N. R.G. 375/2025

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE D'APPELLO DI L'AQUILA

SEZIONE CIVILE

riunita in camera di consiglio e composta dai Signori magistrati:

Dott. Francesco S. Filocamo — **Presidente**

Dott.ssa Silvia Rita Fabrizio — **Consigliere**

Dott. Federico Ria — **Consigliere rel.**

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella controversia civile in grado d'appello, iscritta al nr. 375/2025 R.G., vertente

TRA

Parte_1 **(P.IVA** *P.IVA_1* **), in persona dell'amministratore unico *p.t.*, con** [redacted] **(AQ),** [redacted] **rappresentata e difesa, in virtù di giusta procura allegata all'atto di citazione in appello, dall'avv.** [redacted] **ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Avezzano (AQ),** [redacted]

APPELLANTE

E

CP_1 **,** [redacted] **CF.** *C.F._1* **;** *[...]* *Parte_2* **,** [redacted] **CF.** *C.F._2* **;** *Parte_3* **,** [redacted] **CF.** *C.F._3* **, tutti in qualità di eredi di** *Per_1* *[...]* [redacted] **rappresentati e difesi dall'avv.** [redacted] **giusta procura in calce al ricorso introduttivo di primo grado, ed elettivamente domiciliati presso il suo studio in Frosinone,** [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

DOTT. *Controparte_2* **(C.F.** *C.F._4* **), rappresentato e difeso dall'avv.** [redacted]

Controparte_3 **(P.IVA** *P.IVA_2* **), con sede legale a** [redacted] **(MO),** [redacted] **in persona del legale rappresentante *p.t.* generale dott.** *CP_4* *[...]* **, rappresentata e difesa dagli avv.ti** [redacted] **e** [redacted] **giusta procura allegata all'atto di costituzione, ed elettivamente domiciliato presso lo studio di quest'ultimo in Pescara,** [redacted]

APPELLATI

OGGETTO: appello avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. n. 178/2025 del 14.03.2025 resa dal Tribunale di Avezzano nell'ambito del procedimento iscritto al n. R.G. 730/2021, in materia di responsabilità sanitaria.

CONCLUSIONI: come da note depositate in vista dell'udienza del giorno 11.02.2026, da ritenersi materialmente allegate alla presente decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. **Con la suindicata ordinanza, il Tribunale di Avezzano ha accolto la domanda avanzata inizialmente da** *Persona_1* **nel procedimento di consulenza tecnica preventiva ex art. 696 bis c.p.c.,** [redacted] **nelle more del procedimento in parola e coltivata, in seguito, dai suoi eredi** *CP_1* **,** *Parte_2* **e** *Parte_3* **dinanzi al Tribunale di Avezzano, nei riguardi della** *Parte_1* **condannando quest'ultima al risarcimento di tutti i danni patiti, patrimoniali e non, liquidati in complessivi euro 44.786,71, a seguito della infezione contratta da** *Per_1* *[...]* **ascritta alla negligente condotta assunta dal personale medico della clinica originariamente convenuta in occasione del ricovero del** *Pt_2* **avvenuto il 12.12.2011 per un intervento di "artoprotesi bi-compartimentale ginocchio destro" per gonartrosi ginocchio destro; con conseguente condanna alle spese di lite della struttura sanitaria convenuta.**
2. **Gli originari ricorrenti, a fondamento della propria richiesta risarcitoria, nel ricostruire l'intera vicenda in punto di fatto, deducevano che:**
   - **il 12.12.2011** *Persona_1* **veniva ricoverato presso la** *Parte_1* **al fine di essere sottoposto il giorno seguente ad intervento chirurgico di "artroprotesi bi-compartimentale ginocchio destro" per gonartrosi ginocchio dx;**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

- **all'esito dell'intervento, il** *Pt_2* **contraeva una grave infezione al ginocchio, in seguito alla quale riportava pesanti conseguenze, anche in termini di errate terapie antibiotiche prescrittegli dal nosocomio convenuto;**
- **sin dal 13.12.2011 il** *Pt_2* **non recuperava alcuna funzionalità del ginocchio e la sintomatologia dolorosa aumentava progressivamente;**
- **le terapie antibiotiche prescrittegli dalla clinica risultavano, tra l'altro, infruttuose poiché non consone al tipo di agente patogeno contratto, evidentemente non individuato correttamente dal personale sanitario;**
- **il 18.06.2012, mediante scintigrafia elettrica, si evidenziava sulla persona del** *Pt_2* **una "mobilizzazione protesica" per uno stato settico;**
- **il 15.09.2021, egli effettuava un nuovo intervento chirurgico – sempre presso la struttura sanitaria convenuta – di "rimozione protesi di ginocchio destro e posizionamento di uno spaziatore antibiotato", senza riscontro alcuno in quanto persistevano tanto la gonalgia quanto la tumefazione;**
- **entrambi gli interventi di cui sopra venivano svolti dal dott.** *CP_2* **il quale, tra l'altro, seguiva il** *Pt_2* **anche all'interno del proprio ambulatorio privato di [redacted] (FR);**
- **nonostante l'insorgenza e la persistenza di uno stato infettivo, il personale sanitario della Casa di cura** *Parte_1* **, ometteva qualsivoglia controllo batteriologico circa il materiale organico prelevato dalla ferita, con relativo antibiogramma; di converso, provvedevano alla dimissione protetta del paziente;**
- **il 19.11.2012 il** *Pt_2* **veniva sottoposto alle cure di un infettivologo ed il 19.03.2013 si sottoponeva ad ulteriore intervento chirurgico di sostituzione dello spaziatore presso la [redacted] di Roma;**
- **il 20.04.2015, il** *Pt_2* **si sottoponeva nuovamente ad ulteriore intervento presso il [redacted] di Roma, al fine di rimuovere il precedente spaziatore, bonificare adeguatamente il tessuto osseo ed i tessuti particolari, con conseguente posizionamento di una protesi da revisione;**
- **in seguito a successivi controlli ematologici, radiografici, scintigrafici e di un tampone della ferita effettuato in data 05.05.2015, il** *Pt_2* **veniva sottoposto in data 11.05.2015 ad ennesimo intervento chirurgico di sostituzione protesica presso il [redacted] di Roma, cui nelle settimane successive seguiva terapia**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

antibiotica mirata come impostata dal consulente infettivologo e veniva sottoposto a medicazioni giornaliere alternate da trattamento della ferita con macchinario a pressione negativa (VAC) per la guarigione della deiscenza cutanea;

- **da ultimo, il** *Pt_2* **veniva nuovamente sottoposto a trattamenti antibiotici per "infezione periprotesica da Proteus Vulgaris", come da documentazione datata 06.09.2018, ove vengono descritte le persistenti difficoltà deambulatorie dello stesso.**

3. **Si costituiva in giudizio la** *Parte_1* **la quale nel contestare ogni *ex adverso* assunto: preliminarmente chiedeva la chiamata in causa del dott.** *CP_2* **quale medico che aveva eseguito materialmente gli interventi sul** *Pt_2* **e, nel merito, instava per il rigetto della domanda per infondatezza della stessa; in subordine, chiedeva l'accertamento della percentuale di responsabilità ascrivibile alla clinica ed al dott.** *CP_2* **con autorizzazione, in caso di condanna solidale con quest'ultimo, di agire in regresso nei suoi riguardi e della sua compagnia assicurativa.**

   3.1. A seguito di autorizzazione alla chiamata in causa del dott. *CP_2* **si costituiva in giudizio anche egli, il quale nel contestare quanto eccepito dai ricorrenti, eccepiva in via preliminare il suo difetto di legittimazione passiva e, nel merito, chiedeva di essere autorizzato alla chiamata in garanzia della propria compagnia assicurativa** *[...]* *Controparte_3* **al fine di essere manlevato in caso di accertata corresponsabilità nella causazione del danno occorso al** *Pt_2*

   3.2. Dunque, autorizzata la chiamata in giudizio della compagnia assicurativa, si costituiva regolarmente anch'essa, la quale: nel merito chiedeva il rigetto della domanda avanzata dai ricorrenti in quanto non si ravvisava alcun profilo di responsabilità in capo al dott. *CP_2* **ed, in subordine, nel caso di accertata responsabilità di quest'ultimo, instava per il rigetto della domanda di garanzia proposta nei suoi riguardi stante l'inoperatività della polizza assicurativa, poiché stipulata successivamente all'evento occorso.**

4. **In seguito all'udienza di ammissione di mezzi istruttori, il Tribunale rigettata la richiesta di mutamento del rito e di ammissione della prova orale formulate dalla** *[...]* *Parte_1* **ritenendo la causa matura per poter essere decisa senza necessità di supplementi istruttori, fondava il proprio convincimento e si determinava, conseguentemente, nel ritenere apprezzata la responsabilità professionale della convenuta** *Parte_1* **sulla falsariga di quanto statuito nella relazione conclusiva del collegio peritale – composto dal dott.** *Per_2* **e dal dott.** *Per_3* **– resa**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. n. 1631/2018 R.G., ritenendo dette conclusioni univoche, convincenti e condivisibili.

