R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE D'APPELLO DI NAPOLI

VIII sezione civile

riunita in camera di consiglio in persona dei magistrati:

- dr. Alessandro Cocchiara - Presidente -

- dr. Alberto Canale - Consigliere -

- dr. Massimiliano Sacchi - Consigliere Relatore -

ha pronunziato la seguente:

S E N T E N Z A

nel processo civile d'appello iscritto al n. **2451/2023** del ruolo generale degli affari contenziosi, avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. rep. 5747/2023 del 28.04.2023, pronunciata dal Tribunale di Napoli, comunicata il 28.04.2023, pendente

TRA

Parte_1 (P. IVA *P.IVA_1* , in persona del Direttore Generale pro tempore rappresentante legale, rappresentata e difesa, in virtù di procura come in atti, dagli Avv.ti [redacted] (C.F.: *C.F._1*) ed [redacted] (C.F.: *C.F._2*);

APPELLANTE

E

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

CP_1 , [redacted] rappresentata e difesa, in virtù di procura come in atti, dall'Avv. [redacted] (C.F. C.F._3);

APPELLATA

Oggetto: responsabilità professionale sanitaria.

Conclusioni:

per l' "*.. nel merito, revocare, dichiarare nulla e, comunque, riformare l'impugnata Ordinanza, per i dedotti motivi, rigettando, in vece del Tribunale di Napoli , la domanda così come proposta dall'appellata;*

condannare l'appellata al pagamento integrale delle spese e compensi del giudizio di primo grado e del presente giudizio;

ai sensi dell'art. 346 c.p.c., abbiansi qui per ripetute e trascritte ed elevate a singole e specifiche conclusioni del presente atto, le conclusioni rassegnate nel giudizio di primo grado, e riprodotti tutti gli atti e documenti dello stesso giudizio.

In via istruttoria, anche ai sensi dell'art. 356 c.p.c., si chiede che codesto autorevole Giudicante voglia disporre nuova CTU rinnovando l'indagine peritale alla luce delle su esposte doglianze previo invito, qualora ritenuto necessario, a rendere chiarimenti sulla espletata CTU. ..".

per l'appellata: "*1. In via preliminare, rigettare l'istanza ex art. 283 c.p.c. per carenza assoluta di presupposti, stante l'infondatezza prima facie delle ragioni di appello e la carenza del requisito del periculum in mora;*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

2. rigettare l'appello promosso in quanto infondato in fatto e in diritto per le ragioni di cui sopra e, per l'effetto, confermare le statuizioni dell'ordinanza del Tribunale di Napoli, sez. VIII civ., del 28.04.2023 emessa con riferimento al ricorso n.r.g. 13755/2022;

3. rigettare la domanda di nuova c.t.u. e/o di chiarimenti alla c.t.u. già espletata in primo grado, in quanto pretestuosa ed immotivata, per quanto sopra esposto;

4. condannare la parte appellata al pagamento delle spese, dei diritti e delle competenze del doppio grado di giudizio in favore del procuratore antistatario".

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

§ 1.

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. del 6.6.2022, *CP_1* esponeva che: essa istante, quarantottenne all'epoca dei fatti in questione, in quanto affetta da ernia del disco L 5 S1 sintomatica, in data 8/7/15, presso la Divisione di Neurochirurgia del P.O [redacted] di *Pt_1* venne sottoposta ad intervento chirurgico di microdiscectomia ed erniectomia L5 S1; l'atto operatorio non fu preceduto da profilassi antibiotica; il decorso postoperatorio fu caratterizzato da stato febbrile e flebite perimalleolare destra; per tali motivi fu sottoposta ad antibioticoterapia empirica (sulbactam/ampicillina e cefixime) oltre che a somministrazione di antiaggreganti e vasoprotettori; la dimissione avvenne il 28/7/15 sempre con prescrizione di terapia antibiotica empirica (Ceftriaxone); nel prosieguo presentò

