RIAPERTURA DI PREGRESSA LAMINECTOMIA
03.09 - ALTRA ESPLORAZIONE E DECOMPRESSIONE DEL CANALE VERTEBRALE

Chirurghi: [redacted]
Anestesisti:
Strumentisti:
Infermieri:
TSRM:

Descrizione Intervento:

Utente(SS): SPONDILOLISTESI DEGERATIVA L5-S1 IN ESITI DI ERNIA DISCALE L5-S1 A DX E NUOVA ERNIA DEL DISCO MEDIANA PARAMEDIANA L4-L5 A DX
INTERVENTO DI STABILIZZZAIONE VERTEBRALE MEDTRONIC
Incisione mediana e scheletrizzazione delle logge paravertebrali.Emostasi
Applicazione di 6 viti transpeduncolari da L4 ad S1.
Rimozione arco posteriore di L5 . discectomia a sin ed applicazione di cages Fly con innesto osseo.
Non eseguita a dx per ampia e diffusa cicatrice che impedisce la durolisi per l'applicazione della cages.
Emilaminectomia su L4 dx, discectomia ed asportazione del materiale erniato.
Applicazione di 2 barre modellate ed 1 cross link. Stabilizzazione di L5-S1 in compressione e di L4-L5 in distrazione.
Innesto con t. osseo e bioceramica per artrodesi postero laterale .
Suture per piani , medicazione. rc cllo tv

Esame Istologico:

Conta Garze: SI

TEMPI OPERATORI

Preparazione Paziente	Sala Pronta	Anestesia	Ingresso in Sala	Preparazione Chirurgica	Inizio Intervento	Fine Intervento	Fine Anestesia	Uscita da Sala
08.20	08.30	08.40	08.35	08.45	09.05	15.00	15.10	15.20

In diritto si richiamano le seguenti calzanti pronunce di legittimità**.**
Cass. Sez. III n. 17696/2020:
A seguito del ricovero della signora X per l'esecuzione dell'intervento chirurgico alla rotula, gravava sulla struttura sanitaria la relativa responsabilità contrattuale, che esige l'adempimento di una serie di

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

obbligazioni. Tra queste, pacificamente esiste anche l'obbligazione di garantire l'assoluta sterilità non soltanto dell'attrezzatura chirurgica ma anche dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo; tanto che questa Corte ha affermato, proprio in un caso di infezione batterica contratta in ambiente operatorio, che il debitore (cioè la struttura sanitaria) risponde anche dell'opera dei terzi della cui collaborazione si avvale, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., dato che la sterilizzazione della sala operatoria e dei ferri chirurgici è compito che non spetta direttamente al chirurgo operatore (sentenza 14 giugno 2007, n. 13953). Ora, che lo stafilococco aureo sia un batterio di frequente (anche se non esclusiva) origine nosocomiale è nozione che questa Corte può dare come pacifica; ed è altrettanto noto che proprio per questa sua frequente origine, lo stafilococco aureo è un batterio particolarmente resistente agli antibiotici, ivi compresi quelli affini alla penicillina. Ciò comporta la necessità, da parte della struttura sanitaria, di una particolare attenzione alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio, proprio perché l'insorgenza di un'infezione del genere non può considerarsi un fatto né eccezionale né difficilmente prevedibile. E l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è, ovviamente, a carico della struttura.
Consegue dal complesso di tali argomenti che, non essendo stata, a quanto risulta, neppure prospettata la possibilità che l'infezione da stafilococco aureo abbia avuto una genesi diversa da quella nosocomiale, deve darsi per accertato, anche se in via presuntiva, che i danneggiati abbiano dimostrato che il contagio sia avvenuto in ospedale, con ogni probabilità in occasione dell'intervento chirurgico; né la sentenza impugnata sostiene alcunché di diverso su questo punto. (...)
La stessa sentenza in esame riferisce, pur non collegando a tale constatazione alcuna conseguenza, che vi erano state negligenze nella tenuta della cartella clinica, per cui non sembra che l'Azienda ospedaliera abbia dimostrato (come sarebbe stato suo dovere) la regolarità dell'operato dei suoi dipendenti anche in relazione alla sterilizzazione dell'ambiente operatorio. Alla luce della giurisprudenza suindicata, infatti, una volta dimostrata, da parte del danneggiato, la sussistenza del nesso di causalità tra l'insorgere (in questo caso) della malattia ed il ricovero, era onere della struttura sanitaria provare l'inesistenza di quel nesso (ad esempio, dimostrando l'assoluta correttezza dell'attività di sterilizzazione) ovvero l'esistenza di un fattore esterno che rendeva impossibile quell'adempimento ai sensi dell'art. 1218 del codice civile.