5. Avverso la suddetta decisione, propone appello la *Parte_1* **formulando quattro motivi di censura, di seguito così riassunti.**

5.1. Con primo motivo di gravame, l'appellante ritiene errata la parte motiva dell'ordinanza impugnata che ha escluso in modo asseritamente arbitrario la domanda articolata in primo grado circa l'ammissione della prova testimoniale finalizzata alla dimostrazione dell'effettiva adozione di misure idonee di prevenzione da parte della clinica in occasione degli intervenuti chirurgici effettuati sulla persona del *Pt_2* **ritenendo erroneamente di poter decidere esclusivamente sulla base della documentazione prodotta dalle parti.**

A dire di costei, infatti, il primo giudice avrebbe posto acriticamente a base della decisione la relazione conclusiva del collegio peritale di cui sopra, nonostante dalla documentazione versata in atti si evinceva la correttezza delle procedure adottate dal personale sanitario della struttura.

5.2. Con secondo motivo di censura, l'appellante lamenta la parte motiva del provvedimento che ritiene erroneamente esclusa la corresponsabilità del terzo chiamato, dott. *CP_2* **nella determinazione causale del danno subito dal dipartito** *Pt_2* **sulla base della CTU svolta, la quale, a detta della clinica avrebbe errato nel ritenere che l'infezione nosocomiale per cui è causa era da ascriversi alla esclusiva condotta posta in essere – in occasione del primo intervento chirurgico subito dal** *Pt_2* **dal personale sanitario della** *Parte_1*

5.3. Con terzo motivo d'appello, la Casa di cura privata *Parte_1* **lamenta l'erroneità dell'ordinanza gravata nella parte in cui ha ritenuto, in modo apodittico ed acritico, le conclusioni del collegio peritale univoche, convincenti e condivisibili, non avendo i CCTTUU neppure risposto prontamente al quesito postole relativo alle condotte tenute successivamente all'operazione: sia [redacted] di [redacted] presso cui il** *Pt_2* **veniva ricoverato dopo l'operazione chirurgica per cui è causa; sia dal dott.** *CP_2* **il quale seguiva il danneggiato anche privatamente ricevendolo presso il proprio studio privato in [redacted] (FR). Infatti, secondo la prospettazione fornita dall'appellante, il giudice di prime cure avrebbe dovuto prendere in debita considerazione tale circostanza, ed in particolare quanto sbrigativamente asserito dal**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

collegio in parola, il quale ha ritenuto che il periodo di ricovero riabilitativo trascorso [redacted] *"non fosse valutabile, non di interesse, non contestato".*

5.4. Con quarta ed ultima censura, l'odierna appellante contesta la parte motiva dell'ordinanza oggetto di gravame nella parte in cui ha ritenuto congrua la quantificazione e la liquidazione della inabilità temporanea (protrattasi sino al 22.05.2015), così come erroneamente accertata dai CCTTUU, condannando unicamente la *Parte_1* e non anche gli altri professionisti che successivamente prendevano in cura il *Pt_2* non risolvevano il problema infettivo da cui era affetto.

6. Si costituivano in giudizio per il tramite del medesimo difensore gli appellati *CP_1*, *Parte_2* e *Parte_3* i quali nel contestare ogni avverso assunto, instavano per il rigetto dell'appello poiché infondato tanto in punto di fatto quanto di diritto.

6.1. Alla medesima conclusione perveniva il dott. *Controparte_2* il quale, regolarmente costituitosi in giudizio, preliminarmente eccepiva l'inammissibilità del gravame per aspecificità dei motivi ai sensi dell'art. 342 c.p.c. e, nel merito, chiedeva il rigetto dell'appello con conseguente conferma del provvedimento impugnato.

6.2. Anche la *Controparte_3* si costituiva in giudizio, aderendo alle conclusioni formulate dal dott. *CP_2* ed altresì chiedendo, in caso di condanna di quest'ultimo, di essere dichiarata esente da qualsivoglia pretesa vantata nei suoi riguardi per inoperatività della polizza assicurativa.

7.L'appello è infondato.

7.1 In tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, l'ente ospedaliero (ovvero la struttura sanitaria privata) risponde a titolo contrattuale per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica da parte di un medico proprio dipendente.

Le prestazioni sanitarie infatti da parte di una struttura ospedaliera deputata a fornire assistenza avvengono sulla base di un contratto tra il paziente ed il soggetto che gestisce la struttura, avente ad oggetto una prestazione complessa a favore dell'ammalato, definibile sinteticamente di "assistenza medica". In questa assumono primario rilievo le prestazioni di natura medica, nelle quali si possono rinvenire anche prestazioni "latu sensu" alberghiero ed obbligazioni accessorie c.d. di sicurezza e/o protezione. L'adempimento è pertanto regolato dalle norme che disciplinano l'attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale. Il soggetto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

gestore della struttura sanitaria (pubblico o privato) risponde per i danni derivati al paziente da trattamenti sanitari praticatigli con colpa, alla stregua delle norme dettate dagli artt. 1176, 2° co. e 2236 cc, che, nei casi di prestazioni particolarmente difficili (che presentino cioè problemi tecnici di particolare complessità, trascendenti la preparazione media o non ancora sufficientemente studiati dalla scienza medica: Cass. III^ nrr. 2042/05 e 9085/05 cit.), limitano la responsabilità del medico per imperizia (non per imprudenza o negligenza), e di conseguenza quella della struttura sanitaria pubblica o privata, al dolo ed alla colpa grave.

Dalla qualificazione della natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria discendono le seguenti conseguenze.

Il paziente è tenuto ad allegare e comprovare: il fatto di essere stato sottoposto ad intervento sanitario; la presenza di un danno risarcibile e che tra tale intervento e il danno lamentato vi sia un nesso causale. L'inadempimento invece del professionista deve essere invece semplicemente allegato dal paziente, il quale, posta la natura di obbligazioni di mezzi del sanitario, può allora limitarsi ad affermare il difetto di diligenza (che è equiparabile in sostanza alla dimostrazione della colpa) senza necessità di dover fornire la prova della stessa. E' onere invece del sanitario il fornire la c.d. prova liberatoria, provare cioè l'incolpevolezza dell'inadempimento, ossia dell'impossibilità della prestazione per causa non imputabile al debitore, e la diligenza nell'adempimento, tanto più se l'esecuzione della prestazione consista nell'applicazione di regole tecniche, sconosciute al creditore in quanto estranee al bagaglio della comune esperienza e specificamente proprie di quello del debitore.

Sotto tale ultimo profilo va allora sottolineato come l'onere di allegazione sul paziente di profili concreti di colpa medica, posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, non si spinga fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore, essendo sufficiente la contestazione dell'aspetto colposo dell'attività medica secondo quelle che si ritengono essere, in un dato momento storico, le cognizioni ordinarie di un non professionista, che, espletando la professione di avvocato, conosca comunque (o debba conoscere) l'attuale stato dei profili di responsabilità del sanitario.