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

lombosciatalgia ingravescente e, per tale motivo, venne sottoposta ad esame RMN di controllo che mostrò un ascesso in corrispondenza del sito chirurgico, ricondotto a spondilodiscite; in relazione a ciò in data 28/10/15 fu nuovamente ricoverata presso lo stesso ambiente; all'ingresso venne repertata, in corrispondenza del segnalato ascesso, una tumefazione lombo sacrale destra, fluttuante ed elastica. Venne, quindi, praticata, ancora una volta, terapia antibiotica empirica (piperacillina/tazobactam e levofloxacina); fu, quindi, effettuato prelievo dalla tumefazione per esame microbiologico, poi risultato positivo (1/11/15) per Staphylococcus aureus. In relazione a ciò la terapia antibiotica in atto fu implementata con altra molecola (tigeciclina). Nell'occasione era, tuttavia, già presente paraparesi ed ipostenia all'arto superiore sinistro; effettuato un esame RMN dell'encefalo e del midollo, venne chiamato a consulto per la prima volta (4/11/15) lo specialista infettivologo che formulò diagnosi di osteomielite vertebrale L5 S1 ed empiema L3 L4 con flogosi epidurale ascendente fino a livello cervicale e compressione midollare C2 C4. Si provvide, quindi, a modificare consistentemente la terapia antibiotica (rifampicina, oxacillina e levofloxacina); la dimissione avvenne il 13/1/16 con diagnosi di grave quadro settico vertebroencefalico. Il decorso clinico, quindi, proseguì con un protratto ricovero in ambiente riabilitativo terminato il 19/4/16 con diagnosi di paraparesi degli arti inferiori ed ipostenia dell'arto superiore sinistro; in seguito, fu nuovamente ricoverata (44/5/16) per sepsi enterococcica con versamento pleurico a partenza dalle vie urinarie; in relazione ai medesimi fatti aveva instaurato procedimento di ATP ex art. 696 bis

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

c.p.c. e, nella relazione depositata dal collegio peritale nominato dal Tribunale, venivano accertati profili di responsabilità della convenuta azienda sanitaria; dopo il deposito della CTU aveva vanamente attivato, nei confronti dell in data 22/02/2022, procedura di mediazione ex d. lgs. n. 28/2010 conclusasi con verbale negativo del 17/03/2022.

Sulla scorta di tali premesse, la ricorrente concludeva perché fosse accertata la responsabilità dell' *Controparte_2* in occasione dell'intervento chirurgico effettuato in data 08/07/2015 presso l'Ospedale [redacted] e per ogni successiva prestazione sanitaria fornita, e perché la stessa venisse condannata al risarcimento dei danni tutti subiti da essa istante.

Instauratosi il contraddittorio, si costituiva l' resistendo alla domanda e sollecitandone il rigetto.

Acquisita la CTU medico legale redatta nel corso dell'ATP, il Giudice pronunciava l'ordinanza indicata in epigrafe, con la quale così decideva: "*1) accoglie la domanda formulata da* *CP_1* *e, per l'effetto, condanna la resistente* *Controparte_3* *al pagamento in suo favore di complessivi € 416.656,50, a titolo di danno non patrimoniale, oltre interessi al saggio legale sull'importo qui liquidato, devalutato all'epoca del fatto (luglio 2015) e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, dal giorno del fatto sino alla pubblicazione della presente ordinanza .. 2) condanna la resistente* *Controparte_3* *al pagamento in favore della ricorrente di complessivi € 1.466,00, a titolo di danno patrimoniale, oltre interessi legali dal giorno della maturazione fino alla pubblicazione della presente ordinanza .. 3) condanna la resistente* *[...]* *Controparte_3* *al pagamento delle spese di lite in favore della*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

ricorrente, liquidate in € 1.300,00 per esborsi del primo procedimento (ivi incluse le spese di CTP), € 11.798,00 per compensi professionali del procuratore relativi ad entrambi i procedimenti (€ 5.916,00 per il procedimento di istruzione preventiva e € 5.882,00 per il presente giudizio), oltre iva e cpa come per legge e rimborso spese generali al 15%, con distrazione in favore del procuratore antistatario; .. pone le spese di CTU in via definitiva a carico di parte resistente".

§ 2.

Avverso l'indicata ordinanza, l *Controparte_3* proponeva appello, con atto notificato il 19 maggio 2023, nel rispetto del termine di cui all'art. 327 c.p.c., censurandola nelle parti in cui aveva disatteso le eccezioni preliminari da essa sollevate e accolto la domanda della ricorrente.

Si costituiva l'appellata, resistendo alle avverse censure e sollecitandone il rigetto.

Disattesa dalla Corte, con ordinanza del 18.12.2023, l'istanza di sospensiva formulata dall'appellante, la causa, previa concessione alle parti dei termini di cui all'art. 352 c.p.c., era rinviata per la rimessione in decisione all'udienza del 31.10.2025, poi sostituita dal deposito di note scritte ex art. 127 ter c.p.c..

Quindi, con ordinanza del 31.10.2025, sulle conclusioni rassegnate dalle parti, la causa era, infine, rimessa alla decisione del Collegio.

§ 3.