Cass. N. 8035/2016:

Quanto al riparto degli oneri probatori, in ogni caso di "insuccesso", provati dal paziente danneggiato il contratto o il contatto sociale e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia (cfr., da ultimo, Cass., 12/9/2013, n. 20904), nonché allegato l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, incombe al medico dimostrare che tale inadempimento non vi è stato ovvero dare la prova del fatto impeditivo (v. Cass., 28/5/2004, n. 10297; Cass., 21/6/2004, n. 11488), e cioè che pur sussistendo, il proprio inadempimento non è stato causa del danno *(cfr. Cass., 27/10/2015, n. 21782; Cass., 30/9/2014, n. 20547; Cass., 12/12/2013, n. 27955; Cass., Sez. Un., 11/1/2008, n. 577) in quanto non ascrivibile alla condotta mantenuta in conformità alla diligenza dovuta, in relazione alle specifiche circostanze del caso concreto (v. Cass., 9/10/2012, n. 17143), dovendo altresì indicare quale sia stata l'altra e diversa causa, imprevista ed imprevedibile né*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

superabile con l'adeguata diligenza qualificata, che l'ha determinato (cfr. Cass., 6/5/2015, n. 8989; Cass., 21/7/2011, n. 15993; Cass., 7/6/2011, n. 12274. Cfr. altresì Cass., 29/9/2009, n. 20806. E già Cass., 11/11/2005, n. 22894; Cass., 24/5/2006, n. 12362; Cass., 19/4/2006, n. 9085; Cass., 28/5/2004, n. 10297).
A tale stregua, come questa Corte ha del pari già avuto più volte modo di affermare, la difettosa tenuta della cartella clinica non vale ad escludere la responsabilità dei medici in relazione alla patologia accertata, ove risulti provata l'idoneità di tale condotta a provocarla, ma consente anzi il ricorso alle presunzioni, come avviene in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato, nel quadro dei principi in ordine alla distribuzione dell'onere della prova ed al rilievo che assume a tal fine la "vicinanza alla prova", e cioè la effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla (v. Cass., 9/6/2011, n. 12686; Cass., 21/7/2003, n. 11316).

Si ricordi al riguardo la considerazione dei CTU nell'elaborato integrativo, secondo cui buona parte delle condotte virtuose elencate non trovassero riscontro di esecuzione nella cartella clinica; affermazione rimasta senza replica né dalla ctp della convenuta, né neppure (anche solo tardivamente) da quest'ultima in atto appello.
Deve quindi confermarsi la sentenza in punto di an della responsabilità dell'appellante.

Passando al **MOTIVO 2**. ERRONEA QUANTIFICAZIONE DEI DANNI – MANCATA CONSIDERAZIONE DELLA PREMORIENZA DELL'ATTORE – ASSENZA DI MOTIVAZIONE SUL PUNTO.
In ordine al "quantum debeatur", l'appellante lamenta che, nonostante fosse pacifico il decesso prematuro del sig. [redacted] per causa estranea all'oggetto del contendere (sinistro stradale), che nella ctu disposta fosse indicato che nella quantificazione del danno dovesse essere tenuto conto della premorienza, che vi fosse eccezione della convenuta, il Tribunale non aveva preso in considerazione tale questione.
L'impugnazione è riscontrata pienamente in via documentale (atto di citazione degli eredi indicante la data del decesso prematura e la causa estranea; contenuto della Ctu; contenuto della conclusionale della convenuta per l'applicazione di una riduzione del risarcimento al riguardo; assenza di menzione in sede di sentenza del tema).
La sentenza è palesemente viziata e questo deve rimediare esaminando e decidendo l'eccezione.
L'appellante vorrebbe applicare le tabelle milanesi di premorienza dell'Osservatorio milanese, ma la più recente giurisprudenza non condivide tale soluzione.
«*Qualora la vittima di un danno alla salute sia deceduta, prima della conclusione del giudizio, per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito, l'ammontare del risarcimento spettante agli eredi del defunto jure successionis va parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato, e non a quella statisticamente probabile. Il giudice di merito è tenuto a liquidare tale danno seguendo il criterio della proporzionalità, cioè assumendo come punto di partenza il risarcimento spettante, a parità di età e di percentuale di invalidità permanente, alla*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

persona offesa che sia rimasta in vita fino al termine del giudizio, e diminuendo quella somma in proporzione agli anni di vita residua effettivamente vissuti» . (Cass. N. 41933/2021).

Nella fattispecie il de cuius era [redacted] aveva maturato il diritto risarcitorio nel 2010, a 48 anni, era deceduto nel [redacted] a 51 anni. In quel momento la speranza di vita per uomini *Per_* era di 80 anni. La differenza tra residua vita potenziale ed effettiva è di 29 anni.

Il tribunale ha liquidato con sentenza del maggio 2020 l'importo di euro 32.646 per il danno non patrimoniale da postumi, al netto degli interessi sul capitale devalutato al fatto (febbraio 2010) sino alla sentenza.