Proprio in relazione alla fattispecie delle infezioni nosocomiali, la riconduzione della responsabilità medica nell'ambito della responsabilità contrattuale ha trovato le sue prime manifestazioni e ha, quindi, spesso fatto riferimento a teorie e schemi elaborati dalla dottrina, tra

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

i quali, in particolare, quelli del c.d. «contratto di spedalità» e della c.d. «obbligazione da contatto sociale».

Dall'inquadramento della fattispecie nell'ambito della responsabilità contrattuale discende l'applicazione della regola probatoria che come visto viene evocata, nell'ambito della responsabilità medica, nel senso di attribuire al paziente creditore l'onere della prova del danno (consistente nell'aggravamento delle condizioni di salute) e dell'insorgenza del medesimo nell'ambito della prestazione di cura, ma non della negligenza del convenuto, gravando, viceversa, su quest'ultimo l'onere di provare la non imputabilità dell'inadempimento.

È peraltro diffusa in sede applicativa di tali impostazioni "contrattualistiche" la riconduzione delle infezioni nosocomiali nell'ambito di modelli di imputazione sostanzialmente oggettiva della responsabilità in capo alla struttura sanitaria e ciò anche in ragione della difficoltà di accertamento della causa concreta dell'infezione della non completa prevenibilità del fenomeno e dell'anonimato delle prestazioni a ciò dirette.

All'interno di un quadro così composito, la "sicura" riconduzione della fattispecie nell'alveo delle regole probatorie proprie della responsabilità contrattuale ha reso la valutazione della colpevolezza meramente eventuale, non rappresentando più quest'ultima un requisito indispensabile ai fini dell'imputazione, essendo sufficiente per l'attore la prova del danno e del nesso di causalità.

Resta tuttavia da verificare se l'eventuale assenza di colpevolezza possa assumere, o meglio, recuperare una qualche rilevanza, per lo meno, in relazione alla prova liberatoria.

Appare francamente non condivisibile quella impostazione interpretativa che, conformemente ad una interpretazione letterale e restrittiva dell'art. 1218 c.c., fa coincidere l'esimente con la sola prova positiva di un fattore esterno e imprevedibile, non essendo sufficiente ai fini dell'esonero dalla responsabilità, a fronte della prova dell'origine nosocomiale delle infezioni, la prova del diligente adempimento delle regole precauzionali da parte dei sanitari. In questo modo però viene addossata alla struttura convenuta una tipica «probatio diabolica», quale quella della dimostrazione dell'evento esterno imprevedibile e inevitabile, con la conseguenza che la struttura e/o il medico viene chiamato a rispondere della situazione di incertezza e, altresì, della mera fatalità.

In altri casi invece viene contemplata, all'interno di un'interpretazione in termini soggettivi della causa non imputabile ex art. 1218 c.c., la possibilità del sanitario di liberarsi, provando la propria assenza di colpa in alternativa alla prova dell'evento esterno imprevedibile e inevitabile.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

Con riferimento a tale ultima e più garantista impostazione si segnala Cass. III^ nr. 12274/11, che, per un verso, ha escluso che fosse ascrivibile a colpa dei sanitari la causa mediata dell'infezione, vale a dire la scelta dell'intervento chirurgico d'urgenza, ritenuto indifferibile, e della tecnica operatoria, ritenuta giustificata e non sperimentale; per altro verso, ha ascritto la contaminazione della cavità addominale da parte di germi, della quale indubbiamente l'intervento chirurgico era stato occasione (o causa mediata), ad una complicanza che può sì verificarsi per interventi quale quello subito dall'attrice, ma in una percentuale talmente bassa (0,7%) che è da escludere che il relativo accadimento potesse essere previsto ed evitato dai sanitari adottando la diligenza richiesta nel caso concreto (Cassazione civile, sez. III, 07/06/2011, n. 12274).

Non senza allora avere aggiunto come quegli elementi costituenti la prova liberatoria debbano essere integrati, anche, a sommesso avviso del Collegio, mediante il vaglio comparativo con quegli specifici oneri precauzionali volti proprio a prevenire il rischio effettivo (es: controlli sul rispetto della normativa antigienica, utilizzo non promiscuo dei locali adibiti a sale operatorie, adozione di adeguate misure profilattiche anche nella fase post-operatoria), può allora scendersi a valutare in concreto la fondatezza o meno dell'assunto attoreo sulla scorta delle conclusioni raggiunte dal ctu.

7.2 Premessa metodologica.

Il giudice di merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento, e non deve necessariamente soffermarsi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte, che, sebbene non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili senza che possa configurarsi vizio di motivazione, in quanto le critiche di parte, che tendono al riesame degli elementi di giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in mere argomentazioni difensive ((cfr. Cass. civ., Sez. I, Ord., 16/11/2022, n. 33742; cfr. anche Cass. civ., Sez. II, Ord., 27/12/2023, n. 36078; Sez. I, Ord., 13/12/2023, n. 34928; Sez. II, Ord., 04/12/2023, n. 33748; Sez. II, 06/10/2023, n. 28181 Corte appello Napoli sez. IV, 16/01/2024, (ud. 29/12/2023, dep. 16/01/2024), n.144

Ancora più recentemente la Corte di legittimità (Cassazione civile sez. I, 06/06/2024, (ud. 30/05/2024, dep. 06/06/2024), n.15804) ha in relazione a fattispecie di denuncia di adozione di motivazione cd apparente ulteriormente confermato che ricorre il vizio

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

di motivazione apparente della sentenza, in violazione dell'art.132, comma 2, n.4, cod. proc. civ. e dall'art. 111 Cost. quando essa, benché graficamente esistente, non renda, tuttavia, percepibile il fondamento della decisione, perché recante argomentazioni obiettivamente inidonee a far conoscere il ragionamento seguito dal giudice per la formazione del proprio convincimento, non potendosi lasciare all'interprete il compito di integrarla con le più varie, ipotetiche, congetture (Sez. 6 - 1, n. 6758 del 1.3.2022); il vizio sussiste quando la pronuncia riveli una obiettiva carenza nella indicazione del criterio logico che ha condotto il giudice alla formazione del proprio convincimento, come accade quando non vi sia alcuna esplicitazione sul quadro probatorio, né alcuna disamina logico-giuridica che lasci trasparire il percorso argomentativo seguito (Sez. L, n. 3819 del 14.2.2020).

In tale prospettiva – si è affermato in quella sede – non ricorre il predetto vizio laddove il giudice di merito aderisca alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurendo così l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento, non essendo quindi tenuto necessariamente a soffermarsi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte, che, sebbene non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili, in quanto le critiche di parte, che tendono al riesame degli elementi di giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in mere argomentazioni difensive (Sez. 1, n. 33742 del6.11.2022; Sez. 6 - 3, n. 1815 del 2.2.2015; Sez. 1, n. 282 del 9.1.2009).

Ciò, salva tuttavia l'ipotesi – precisa la Corte del 2024 – che la decisione di adesione alle conclusioni raggiunte dal CTU non dia conto delle criticità insuperate incidenti sulla tenuta complessiva dell'elaborato all'esito della formulazione delle risposte ai rilievi tecnici di parte (nello specifico: a fronte di censure puntuali e specifiche ad una valutazione peritale espressa con il postumo ripensamento che ne denunciavano (fra l'altro, ineccepibilmente) la mancanza totale di spiegazioni e che comunque la criticavano nel merito, la Corte di appello aveva omesso totalmente di indicare le ragioni della sua adesione al dictum immotivato del Consulente, ancorandosi alle ragioni, del tutto inesistenti, da lui addotte); fattispecie assolutamente non ricorrente nella fattispecie al vaglio di questa Corte di merito.

7.2.1 All'esito allora dell'espletata perizia, le cui conclusioni, immuni da vizi logici e profili di censurabilità, anche a confutazione dei rilievi tecnici di parte devono essere ampiamente condivise, è rimasto accertato quanto segue, con riferimento alla specifica posizione della struttura appellante.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

Le infezioni del sito chirurgico (SSI: Surgical site infection), secondo i dati del sistema di Sorveglianza Nazionale Statunitense delle Infezioni Nosocomiali (NNIS), rappresentano, con un incidenza del 14-16%, una delle prime cause di infezione ospedaliera.