Il Tribunale di Napoli, in via preliminare, rigettava l'eccezione di parte resistente sulla violazione del termine per la proposizione del ricorso ex art 702 bis c.p.c., osservando che "*sebbene il ricorso per ATP era*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

depositato il 16.01.2019, mentre quello introduttivo del presente giudizio di merito il 06.06.2022, tuttavia, tale circostanza determina, esclusivamente, che non sono fatti salvi gli effetti sostanziali e processuali della domanda proposta in sede di giudizio ante causam, così come previsto dall'art. 8 comma 3 della legge n. 24/2017.

Ne consegue che il ricorso ex art 702 bis cpc, benché tardivamente proposto, rimane comunque procedibile, ed i risultati dell'elaborato peritale espletato ante causam sono in questa sede certamente utilizzabili".

§ 4.

Con il primo motivo, l *CP_3* nel censurare il predetto capo di ordinanza, sosteneva che " .. *la ricorrente ha violato il termine di 90 giorni (dal decorso dei 6 mesi dal deposito del ricorso ex art. 8 legge n. 24/2017 e 696bis c.p.c.) per il deposito del ricorso ex art. 702bis c.p.c.: infatti, il ricorso per ATP è stato depositato il 16.01.2019, mentre quello introduttivo del giudizio a cognizione sommaria .. in data 06.06.2022. Ne deriva il venir meno degli effetti processuali e sostanziali della domanda introdotta con il ricorso per ATP.*

Con l'ulteriore conseguenza che controparte non potrà giovarsi del contenuto della CTU espletata in seno al procedimento di ATP (così come, invece, ha inammissibilmente fatto nel ricorso). CTU che, per l'effetto, dovrà essere rinnovata".

§ 5.

Il motivo è infondato.

Invero, come di recente chiarito dalla S.C., che ".. *il giudizio regolato dall'art.8 della legge n. 24/2017 non ha natura di giudizio bifasico*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

strutturalmente unitario ma è composto da due procedimenti distinti (il primo a cognizione sommaria, il secondo a cognizione piena) funzionalmente collegati dalla finalità di anticipazione istruttoria propria dell'istanza di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis cod. proc. civ." (cfr. Cass. civ. Sez. 3, Ordinanza n. 11804 del 2025) e che "*nel caso in cui la conciliazione non abbia successo, la mancata introduzione del giudizio di merito entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio per il completamento della procedura non costituirà ostacolo alla introduzione del giudizio medesimo, ma avrà come solo effetto la perdita degli effetti sostanziali e processuali della domanda introdotta con il ricorso ex art. 696-bis c.p.c.*" (cfr. Cass. civ. Sez. 3, Sentenza n. 15594 del 2025).

Pertanto, nella specie, la mancata osservanza del termine di 90 giorni dalla scadenza del termine perentorio di sei mesi previsto dall'art. 8 della legge n. 24 del 2017, comporta unicamente che la ricorrente non potrà giovarsi degli effetti sostanziali e processuali dell'originario ricorso ex art. 696 bis c.p.c., ma, oltre a non determinare l'improcedibilità dell'azione, non preclude affatto l'utilizzabilità, nel giudizio ex art. 702 bis c.p.c., della CTU redatta in sede di ATP conciliativa.

§ 6.

Nel merito, il Giudice di primo grado, valorizzando gli esiti della CTU svolta in fase di ATP, riteneva sussistente la responsabilità dell rilevando che "*le condotte negligenti dei sanitari della convenuta struttura, che hanno costituito fonte di un grave processo infettivo, possono essere così sintetizzate:*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

- mancata effettiva adozione dei percorsi di prevenzione delle infezioni correlate con l'assistenza della paziente, nonché delle misure utili e necessarie per una corretta sanificazione, al fine di prevenire la contaminazione ad opera di batteri nosocomiali;

- mancata somministrazione di adeguata profilassi antibiotica perioperatoria;

- erronea scelta del trattamento dell'ascesso epidurale, verificatosi a seguito dell'intervento chirurgico di microdiscectomia ed erniectomia L5-S1, mediante terapia antibiotica, invece del più corretto trattamento di drenaggio chirurgico per l'evacuazione del materiale purulento generatosi a livello della colonna vertebrale, come conseguenza del processo spondilodiscitico".

§ 7.

Con il secondo motivo, l nel censurare l'ordinanza per avere il Giudice fondato il suo convincimento sulle conclusioni rassegnate dai CTU, lamentava che il Tribunale aveva omesso di valorizzare le circostanziate critiche che essa, per il tramite dei suoi consulenti, aveva rivolto all'indirizzo di siffatto elaborato peritale.

In particolare, secondo l'appellante, non erano condivisibili le affermazioni dei CTU, recepite dal Giudice, che riconoscevano natura nosocomiale all'infezione da Staphylococcus Aureus contratta dalla paziente e contestavano l'operato dall'azienda per mancata adozione dei percorsi di prevenzione delle infezioni correlate.