Va ora diviso il capitale liquidato sopra con il divisore pari alla residua speranza di vita al momento del decesso del de cuius (80 – 51 = 29 anni).

Quindi: 32646: 29 = € 1.125,72 (risarcimento per unità di anno).

L'importo va ora moltiplicato per il numero effettivo di anni vissuti.

Euro 1.125,72 x 3 anni vissuti = euro **3.377,16** al netto degli interessi compensativi nella misura come indicati dal primo giudice.

Spettano in aggiunta gli interessi compensativi legali sino alla sentenza del Tribunale, che portano l'importo a complessivi **euro 4.085**.

In riforma parziale della sentenza di primo grado, pertanto, va ridotta la condanna risarcitoria del danno da postumi alla differenza tra quanto liquidato in sentenza dal Tribunale di euro 35.916 (compresi gli interessi compensativi) **ed euro 4.085** qui stabiliti alla medesima data, ossia **euro 31.831**, oltre agli interessi legali dalla sentenza del primo grado al pagamento.

Nel **MOTIVO 3**, infine, l'appellante vorrebbe la compensazione delle spese per gravi ed eccezionali ragioni di compensazione, consistenti nella circostanza che "nel caso di specie, non v'è dubbio che, sulla base di tutte le difese svolte dalla *Controparte_7* , già lungamente espresse nel presente atto, che non andiamo a ripetere per appesantire ulteriormente la lettura, ricorrevano i motivi per una integrale compensazione delle spese".

Il *CP_8* è infondato, le difese sull'an erano state giudicate infondate e non si vede quindi come si configurino gli estremi per accogliere quanto qui richiesto laconicamente.

La disciplina delle spese di lite.

Essendovi stata una riforma parziale la disciplina in esame va doverosamente rivalutata all'esito dei due gradi.

La responsabilità dell' *CP_4* è stata confermata, il quantum si è palesemente ridotto, per l'accoglimento del gravame sull'entità di una delle voci del danno non patrimoniale.

Si ritiene congrua alla luce di ciò, si reputa una compensazione del 20% delle spese di lite dei due gradi, con il restante in favore degli attori, commisurando il compenso allo scaglione a quello tra i 5.200,01 e 26.000 euro ex dm 55/2014 come integrato dal DM del 2018, anziché a quello applicato nel primo grado. Le spese di ctu si lasciano a carico esclusivo dell' *CP_4* perché necessarie all'accertamento della colpa medica.

Per il primo grado si lascerà la condanna in favore delle due parti attrici in solido nonostante la difesa separata con legali diversi, non essendovi gravame al riguardo.

Pertanto:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266

Compenso tabellare medio	€ 4.835,00
Totale variazioni in aumento (30% per due parti)	+ € 1.450,00
Compenso totale	€ 6.285,00

Riduzione per compensazione ad € 5.028,00
Oltre spese di ctp all'80%, spese generali al 15%, c.u., oneri di legge.
Per il secondo grado.
Assenza di fase istruttoria, medi edittali per le tre fasi:
per ciascuno dei due appellati si liquidano:
compenso euro 3.777,00
riduzione per compensazione ad euro 3.021, 60
oltre spese generali al 15%, oneri di legge
per la difesa dell'appellata [redacted] si pronuncia la distrazione delle spese in favore del di lei difensore avv. [redacted] dichiaratosi anticipatario. Si respinge l'istanza del medesimo, invece rispetto al primo grado, in assenza di suo gravame sulla decisione del Tribunale che non l'aveva disposta nonostante richiesta.

PQM

Definitivamente pronunciando, contrariis reiectis:
respinge il Primo ed il Terzo Motivo di appello;
in accoglimento del Secondo Motivo, ed in parziale riforma della sentenza del Tribunale di Lucca n. 517/2020, riduce la condanna risarcitoria dell *Controparte_5* in favore di *Controparte_1* e *CP_2*, quali eredi di *Persona_1*, quanto alla sola voce di danno da postumi permanenti patito da quest'ultimo, all'importo di euro 4.085,00, oltre interessi legali dal giorno successivo alla sentenza di primo grado (12.6.2020) sino al saldo. Conferma per le restanti voci di danno.
Per l'effetto dispone la rideterminazione della disciplina delle spese di lite, che vengono compensate per entrambi i gradi del 20%, con il restante liquidato in favore degli appellati *Controparte_1* e *CP_* come in parte motiva della presente sentenza, con distrazione, quanto alla seconda appellata, in favore dell'avv. [redacted] quale anticipatario per il solo grado di appello.
Spese di ctu di primo grado confermate a carico esclusivo dell'appellante.
Firenze, camera di consiglio del 18.5.2023

Il Presidente est.
dott. Ernesto Covini

Nota
La divulgazione del presente provvedimento al di fuori dell'ambito processuale è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-266