Per ridurre l'incidenza delle SSI è necessario ricorrere ad un approccio che tenga conto dei molteplici fattori che determinano il rischio chirurgico quali: caratteristiche del paziente, tipo di intervento, modalità operative del personale sanitario e tipologia di ospedale.

La responsabilità della struttura appellante deve essere affermata sia con riferimento alla gestione della fase successiva all'intervento del novembre 2011, sia, in applicazione dei principi giurisprudenziali sopra evidenziati, in relazione all'insorgenza stessa della infezione.

Per ragioni di comodità espositive, si procede a valutare prioritariamente la seconda fase, quella relativa al periodo successivo all'intervento.

Nel sospetto di una mobilizzazione protesica settica, conseguita in base a dati clinici, laboratoristici (13.8.12: incremento VES, PCR) e strumentali (scintigrafia scheletrica trifasica 09.08.2012), in occasione di ricovero in data 15.09.2012 presso la Casa *Pt_1* " *Parte_1* ", si provvedeva alla rimozione della protesi, impiantata nel novembre antecedente presso la stessa Casa di Cura, e al posizionamento di uno spaziatore antibiotato.

Dunque l'intervento del 15.09.2012 attesta incontestabilmente la mobilizzazione dell'impianto protesico.

Per quanto poi lo stesso collegio peritale assuma che la natura settica della mobilizzazione dell'impianto protesico all'intervento del 15.09.2012 poteva apparire solo presunta, resta comunque il fatto che nell'occasione:

in sede preoperatoria erano presenti due criteri diagnostici minori (indici flogistici e positività scintigrafica aspecifica) mentre non risultava effettuato un esame colturale su campioni e/o liquidi;

in corso di intervento non si provvedeva né all'esame colturale su campioni e/o liquidi né ad un controllo batteriologico di materiale organico, mai prelevato.

Contrastanti appaiono anche i dati successivi all'intervento del 15.09.2012 laddove, a fronte di una persistente elevazione degli indici flogistici ematici, si osservava effettivamente la negatività degli esami colturali eseguiti su liquido sinoviale prelevato in corso di ripetute artrocentesi (23.11.2012 e 07.12.2012).

Nell'ambito allora di un pur configurabile quadro quantomeno dubbio sulla natura settica di quella mobilizzazione protesica, nel corso del periodo anche antecedente l'intervento del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

15.9.2012 ed immediatamente dopo, nonostante la presenza di due criteri diagnostici minori (indici flogistici e positività scintigrafica aspecifica), non risulta effettuato un esame colturale su campioni e/o liquidi mentre in corso di intervento non si provvedeva né all'esame colturale su campioni e/o liquidi né ad un controllo batteriologico di materiale organico, mai prelevato.

Con riferimento al decorso ambulatoriale 12.01.2012 – 15.09.2012, ha ulteriormente precisato il collegio come

- **non appaiono messe in atto attività volte ad acquisire elementi diagnostici di ragionevole certezza quali: manca un qualsiasi prelievo per coltura di liquido sinoviale manca una scintigrafia con marcatori infettivi, la valutazione ematochimica degli indici di flogosi è basata su due riscontri (29.6.12 VES; 13.8.12 VES, PCR)**
- **è totalmente assente un qualsiasi dato anamnestico (es. rilevazione piresi) e/o semeiologico (es: stato di salute del ginocchio).**

Nella Scintigrafia scheletrica segmentaria trifasica, eseguita presso l'U.O. di Radiologia del P.O. di [redacted] in data 9.8.2021, si legge: "omissis Tale reperto, espressione di un aumento del flusso ematico e ipermetabolismo osteoreattivo aumento del flusso ematico ed ipermetabolismo osteo-reattivo è suggestivo per segni di mobilizzazione protesica prevalentemente della componente tibiale (settica?)."

Ha inoltre evidenziato il Collegio come il posizionamento dello spaziatore, effettuato con l'intervento del 15.09.2012 vada considerato proprio quale ragionevole procedura cautelativa attuata in ipotesi di dubbio di sussistenza di protesi settica.

Di più. La cartella relativa al 14 settembre 2012 Ricovero presso il Reparto di Ortopedia della Casa *Parte_1* *Parte_1* **"** *Per_4* **osì riporta: "Impianto di protesi di ginocchio a dicembre 2011 lamenta gonalgia ha eseguito esami ematici, scintigrafia ossea e leucociti marcati che evidenziano mobilizzazione settica….".**

Dunque: nel periodo in cui la *Pt_1* **di** *Pt_1* **ha trattato quella mobilizzazione protesica (fino al 15.09.2012), gli stessi sanitari operanti avevano almeno il forte dubbio che si trattasse di protesi settica (come poi riscontratosi successivamente e qui non più in discussione) e nonostante ciò non appaiono messe in atto da parte di quelli attività volte ad acquisire elementi diagnostici di ragionevole certezza e di adeguata risposta quali: un prelievo per coltura di liquido sinoviale ovvero una scintigrafia con marcatori infettivi (sul punto lo stesso CTP della Casa di Cura è costretto ad ammettere che "resta una criticità la mancata**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

documentazione di un esame microbiologico dopo rimozione della protesi avvenuta nel settembre 2012";

mancava inoltre qualsiasi dato anamnestico (es. rilevazione piresi) e/o semeiologico (es: stato di salute del ginocchio).

Tali gravi omissioni procedurali hanno inficiato l'acquisizione di elementi utili a fini diagnostici per:

a) la natura (settica, asettica) della mobilizzazione stessa,

b) la individuazione di eventuale patogeno e relativo, adeguato trattamento, essendosi poi dimostrato quello attuato non adeguato al germe patogeno solo successivamente individuato da parte di altra struttura (ed in presenza di ulteriori analoghi insuccessi presso altre intermedie strutture).

Già allora l'esame di tali acquisizioni induce ad individuare forti profili di responsabilità in capo alla struttura appellante, quanto meno nella gestione della mobilizzazione settica, sottoposta alla sua attenzione almeno dal 13.8.2012 e sino al post operatorio del 15.9.2012.

7.2.2.La responsabilità della struttura appellante può tuttavia essere affermata non solo con riferimento alla gestione di quella fase, ma anche, in applicazione dei principi giurisprudenziali sopra evidenziati, in relazione all'insorgenza stessa della infezione.

Risulta infatti acquisito che l'appellato, come visto, era stato sottoposto presso la stessa *[...]* *Pt_1* **ad un intervento chirurgico di artroprotesi praticato in data 13 12 2011.**

Come già anticipato le infezioni del sito chirurgico (SSI: Surgical site infection), secondo i dati del sistema di Sorveglianza Nazionale Statunitense delle Infezioni Nosocomiali (NNIS), rappresentano, con un incidenza del 14-16%, una delle prime cause di infezione ospedaliera.

Per ridurre l'incidenza delle SSI è necessario ricorrere ad un approccio che tenga conto dei molteplici fattori che determinano il rischio chirurgico quali: caratteristiche del paziente, tipo di intervento, modalità operative del personale sanitario e tipologia di ospedale.

L' infezione si è manifestata in maniera inequivocabile dopo alcune settimane dallo intervento chirurgico di protesizzazione (forti dolori, incremento dei neutrofili).

Già in data 9.8.2012 veniva refertata mobilizzazione (settica?) da parte dell' l' *[...]* *Controparte_5* **di** [redacted]

In sede di anamnesi raccolta il 14.9.2012 dai sanitari della Casa di Cura qui appellante, si dava atto di quanto segue "Anamnesi: "Impianto di protesi di ginocchio a dicembre 2011

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

lamenta gonalgia ha eseguito esami ematici, scintigrafia ossea e leucociti marcati che evidenziano mobilizzazione settica…".

Gli esami biologici recano la data del 29.06.2012.