In proposito, l'appellante deduceva che "*Il germe coinvolto risulta essere classificato sensibile alla meticillina, cioè, essere di tipo comunitario; la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

probabilità che un simile germe sia di provenienza ospedaliera è molto bassa, intorno al 5%.

Nel caso di specie, secondo il principio del "più probabile che non", va ammesso che sia stato trasmesso dalla paziente, dalla sua stessa cute, alla superficie del sito chirurgico con successivo attecchimento intracorporeo .. in assenza di prova da parte della sig. CP_1 *dell'individuazione del momento, del luogo e delle cause precise concrete e specifiche del contagio, l'attribuzione all'ospedale di responsabilità per infezione nosocomiale non può essere oggetto di accertamento e valutazione in sede di ATP a titolo di responsabilità oggettiva. La sede appropriata per accertare per prevenire tale evento dannoso è solo quella di merito. Ciò in considerazione del fatto che non sempre le infezioni, sebbene di origine nosocomiale, risultano addebitabili all'ospedale, in quanto non prevenibili dal momento che le relative procedure preventive, anche se attuate con la dovuta diligenza, non riescono ad eliminare il rischio e, purtroppo, non lo eliminano nei 2/3 dei casi .. A ciò consegue che solo 1/3 delle infezioni potranno dirsi causate da fattori esogeni, costituiti da carenze igieniche nell'ambito ospedaliero .. Anche sul nesso causale tra infezione e i danni di parte appellata le controdeduzioni dei CCTTUU appaiono approssimative .. La sig.* CP_1 *ha omesso di rendere la dovuta prova della correlazione causale, tra i danni subiti e le prestazioni rese dal personale del P.O.* [redacted] *e non - semmai - l'esito di conseguenze dipendenti dal comportamento negligente dell'appellata.*

Non pare inutile ricordare, al riguardo, che, nell'ipotesi di incertezza sull'esistenza del nesso causale tra condotta del medico e danno, essa

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

ricade sul paziente e non sulla struttura .. Per quanto riguarda la contestazione di mancata somministrazione di adeguata profilassi antibiotica perioperatoria, il CTP della Dott. Per_1 si sofferma, come si evince dalla relazione [redacted] del 3.12.2019, in atti, sulla presenza di una tromboflebite che affliggeva la sig. CP_1 , cui attribuisce un ruolo causale nell'insorgenza della spondilodiscite e che avrebbe reso inutile qualsiasi terapia profilattica perioperatoria.

Anche la considerazione della erronea scelta del trattamento dell'ascesso epidurale mediante terapia antibiotica invece del drenaggio chirurgico, non può trovare ingresso. Infatti, come risulta dalla relazione del Dott. Per_1 prot. n. [redacted] del 12.5.2023, che si deposita e che si abbia per ripetuta e trascritta," un eventuale intervento chirurgico di source control per il quadro di spondilodiscite non era attuabile, visto l'elevato rischio di shock settico a causa delle cure tardive a cui la paziente con la sua condotta si è sottoposta."

Infatti, la appellata si sottoponeva in data 9.7.2015 ad intervento di microdiscetomia ed erniectomia L5-S1, previa sottoscrizione di esaustivo consenso informato, comprensivo anche di complicanze infettive. Al momento delle dimissioni del 28.7.2015 la paziente è descritta "autonoma in corsia, apiretica, con regressione quasi completa della flebite e ferita chirurgica in ordine". Le venivano consigliati due mesi di terapia eparinica e prenotazione ambulatoriale per visita specialistica del chirurgo vascolare tra sette giorni e Ceftriaxone 1 gr due volte al dì per 7 gg Im.

L'aderenza a tali prescrizioni NON risulta nel fascicolo processuale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

La diagnosi di spondilodiscite è stata posta dopo 56 giorni dalle dimissioni con esame RMN praticato presso il [redacted] Pt_1 [redacted] *datato 24.9.15; da tale documento NON si evince chi abbia prescritto tale accertamento e chi abbia tratto delle conclusioni diagnostiche e indicazioni terapeutiche. Solo dopo 34 giorni dalla diagnosi radiologica, e cioè in data 28.10.2015, la paziente si è recata presso l'ospedale* [redacted] *Parte appellata, pertanto, non si è sottoposta ai prescritti controlli ambulatori post-chirurgici, privando in tal modo i sanitari del P.O.* [redacted] *di un eventuale intervento assistenziale.*

Tale circostanza elide il nesso causale tra l'evento ed il danno; in ogni caso, comporta la riduzione dell'eventuale risarcimento, alla luce della considerazione che la paziente con tale suindicato comportamento ha contribuito alla causazione dell'evento".