Diversamente poi da quanto assume la difesa tecnica della *Parte_1* **è proprio il criterio temporale a deporre per l'imputabilità della infezione all'intervento.**

Secondo la difesa tecnica della parte appellante l'infezione su protesi di ginocchio che ha subito il periziato è configurabile come una complicanza (in termini medici) dell'intervento che egli ha accettato di eseguire. Il paziente aveva uno stato anteriore (obesità, cirrosi, diabete-intolleranza glucidica) che rendeva molto probabile il verificarsi di un evento infettivo. In tale prospettiva è molto più probabile che infezioni comparse con questa latenza siano dovute a contaminazione per via ematogena originate da focolai in altra sede.

Tale assunto è stato convincentemente smentito dal Collegio peritale, il quale ha confutato l'affermazione resa dal tecnico di parte secondo cui l'insorgenza dopo i sei mesi deporrebbe per una contaminazione per via ematogena originate da focolai in altra sede.

Il Collegio ha invece indicato letteratura specifica (citato documento ASSR nella risposta alla richiesta di chiarimenti *Parte_1* **), in forza della quale si afferma invece che le Infezioni ritardate (delayed infections) da 1 a 24 mesi sono normalmente acquisite durante l'intervento, senza considerare peraltro che la stessa difesa della parte appellante, in altro motivo e con altre finalità (su cui infra), ha individuato elementi sintomatici della infezione in atto insorti già a gennaio 2012 (cartella [redacted] su cui infra).**

Tali affermazioni inducono allora ad affrontare ora la questione relativa alla verifica della sussistenza del nesso causale tra infezione e trattamento del dicembre 2011.

Risultano ormai pacificamente acquisiti, in cattedra e foro, i seguenti principi in materia di causalità civile

Nella necessaria attività di selezione dei presupposti necessari per l'accadimenti di un evento si accetta universalmente il concetto della tendenziale verosimiglianza.

Nel ricercare il nesso causale – si fa condivisibilmente osservare in tale prospettiva - l'interprete tende all'accertamento del grado di probabilità da attribuire all'ipotesi che lega un evento ad una determinata condotta umana o ad un fatto naturale, muovendosi nell'ambito di un ragionamento probatorio caratterizzato dal concetto di probabilità e non da quello di verità assoluta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

Nei giudizi risarcitori da responsabilità sanitaria – si afferma nella giurisprudenza degli ultimi anni - si presenta allora la necessità di ricostruire un "doppio ciclo causale" (Cass. civ., 18392/2017), in base al quale la prova del nesso eziologico grava sul paziente-danneggiato il quale deve, appunto, provare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), il nesso causale tra l'insorgenza della patologia o la morte e la condotta del sanitario; invece, il sanitario-danneggiante deve fornire la prova, in alternativa all'adempimento, che un evento imprevedibile ed inevitabile, con l'ordinaria diligenza, ha reso impossibile la prestazione (così aprendo poi alla possibilità di un terzo ciclo causale cioè la possibilità per l'attore di dimostrare la insufficienza della controprova del convenuto medico).

Il debitore danneggiante d'altra parte deve dar prova dell'assenza d'un nesso causale tra l'insorgenza della patologia e la sua condotta negligente, soltanto laddove il paziente abbia assolto all'onere di provare che il danno sofferto è eziologicamente riconducibile alla condotta della struttura sanitaria ovvero all'azione od omissione del sanitario.

Nell'ambito del primo ciclo causale, la cui verifica è quindi pregiudiziale, occorre allora riempire di significato concreto quell'onere imposto in capo al creditore/danneggiato.

Come noto, l'impostazione tradizionale ruotava intorno all'assioma dell'autosufficienza della dimostrazione l'esistenza del contratto e dell'allegazione dell'inadempimento.

La semplice allegazione dell'inesatto adempimento dell'obbligazione integrava la prova del primo ciclo causale, rimettendo alla controparte, e cioè al medico o alla struttura sanitaria, la prova liberatoria, che riguarda il secondo ciclo causale e, quindi, la dimostrazione del fatto negativo, che consiste nel dimostrare che l'evento si è verificato per ragioni diverse dalla presunta condotta inadempiente del sanitario.

Successivamente alle posizioni assunte dalla terza sezione della Corte di Cassazione nel 2017 (Corte di cassazione n. 18392 del 2017, e secondo cui (anche) quando è dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per inesatto adempimento della prestazione sanitaria, grava sul danneggiato paziente dimostrare il nesso di causalità, tra l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia e l'azione o l'omissione dei sanitari, intervengono le due sentenze gemelle, nn. 28991-2 del 2019

Con queste si ribadisce che, nel caso di responsabilità contrattuale, il danneggiato deve provare il nesso di causalità tra aggravamento della situazione patologica e condotta del sanitario, quale effetto dell'interpretazione del primo comma dell'articolo 1227 c.c. che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

disciplina il fenomeno della causalità materiale, ma si aggiunge che questa prova può essere fornita anche a mezzo di presunzioni e sulla base del criterio della attendibilità del materiale probatorio e cioè quello della elevata idoneità rappresentativa e congruità logica degli elementi di prova assunti (Cass Sez. 3, n. 26304 del 29/09/2021, Rv. 662534 - 01).

In tale prospettiva – si afferma dal 2019 - la causalità involge la relazione probabilistica, svincolata da ogni riferimento alla prevedibilità soggettiva (cioè alla imputazione), tra condotta del professionista, ad esempio sanitario, ed evento di danno. La causalità attiene, anche, al rapporto tra evento di danno e conseguenze risarcibili. Mentre non riguarda mai la colpa e comunque l'elemento soggetto.

Il criterio della preponderanza dell'evidenza o del più probabile che non.

L'accertamento del nesso di causalità nella responsabilità sanitaria è improntato allora, come inizialmente detto, alla regola di funzione della preponderanza dell'evidenza (o del "più probabile che non"), la quale, con riguardo al caso in cui, rispetto a uno stesso evento, si pongano un'ipotesi positiva e una complementare ipotesi negativa, impone al giudice di scegliere quella rispetto alla quale le probabilità che la condotta abbia cagionato l'evento risultino maggiori di quelle contrarie, e con riguardo, invece, al caso in cui, in ordine allo stesso evento, si pongano diverse ipotesi alternative, comporta che il giudice dapprima elimini, dal novero delle ipotesi valutabili, quelle meno probabili e poi analizzi le rimanenti ipotesi ritenute più probabili, selezionando, infine, quella che abbia ricevuto, secondo un ragionamento di tipo inferenziale, il maggior grado di conferma dalle circostanze di fatto acquisite al processo, in ogni caso esercitando il proprio potere di libero apprezzamento di queste ultime tenendo conto della qualità, quantità, attendibilità e coerenza delle prove disponibili, dalla cui valutazione complessiva trarre il giudizio probabilistico, come in precedenza esposto.

Qualora allora vi sia soltanto una condotta astrattamente idonea a determinare l'evento, sussiste la responsabilità della struttura sanitaria, se la probabilità che il danno sia conseguenza della condotta sia prevalente rispetto alla possibilità che non lo sia. Mentre nel caso in cui il danno sia astrattamente riconducibile a più cause, va attribuito maggiore rilievo agli elementi da cui emerge una probabilità prevalente.

La regola del "più probabile che non" – si insegna in materia - come categoria giuridica peraltro ha due versioni. Quella forte e quella debole. Quella forte è intesa in senso quantitativo, perché identifica il grado di convincimento del giudice che accoglie la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

domanda, nel senso ritiene la tesi dell'attore più credibile di quella del convenuto, in senso assoluto, senza dare un valore numerico e statistico alle varie spiegazioni causali alternative e alle retrostanti prove.

Tale criterio non è adottato nel nostro ordinamento.

Il criterio di riferimento adottato nel nostro ordinamento è quello invece cd debole, come spiega la decisione n. 15991 del 2011 della Corte di cassazione, secondo cui "la concorrenza di cause di diversa incidenza probabilistica non conduce di per sé alla regola aberrante del 50% +1", bensì "alla compiuta valutazione dell'evidenza del probabile" (Corte di Cassazione n. 15991 del 2011).

Più probabile che non allora va riferito a un giudizio relativo alle sole cause che possono spiegare quell'evento e che siano state in qualche modo provate e vagliate nel giudizio civile. Tra queste cause il giudice potrà ritenere maggiormente probabile quella che presenti l'incidenza statistica maggiore in confronto alle altre alternative possibili e questo anche se quella percentuale si collochi notevolmente al di sotto del dato numerico statistico del 50%.