A dire dell'appellante, inoltre, la diligenza osservata dai sanitari del Controparte_4 avrebbe dovuto indurre ad escluderne la responsabilità, in quanto la paziente veniva prontamente soccorsa e trattata, sottoposta a tutti gli atti sanitari necessari ed adeguati, in ossequio ad una condotta professionale conforme ai protocolli in vigore.

Di conseguenza questa Corte dovrebbe procedere ad un rinnovo di CTU, essendo quella svolta in primo grado carente, per non avere dato compiuta ed esaustiva risposta i rilievi dei CT di parte di essa azienda ospedaliera.

§ 8.

Il motivo è infondato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

Invero, riguardo all'origine nosocomiale dell'infezione che colpiva la paziente, la relazione di CTU forniva una minuziosa e scientificamente adeguata spiegazione delle ragioni per le quali il germe doveva ritenersi contratto in ambiente ospedaliero.

Infatti, il Collegio peritale evidenziava che ".. *La spondilodiscite batterica rappresenta la più frequente forma di infezione vertebrale, con un'incidenza stimata di 2.4 casi ogni 100.000. Il tasso di incidenza risulta più elevato nella fascia di età compresa tra i 50-70 anni, con un valore stimato di 6.5 casi ogni 100.000 persone ... L'osteomielite vertebrale riconosce tre possibili meccanismi patogenetici: 1) Per inoculo diretto in seguito a traumi spinali o procedure invasive sulla colonna vertebrale 2) Per contiguità da strutture infette adiacenti 3) Per diffusione ematogena da altri focolai infettivi o in seguito a procedure operatorie non vertebrali .. Benché molteplici microorganismi possano essere implicati nella genesi di una spondilodiscite (ivi compresi batteri, micobatteri, miceti e parassiti), il batterio Staphylococcus aureus rappresenta il patogeno predominante, risultando implicato in circa il 50% dei casi di osteomielite vertebrale non tubercolare .. Nel caso in oggetto, la sig.ra* CP_1 *, ha sviluppato una osteomielite vertebrale da Staphylococcus aureus del disco vertebrale intersomatico tra L5-S1 complicata da ascesso della loggia retrovertebrale di destra. La diagnosi di spondilodiscite è stata correttamente posta con criteri radiologici mediante risonanza magnetica effettuata in data 24/09/2015 presso l'U.O.C. Servizio di Diagnostica per Immagini del* [redacted] *Tale spondilodiscite si è successivamente complicata con estensione del processo infettivo a livello del sistema*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

nervoso, infatti sia una TC torace-addome con mezzo di contrasto (datata 30/10/2015), che una RM encefalo e midollo (datata 03/11/2015), eseguite durante la degenza presso il *[...]* *Controparte_4* *Divisione di Neurochirurgia, hanno chiaramente indicato la presenza di un grave ed esteso processo flogistico a sede midollare, meningea ed encefalica a partenza della raccolta ascessuale in loggia paravertebrale destra precedentemente evidenziata. La diagnosi eziologica è stata correttamente posta mediante esame colturali della raccolta ascessuale (che è stata drenata mediante procedura percutanea), il cui referto risulta datato 31/10/2015 ed ha mostrato la presenza di Staphylococcus aureus sensibile ad oxacillina. La diagnosi eziologica è stata inoltre successivamente confermata mediante isolamento colturale del medesimo batterio su campioni di emocolture prelevati in data 03/11/2016.*

Dall'attenta lettura della documentazione clinica disponibile è possibile risalire al meccanismo patogenetico verosimilmente implicato nell'insorgenza della spondilodiscite. Considerando i principali meccanismi coinvolti nella genesi di un'osteomielite vertebrale già esposti, è possibile infatti escludere la diffusione per contiguità da altro processo infettivo, nonché la diffusione ematogena da altri focolai infettivi o in seguito a procedure operatorie non vertebrali. Difatti, una RM lombosacrale antecedente i fatti e datata 22/06/2015 escludeva la presenza di processi flogistici/infettivi contigui. Inoltre, gli esiti degli esami colturali e radiologici eseguiti durante la lunga degenza presso la Divisione di Neurochirurgia del Presidio Ospedaliero [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

[redacted] *dal 28/10/2015 al 13/01/2016, consentono di escludere la presenza di processi infettivi contestuali che potessero aver causato una diffusione ematogena dell'infezione in regione vertebrale e paravertebrale.*

Né, tanto meno, risultano (né dall'anamnesi patologica né dalla documentazione clinica) procedure invasive/chirurgiche non vertebrali che possano aver altresì causato una disseminazione ematogena dell'infezione.