Il giudice di merito deve quindi operare due passaggi separati per pervenire ad una valutazione probabilistica corretta che consenta di esprimere la valutazione.

Il primo passaggio riguarda l'alternativa tra fatto vero e fatto falso, sulla base delle prove acquisite.

Rispetto ad ogni tesi dell'attore, il giudice deve verificare l'eventualità che essa possa essere vera o falsa e cioè che sul medesimo fatto vi siano, una ipotesi positiva ed una complementare ipotesi negativa. Rispetto a queste due opzioni il giudice deve scegliere quella che "in base alle prove disponibili, ha un grado di conferma superiore all'altra".

Vi è poi il secondo passaggio e cioè quello della prevalenza, che è come nel primo passaggio anch'essa relativa.

Nel caso (generalmente ricorrente) di multifattorialità nella produzione di un evento dannoso, oltre all'ipotesi formulata dall'attore in ordine all'eziologia dell'evento, si possono affiancare altre ipotesi che abbiano ricevuto una qualche conferma positiva dalle prove acquisite al giudizio. In questo caso si presentano più alternative, tutte verosimili e si applica la regola della "prevalenza relativa" per cui il giudice deve selezionare come vero quell'enunciato o quella tesi che ha ricevuto il grado relativamente maggiore di conferma. Fra le più ipotesi plausibili, il giudice deve ritenere come vera quella che ha ricevuto il grado di maggior conferma relativa (cioè che sia probabile o possibile più di altre spiegazioni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

alternative, tutte plausibili) dell'esistenza del nesso, sulla base delle prove disponibili e ciò rispetto all'ipotesi negativa che tale nesso non sussiste.

Tanto premesso occorre allora scendere a valutare se la parte attrice abbia positivamente concluso il proprio ciclo causale (primo ciclo causale) con riferimento alla insorgenza della infezione.

In tale prospettiva occorre allora esaminare, sulla scorta di una valutazione del compendio probatorio informata al criterio della attendibilità - ovvero della più elevata idoneità rappresentativa e congruità logica degli elementi di prova assunti – se le condotte ed omissioni allegate come poste in essere dai sanitari convenuti si pongano in rapporto di causalità con l'evento, anche solo ritenendo come maggiormente probabile l'ipotesi che presenti l'incidenza statistica maggiore in confronto alle altre alternative possibili e questo pure se quella percentuale si collochi notevolmente al di sotto del dato numerico statistico del 50%.

In ragione allora delle considerazioni tecniche già vagliate, le condotte costituenti il "trattamento del dicembre 2011" appaiono in rapporto di causalità con l'infezione sicuramente assunta dal paziente (per come accertata almeno il successivo agosto 2012) in maniera percentualmente maggiore rispetto alla tesi proposta dalla Casa di cura e secondo cui invece l'evento infettivo sarebbe dovuto a contaminazione per via ematogena originate da focolai in altra sede.

A tale conclusione perviene ora anche la Corte proprio sulla scorta di quella precisazione documentata resa dal Collegio peritale e secondo cui le Infezioni ritardate (delayed infections) da 1 a 24 mesi sono normalmente acquisite durante l'intervento (e non dunque il mero soggiorno ospedaliero, come tenta di assumere la difesa della parte appellante che poi insiste a parificare a questo la frequentazione dell'ambulatorio medico del professionista chiamato in giudizio e su cui infra) nonché in ragione di quanto la difesa della parte appellante assume essere accaduto già a gennaio 2012 presso la struttura di [redacted] (e su cui infra).

Nell'evoluzione non positiva poi dello stato del paziente incidono, come inizialmente visto, le condotte poste in essere dai sanitari anche nel settembre 2012, ma su questi ci si soffermerà oltre, tenuto conto che su quella evoluzione paiono avere contribuito, nel non risolverla, anche altre strutture.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

In una prospettiva invece di verifica del conseguimento della prova liberatoria da parte della Casa di cura, esaurito allora il primo ciclo causale da parte del danneggiato, si evidenzia quanto segue.

Ancora all'esito della disposta CTU è stata positivamente accertata la totale assenza di cautele specifiche da parte dei sanitari in occasione dell'esecuzione dell'intervento del novembre 2011.

Il collegio peritale ha infatti elencato una serie di omissioni specifiche, che non appaiono minimamente confutabili con le richieste di prova formulate dalla struttura convenuta (poi trasfuse nel motivo di appello in cui si lamenta la loro mancata ammissione) e ciò o perché dovevano essere esclusivamente documentate (es verbale di preparazione del campo operatorio non limitato all'uso di teli sterili) o perché facevano riferimento al rispetto di protocolli e prassi virtuose (e sul cui rispetto in astratto si sofferma tanto lungamente quanto inutilmente l'atto di appello) del tutto tuttavia sganciato dalle concrete modalità di esecuzione di quello specifico intervento del 13.11.2011 a quell' ben individuato orario.

Intervento che oltretutto era eseguito su un paziente, come pure evidenziato dal Ctp Casa di cura, a fortissimo rischio per le patologie da cui era già affetto e che presentava di per sé alte probabilità di insorgenza di infezioni dovuta all' innestamento della protesi esterna.

Le criticità, insuperate ed insuperabili anche tenendo conto delle richieste probatorie inizialmente formulate dalla parte convenuta, hanno riguardato:

Fase pre-operatoria

non esiste specifica valutazione circa la sussistenza di eventuali fattori di rischio intrinseci (effettuata comune raccolta anamnestica). Sotto tale profilo è lo stesso ctp della *Pt_1* *[...]* **ad evidenziare che il sig.** *Pt_2* **ra un soggetto fragile;**

non esiste specifica valutazione circa la sussistenza di infezioni preesistenti remote (effettuata comune raccolta anamnestica) dovendosi rilevare la presenza laboratoristica di alterazioni della funzionalità epatica (12.12.2011), difetto di antitrombina III (14.12.2011), ipopiastrinemia (12.12.2011, 14.12.2011, 15.12.2011), elevazione PCR (15.12.2011);

risulta non annotata alcuna attività di preparazione del campo operatorio;

risulta non effettuata bagno/doccia (nè fornita informativa per azione domiciliare);

risultano non effettuati (non richiesti) screening e decolonizzazione nasale per MSSA/MRSA;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

non risultano informazioni in merito alla effettuazione e alle modalità di effettuazione del lavaggio delle mani con caratteristiche chirurgiche;

non risultano informazioni in merito alla vestizione del personale e all'uso di dispositivi di protezione (cappellino, maschera, guanti, scarpe, ..);

non risultano informazioni specifiche in merito alla preparazione del campo operatorio in tema di disinfezione cutanea (utilizzo di disinfettanti e antisettici, utilizzo di draping, ..) risultando assicurata a verbale solo la preparazione del campo operatorio con teli sterili;

non risulta tracciato l'utilizzo di materiale chirurgico di consumo sterile.

Fase intra-operatoria

non risulta effettuato il monitoraggio glicemico;

non risulta testimoniato il mantenimento di normotermia;

non risultano informazioni in merito al traffico di personale all'interno del teatro chirurgico durante l'atto stesso e il numero di accessi alla sala operatoria;

non risultano informazioni in merito al controllo ambientale nella sala operatoria con evidente rispetto degli obblighi normativi (es: ventilazione, umidità, temperatura, filtrazione);

non risultano informazioni in merito alla ventilazione e controllo ambientale nella sala operatoria (es: presenza di flusso d'aria laminare verticale, dimensioni del filtro, pressione positiva, numero di ricambi aria/ora, flussi d'aria, temperatura, umidità, posizione delle bocchette di mandata e ripresa, uso dei filtri, personale dedicato alla manutenzione ordinaria,..);

Alla luce allora di tali riscontrate criticità, non può dirsi che la Casa di cura abbia assolto al proprio onere.