D'altro canto, la sig.ra CP_1 *e stata sottoposta, in data 08/07/2015, ad intervento chirurgico di microdiscectomia ed erniectomia per il trattamento della ernia discale L5-S1 riscontrata precedentemente; procedura durante la quale è possibile che avvenga una diretta inoculazione batterica in sede vertebrale.*

Si aggiunga che tale intervento è stato eseguito presso la medesima divisione di Neurochirugia del Controparte_4 [...] *in assenza di profilassi antibiotica nei 60 minuti precedenti la procedura.*

Sicché, si configurano ben quattro elementi clinico-documentali di rilievo, oltre all'esclusione degli altri meccanismi patogenetici già illustrati, che consentono di ricondurre, con elevate probabilità, a tale intervento chirurgico la genesi del processo spondilodiscitco: 1) La compatibilità cronologica .. 2) La compatibilità topografica (la sede di infezione) .. 3) Il microorganismo coinvolto nel processo spondilodiscito: Staphylococcus aureus è un batterio gram-positivo della famiglia delle Micrococcaceae e rappresenta uno dei più importanti batteri patogeni per l'uomo, risultando in grado di causare numerose patologie infettive invasive,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

comprese endocardite, sepsi, ascessi e sindrome dello shock tossico .. 4) L'esecuzione dell'intervento chirurgico in assenza di profilassi antibiotica perioperatoria: l'insorgenza di spondilodiscite rappresenta una ben nota possibile complicanza in seguito ad interventi di microdiscectomia e laminectomia".

Le esposte considerazioni dei CTU inducono, quindi, secondo il noto principio del più probabile che non, a ritenere dimostrato il nesso causale tra la sottoposizione ad intervento chirurgico e l'insorgere del processo infettivo dinanzi descritto.

Come visto, infatti, i CTU stigmatizzavano tanto la mancata profilassi antibiotica nei 60 minuti precedenti la procedura, quanto la mancata adozione dei presidi necessari a prevenire il diffondersi di infezioni nosocomiali.

Riguardo a tale secondo profilo, invero, gli ausiliari osservavano che ".. *nella trasmissione dell'infezione osteovertebrale si ritiene vi sia stata da parte della struttura convenuta e dei Sanitari afferenti alla stessa una carente adozione di quelle opportune misure igienico-profilattiche finalizzate a contrastare un tal genere di evento*".

Dopo avere analiticamente indicato le misure organizzative ed i presidi necessari ad impedire il diffondersi delle infezioni, i CTU rilevavano che ".. *al fine di escludere profili di responsabilità della struttura sanitaria, accertato che la p. contrasse un'infezione nosocomiale riconducibile al ricovero e all'intervento di microdiscectomia e laminectomia, è richiesta la dimostrazione che l'infezione si è verificata nonostante l'aver posto in essere tutto quanto possibile per evitarne l'insorgenza, fornendo prova specifica e dettagliata dell'effettiva adozione di tutti i percorsi di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

prevenzione delle infezioni correlate con l'assistenza, nonché di tutte le misure utili e necessarie per una corretta sanificazione, al fine di evitare la contaminazione ad opera di batteri nosocomiali.

Nel caso di specie la struttura convenuta non ha assolto, per quanto disponibile negli atti di causa esaminati, l'onere di provare di avere posto in essere ogni cautela e precauzione, funzionale, strutturale e di metodo, utile a realizzare e mantenere costante un'ottimale sanificazione della struttura, dei locali, degli ambienti, dei mezzi e del personale addetto e assicurare l'assoluta salubrità degli ambienti ospedalieri, della strumentazione chirurgica e non, della asetticità dell'assistenza post-operatoria del paziente.

Manca, in definitiva, la documentazione dell'effettiva adozione di tutte le norme e misure tecniche previste e la dimostrazione che sia stato adempiuto dal nosocomio quanto era esigibile allo stato dell'arte al fine di evitare, o quanto meno ridurre, il rischio di insorgenza dell'infezione del sito chirurgico.

Ancor più censurabile e determinante nella trasmissione del processo infettivo risulta, tuttavia, a nostro avviso, la mancata somministrazione di profilassi antibiotica perioperatoria.

La somministrazione di profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico avrebbe, difatti, certamente ridotto in maniera significativa, seppur non completamente abolito, il rischio di complicanze infettive spondilodiscitiche, tanto da rappresentare una procedura raccomandata da tutte le Linee Guida, già all'epoca dei fatti".

Quanto sin qui esposto consente, quindi, di superare i rilievi difensivi dell'appellante, tesi a porre in dubbio il mancato raggiungimento di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

una prova sufficientemente certa della sussistenza del nesso causale tra non corretto trattamento sanitario ed insorgenza del processo infettivo.

Del resto, al cospetto dell'articolata disamina offerta dai CTU, non venivano dall'appellante indicate cause alternative del contagio supportate da considerazioni medico legali di pari valenza ed attendibilità.

In particolare, i rilievi dell'appellante - secondo cui il nesso causale sarebbe da escludersi in ragione della presenza di una tromboflebite, che affliggeva la paziente, che avrebbe rivestito un ruolo causale nell'insorgenza della spondilodiscite ed avrebbe, altresì, reso inutile qualsiasi terapia profilattica perioperatoria, ed in ragione del fatto che la paziente, dopo le dimissioni, non seguiva le prescrizioni mediche impartite dai sanitari dell -, non si rivelano idonei a scalfire le conclusioni rassegnate dai CTU, poiché vertono su aspetti medici che gli ausiliari, sollecitati ad esprimersi in sede di contraddittorio con i CT di parte ai sensi dell'art. 195 c.p.c., già avevano ampiamente trattato e superato.

Ed infatti, i CTU, in risposta ai rilievi del CT dell basati su considerazioni perfettamente sovrapponibili a quelle sottese all'odierno motivo di appello, osservavano: ".. *non riusciamo davvero a comprendere quale correlazione causale possa sussistere tra un episodio di flebite, od anche una cronica flebopatia agli arti inferiori, ed una spondilodiscite, vale a dire una malattia infettiva che coinvolge il corpo vertebrale, il disco vertebrale o i tessuti para-spinali adiacenti. Nel caso di specie l'episodio di flebite ha rappresentato, con tutta evidenza, una*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

condizione patologia a sé stante, indipendente, e peraltro, evoluta favorevolmente.

Non riusciamo davvero ad immaginare un'infezione profonda del corpo e disco vertebrale cagionata da un processo infiammatorio realizzatosi agli inferiori.

Sarà, inoltre sfuggito al dott. Per_1 che: 1) all'esame ecodoppler da lui stesso evidenziato in relazione fu precisato che l'asse venoso profondo di gamba era pervio e libero da trombi, dunque non vi era tromboflebite, ma solo flebite, vale a dire un processo di natura esclusivamente infiammatoria nei confronti del quale è stata prescritta antibioticoterapia con finalità esclusivamente profilattiche, d'altronde in assenza di chiara necessità o indicazione clinica. 2) nell'articolo di letteratura scientifica da lui riportato si fa riferimento ad infezione dei tessuti molli e della cute quale potenziale fonte di spondilodiscite (e non di infezioni vascolari) in soggetti che non sono stati sottoposti ad erniectomia, in assenza di opportuna profilassi perioperatoria, e quindi non hanno avuto un probabile diretto trasferimento di patogeni nel sito chirurgico a livello del quale, guarda caso, è subentrato il processo infettivo! 3) Nel referto RM del 16/11/2015 risulta evidente la presenza di un tramite fistoloso cutaneo posteriormente al soma di S1. Tale tramite fistoloso risulta verosimile conseguenza delle procedure chirurgiche attuate nell'intervento di microdiscectomia ed erniectomia L5-S1 cui la p. è stata sottoposta, ed è pertanto espressivo di una sussistente comunicazione tra la cute ed il sito vertebrale sede di infezione. Si rammenta inoltre, come già sottolineato, che il batterio implicato nel processo infettivo (Stapylococcus aureus) rappresenta un

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

normale commensale della cute umana. Vieppiù che la comparsa di febbre fu precedente a quella del rilievo di flebectasia, condizione che non destò preoccupazione neanche ai medesimi sanitari, tanto che la consulenza di chirurgia vascolare inizialmente richiesta non fu mai eseguita".

Riguardo, poi, alla pretesa inosservanza, da parte della paziente, delle prescrizioni impartite dai sanitari, deve escludersi la possibilità di ravvisare una qualsivoglia condotta colposa della danneggiata capace, in ipotesi, di incidere sul sorgere o sull'evolversi del processo patologico, alla luce della chiara affermazione dei CTU a mente della quale "*nella relazione di dimissione da noi esaminata si rileva solo che la p. era dimessa il 28/07/2015 con diagnosi di ernia discale L5/S1 destra (operata) e flebite degli arti inferiori, prescrizione di terapia antibiotica a domicilio con Ceftriaxone 1g intramuscolo (i.m.) due volte al giorno per 7 giorni, nonché terapia a base di cortisonici, protettori gastrici, vasoprotettori ed anticoagulanti, senza alcun altra indicazione*".