7.3 Nell'evoluzione non positiva poi dello stato del paziente incidono, come inizialmente visto e poi ribadito, le condotte poste in essere dai sanitari della *Pt_1* **di** *Pt_1* **anche nel settembre 2012, e su quella stessa grave evoluzione paiono avere contribuito, nel non risolverla, anche le condotte poste in essere da altre strutture, tuttavia non presenti nel presente procedimento, in quanto non inizialmente convenute e non chiamate dalla stessa** *Parte_1* **.**

Confermata allora la prova dell'apporto della Casa di cura sia in relazione all'insorgenza che in relazione alla evoluzione della infezione, sul punto occorre evidenziare quanto segue.

Il problema del concorso delle cause trova ultima soluzione nell'art. 41 c.p., in virtu' del quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra dette cause e l'evento, essendo quest'ultimo riconducibile a tutte, tranne che si verifichi l'esclusiva efficienza causale di una di esse.

Il danneggiato deve essere risarcito di tutte le conseguenze dannose cui rimane esposto in conseguenza di uno specifico antecedente causale (v. Cass., 18/4/2019, n. 10812; Cass., 21/8/2018, n. 20829; Cass., 20/11/2017, n. 27254; Cass., 29/2/2016, n. 3893; Cass., 3/2/2012, n. 1620; Cass., 21/7/2011, n. 15991), e tali sono tutte le conseguenze dannose legate all'evento dannoso non solo da un rapporto di regolarità giuridica (v. già Cass., 11/1/1989, n. 65) ma anche da un rapporto di causalità specifica (v. Cass., 2/12/2021, n. 38076; Cass., 29/9/2015, n. 19213; Cass., 29/8/2011, n. 17685; Cass., 27/4/2011, n. 9404; Cass., Sez. Un., 11/1/2008, n. 584; Cass., Sez. Un., 11/1/2008, n. 582), cui è rimasto esposto a fronte (anche) dello specifico antecedente causale, determinato dalla condotta colposa (o dolosa) del debitore/danneggiante (come posto in rilievo anche da autorevole dottrina, che lo indica quale "danno diretto"), quest'ultimo dovendo pertanto risponderne sul piano risarcitorio (cfr. Cass., 18/4/2019, n. 10812; Cass., 21/8/2018, n. 20829; Cass., 20/11/2017, n. 27254).

Ciò significa che, confermata la prova dell'apporto, sotto diversi profili e soprattutto per l'insorgenza, della Casa di cura, la stessa è chiamata a risarcire l'intero danno causato da tutti i soggetti potenzialmente autori dell'illecito complessivo, ai sensi dell'art. 2055 cc, restando poi nella possibilità per il danneggiante che risarcisce di eventualmente agire in regresso nei confronti degli altri asseriti responsabili.

Nel corso del giudizio di primo grado invece la *Parte_1* **ha formulato domanda di accertamento di una corresponsabilità, anche ai fini dell'esercizio del regresso o della rivalsa, solo nei confronti del medico qui pure appellato**

In primo grado cioè la difesa della *Parte_1* **ha concluso sia per il rigetto della domanda azionata nei propri confronti, assumendo una portata completamente esimente, rispetto al proprio operato, delle condotte poste in essere da quell'operatore (e di altri tuttavia non chiamati) sia per l'accertamento della corresponsabilità del solo medico e la graduazione delle rispettive colpe.**

Tanto premesso, appare allora evidente come la parte appellante possa ritenersi legittimata alla proposizione di un motivo di appello avverso la statuizione della sentenza di primo grado che abbia escluso ogni responsabilità in capo a quel sanitario sia in prospettiva totalmente esimente che in una prospettiva meramente concorsuale ed in vista del regresso.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

Nel giudizio avente ad oggetto l'accertamento della responsabilità del danno da fatto illecito imputabile a più persone infatti, il giudice di merito adito dal danneggiato può e deve pronunciarsi sulla graduazione delle colpe solo se uno dei condebitori ha esercitato l'azione di regresso verso gli altri oppure se ha chiesto l'accertamento di tale ripartizione interna in vista del regresso; ne consegue che, quando il presunto autore dell'illecito si limita a negare la propria responsabilità senza chiedere espressamente, neppure in via gradata, l'accertamento della percentuale di responsabilità propria e altrui in ordine al verificarsi del fatto dannoso, non formula alcuna domanda nei confronti degli altri convenuti e tale istanza, se proposta per la prima volta in appello, è inammissibile in quanto nuova (Cassazione civile sez. III, 16/05/2025, n.13063 e cass. Civ., n. 5475 del 2023 e Cass. Civ., n. 3803 del 2004).

Nello specifico invece, come visto, la *Pt_1* **di cura aveva formulato sia domanda di rigetto totale sia comunque domanda di accertamento della corresponsabilità del medico, in vista appunto del regresso; mentre non aveva formulato domanda di accertamento ai fini del regresso né nei confronti della struttura [redacted] né di altre.**

7.4 Secondo il motivo di appello in particolare, con riferimento alla posizione del medico, il Tribunale nella decisione qui gravata doveva ritenere pacifica la circostanza che il decorso ambulatoriale in favore del sig. *Persona_1* **, successivo agli interventi chirurgici, era stata seguito dal dott.** *CP_6* **presso il proprio ambulatorio privato di [redacted]**

Sulla base di tali elementi probatori essa *Parte_1* **a pag. 22 della comparsa di costituzione deduceva che "il presunto inadempimento del decorso ambulatoriale dal 12.01.2012 – 15-09-2012 e dal 22-09-2012 al 19-03-2012 è imputabile esclusivamente al dott.** *CP_2* **.**

L'assunto non tiene minimamente conto di quanto sin qui vagliato in ordine: alla assoluta prevalenza in termini probabilistici della contrazione dell'infezione nel corso dell'intervento (e quindi il richiamo alla frequentazione di un ambulatorio è del tutto fuori luogo); alla mancata prova da parte della *Pt_1* **di cura di circostanze e condotte volte ad escludere la sussistenza del nesso tra la propria condotta e la contrazione dell'infezione (adempimento o fattore imprevedibile).**

Vero è invece, perché addotto dalla stessa difesa della parte appellante, che gli esami svolti il 29 giugno 2012, la scintigrafia del 08 agosto 2012 e gli esami di laboratorio del 13 agosto 2012 e 20 ottobre 2012 [redacted] 10 di parte ricorrente) erano esami diligentemente prescritti proprio dal dott. *CP_6* **ed eseguiti presso il [redacted] di [redacted]**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

Condotta che, per quanto riguarda il singolo professionista, esclude in radice ogni ipotesi di apporto anche solo concausale nell'evoluzione delle condizioni del paziente, essendo poi intervenuta ad incidere pesantemente su questa, l'ulteriore gestione del paziente nel ricovero del settembre 2012 da parte della stessa struttura Casa di Cura e su tali criticità, evidentemente imputate ai sanitari tutti che indistintamente operavano per la Casa di cura, ci si è inizialmente ed a lungo soffermati.

Le condotte di mero percorso ambulatoriale eseguite prima dell'intervento del novembre 2011, dopo lo stesso ed anche dopo l'ulteriore trattamento eseguito presso la *Parte_1* **nel settembre 2012 (così come i trattamenti eseguiti poi presso altre strutture) non paiono minimamente incidere sulla insorgenza, da imputare tutta all'intervento del novembre 2011 né quel percorso ambulatoriale si ritiene comprovato abbia concorso sulla non risoluzione della patologia (altra valutazione potendosi effettivamente fare per le altre strutture, in relazione alle quali tuttavia non è stato esperito il regresso).**

In relazione a tale profilo, la difesa della parte appellante assume tra l'altro che il sig. *Persona_1* **dalla data del 23 dicembre 2011 (tre giorni dopo le dimissioni) fino all'11 gennaio 2012 era stato ricoverato presso la Clinica riabilitativa [redacted] di [redacted] (FR).**

Presso il citato nosocomio [redacted] di controparte n°22) erano state effettuare le medicazioni della ferita chirurgica nonché asportati i punti di sutura, attività per le quali è evidentemente richiesta particolare attenzione per evitare contaminazioni e l'insorgere di patologie infettive. Emergeva, altresì, dalla cartella clinica del ricovero presente agli atti dell'accertamento tecnico preventivo, che in data 09 gennaio 2012 era stata diagnosticata al *Pt_2* **una tromboflebite degli arti inferiori a causa della quale veniva sospesa l'attività riabilitativa. Tra le conseguenze della tromboflebite si annoverano anche l'insorgenza di infezioni localizzate, ancora più frequenti in presenza di ferite chirurgiche.**

Sul punto ci si limita ad evidenziare che, confermata la prova della responsabilità della *[...]* *Pt_1* **nella insorgenza, l'eventuale compartecipazione di altre strutture nella evoluzione dello stato del paziente non può essere ulteriormente scrutinata in questa sede, in quanto la difesa della** *Parte_1* **ha addotto quegli elementi solo al fine di escludere la propria responsabilità e non invece ai fini del regresso (se non per il medico), come si conferma dalla mancata chiamata in causa della struttura di [redacted]**

Tali emergenze comunque aggravano ulteriormente la posizione della *Pt_1* **di cura in quanto potenzialmente già in grado, attraverso la doverosa consultazione di quella cartella,**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

già al momento di quell'ulteriore ricovero presso la Casa di cura per altre patologie (antecedente quello del settembre 2012 e su cui si sofferma il Ctp della *Parte_1*) che vi era in atto una situazione di infezione che sarebbe poi esplosa di lì a poco.

7.5 Con un ulteriore motivo di appello, si lamenta quanto segue "La documentazione medica in atti dimostra che successivamente all'intervento di revisione della protesi avvenuto nel mese di settembre 2012, in occasione del quale nel mese di novembre e dicembre 2012 erano stati eseguiti due esami culturali risultati negativi, il paziente perdurando il problema infettivo si era rivolto ad altre strutture e consulenti medici (consulenza infettivologa; ricovero del 15-03-2013 per rimozione spaziatore e suo riposizionamento; esami di laboratorio e scintigrafie del 17-06-2013, 02-05-2014, 30-10-2014; ricovero del 20-04-2015; ricovero 09-07-2015). Sebbene le attività mediche fossero state necessarie per risolvere il processo infettivo, evidentemente senza successo, non si comprende la ragione per la quale l'inadempimento sarebbe imputabile solamente alla *Parte_1* ed al dott. *CP_2* escludendo la responsabilità di altre strutture e professionisti che parimenti non avevano posto in essere terapie realmente efficaci. Di talché la quantificazione dell'inabilità temporanea elaborata dal CCTTUU è priva di qualsiasi logica scientifica e giuridica in quanto se si utilizza il medesimo ragionamento errato ed applicando il criterio post hoc – propter hoc, ciascun professionista che non avesse risolto il problema infettivo dovrebbe essere responsabile dell'insuccesso".

Mostra allora di non comprendere la difesa della parte appellante il principio già esposto in questa sede in altra sezione della presente parte motiva.

Il problema del concorso delle cause trova ultima soluzione – si deve qui solo ribadire - nell'art. 41 c.p., in virtu' del quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra dette cause e l'evento, essendo quest'ultimo riconducibile a tutte, tranne che si verifichi l'esclusiva efficienza causale di una di esse.

Il danneggiato deve essere risarcito di tutte le conseguenze dannose cui rimane esposto in conseguenza di uno specifico antecedente causale (v. Cass., 18/4/2019, n. 10812; Cass., 21/8/2018, n. 20829; Cass., 20/11/2017, n. 27254; Cass., 29/2/2016, n. 3893; Cass., 3/2/2012, n. 1620; Cass., 21/7/2011, n. 15991), e tali sono tutte le conseguenze dannose legate all'evento dannoso non solo da un rapporto di regolarità giuridica (v. già Cass., 11/1/1989, n. 65) ma anche da un rapporto di causalità specifica (v. Cass., 2/12/2021, n. 38076; Cass., 29/9/2015, n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

19213; Cass., 29/8/2011, n. 17685; Cass., 27/4/2011, n. 9404; Cass., Sez. Un., 11/1/2008, n. 584; Cass., Sez. Un., 11/1/2008, n. 582), cui è rimasto esposto a fronte (anche) dello specifico antecedente causale, determinato dalla condotta colposa (o dolosa) del debitore/danneggiante (come posto in rilievo anche da autorevole dottrina, che lo indica quale "danno diretto"), quest'ultimo dovendo pertanto risponderne sul piano risarcitorio (cfr. Cass., 18/4/2019, n. 10812; Cass., 21/8/2018, n. 20829; Cass., 20/11/2017, n. 27254).

Ciò significa che, confermata la prova dell'apporto, sotto diversi profili e soprattutto per l'insorgenza, della Casa di cura, la stessa è chiamata a risarcire l'intero danno causato da tutti i soggetti potenzialmente autori dell'illecito complessivo, ai sensi dell'art. 2055 cc, restando poi nella possibilità per il danneggiante che risarcisce di eventualmente agire in regresso nei confronti degli altri asseriti responsabili.

8.L'appello deve essere pertanto respinto.

8.1 Le spese del presente grado seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo in base al valore del disputatum (rigetto), pure per la fase di trattazione, sia pure per i soli minimi, anche in assenza di istruttoria (Cass. n. 30219/23 e n. 18723/24), mentre secondo valori medi per le altre fasi.

Va poi esclusa la maggiorazione prevista dall'art. 4, co. 1-bis, D.M. n. 55/2014, essendo sì presenti, nel ricorso, collegamenti ipertestuali, ma essendo in concreto risultati gli stessi di nessuna utilità concreta nella redazione del presente provvedimento.

In forza del principio di causazione mitigato dal criterio della soccombenza, il rimborso delle spese di lite in favore del terzo chiamato non soccombente in giudizio deve essere posto a carico dell'attore qualora la chiamata in causa del terzo sia resa necessaria in relazione alle proprie tesi e queste siano ritenute infondate, e a carico al chiamante allorquando l'iniziativa dello stesso si riveli manifestamente infondata o palesemente arbitraria. Cass., Sez. Terza, ord., ud. 09 ottobre 2019, 06.12.2019, n. 31889.

8.2 L'infondatezza del gravame ed il conseguente rigetto dello stesso comportano l'applicazione della sanzione di cui all'art. 13, comma 1 quater del d.p.r. 115/2002 (comma introdotto dall'art. 1, comma 17, della legge n. 228/2012).

P.Q.M.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900

La Corte di Appello di L'Aquila, definitivamente pronunciando sull'appello come sopra proposto, così decide:

1) respinge l'appello;

2) condanna l'appellante *Parte_1* **(P.I.** *P.IVA_1* **) al pagamento delle spese processuali in favore** *CP_1* **,** [redacted] **ivi res.te in** [redacted] **CF:** *C.F._1* **,** *Parte_2* **,** [redacted] **ivi residente in** [redacted] **CF:** *C.F._2* **, e** *Parte_3* **,** [redacted] **ivi res.te in** [redacted] **CF:** *C.F._3* **, TUTTI N.Q. DI EREDI di** *Persona_1* [redacted] **e deceduto in** [redacted] **(FR) il** [redacted] **in solido tra loro e da distrarsi a favore del procuratore e difensore Avv.** [redacted] **che si dichiara antistatario per anticipazione fattane,** *Controparte_2* **(C.F.** *C.F._4* **) e** *Controparte_3* *[...]* **– terza chiamata – con sede legale a** [redacted] **(MO),** [redacted] **p. iva** *P.IVA_2* **, che per compensi professionali liquida in euro 8.500,00, oltre spese generali al 15%, iva e cassa forense come per legge, in favore di ciascuna delle parti appellate eredi** *Persona_5*

3) si dà atto della sussistenza dei presupposti ex articolo 13 Decreto del Presidente della Repubblica 30/05/2002 n. 115, G.U. 15/06/2002 n. 139 1-quater. Inserito dall'articolo 1, comma 17, della Legge 24 dicembre 2012, n. 228.

Così deciso nella camera di consiglio del 23.2.2026.

IL CONSIGLIERE EST. **IL PRESIDENTE**

Federico Ria **Francesco S. Filocamo**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-900