In sostanza, non emergono indicazioni terapeutiche disattese, né, del resto, l'appellante ha chiarito se e quali trattamenti, tra quelli suggeriti dall siano stati omessi dalla danneggiata e quale ne sarebbe stata l'incidenza causale rispetto al verificarsi del fatto dannoso.

§ 9.

Sempre ad avviso dell'appellante, inoltre, non sarebbe condivisibile l'affermazione dei CTU con la quale veniva stigmatizzata la condotta dei sanitari per non avere gli stessi sottoposto la paziente a drenaggio chirurgico dell'ascesso epidurale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

Anche rispetto a tale considerazione, che ancora una volta riproduce quanto già posto in risalto dal CT dell elle note trasmesse ai CTU ai sensi dell'art. 195 c.p.c., è sufficiente richiamare la convincente ed esaustiva riposta del Collegio peritale.

In proposito, infatti, i CTU rilevavano che " .. *in presenza di ascesso epidurale la terapia deve essere iniziata il più tempestivamente possibile onde ridurre al minimo le sequele neurologiche (come i gravi deficit neuronali degli arti inferiori) e si basa su una combinazione di trattamento medico antibiotico e trattamento chirurgico a scopo decompressivo ed evacuativo .. Infatti, in assenza di intervento chirurgico, i pazienti presentano un elevatissimo rischio di progressione del danno neurologico, anche in presenza di adeguata terapia antibiotica .. Inoltre, come per qualsiasi tipologia di ascesso, l'empiema rappresenta nient'altro che tessuto necrotico misto a cellule del sistema immunitario e agenti infettivi, ovvero un tessuto poco vascolarizzato e, di conseguenza, raggiunto da insoddisfacenti concentrazioni di antibiotici, anche se somministrati per via endovenosa. Per tale motivo la terapia di elezione di un ascesso è rappresentata dal drenaggio chirurgico, che consente una più rapida e valida risposta clinica all'infezione .. Nel caso in oggetto, dunque, vi erano le condizioni cliniche per dover intraprendere un intervento chirurgico mirato all'evacuazione del materiale purulento generatosi a livello della colonna vertebrale come conseguenza del processo spondilodiscitico (e quindi conseguente l'intervento di microdiscectomia e laminectomia) .. Nel caso di specie sussistevano ben due elementi per dover porre indicazione ad intervento*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

chirurgico, quali il deficit neurologico progressivo (nonostante appropriata terapia antibiotica) e la compromissione neuronale".

In conclusione, quindi, il secondo motivo di appello deve essere rigettato, dovendosi l'ordinanza impugnata ritenere pienamente condivisibile laddove riteneva sussistente la prova tanto del nesso causale, quanto della condotta negligente dei sanitari dell *CP_3*

Va, quindi, del pari disattesa, la richiesta, già respinta da questa Corte con la propria ordinanza del 18.12.2023, di rimessione della causa in istruttoria per espletamento di altra CTU, rivelandosi, quella svolta in sede di ATP, esaustiva e pienamente convincente.

§ 10.

L'appellante, infine, si doleva della quantificazione del danno, come operata dal primo Giudice, ritenendo la stessa eccessiva.

La censura è, in parte, qua, inammissibile, ai sensi dell'art. 342 c.p.c., poiché non consiste in una critica argomentata del percorso motivazionale seguito dal Tribunale, ma si traduce nella formulazione di un generico dissenso rispetto alla decisione appellata.

§ 11.

Al rigetto dell'appello segue la condanna dell alla rifusione delle spese processuali del presente grado di giudizio, nei confronti della parte appellata.

La relativa liquidazione viene operata come in dispositivo, a norma del D.M. 55/14, come aggiornato, da ultimo, con D.M. n. 147 del 13/08/2022 pubblicato sulla G.U. n. 236 del 08/10/2022 e in vigore dal 23 ottobre 2022, con applicazione dello scaglione relativo alle

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

cause di valore compreso tra euro 260.001,00,00 ed euro 520.00,00, secondo il criterio del disputatum, con riconoscimento dei compensi medi, ad eccezione della fase di trattazione/istruttoria, per la quale, stante la ridotta attività difensiva espletata, appare congruo il riconoscimento dei minimi.

Le spese processuali vanno distratte in favore dell'Avv. [redacted] dichiaratosi antistatario.

Deve, da ultimo, darsi atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte dell'appellante, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello previsto per il gravame, se dovuto.

P.Q.M.

La Corte d'Appello, definitivamente pronunciando sull'appello proposto dall' *Parte_1* , avverso l'ordinanza in epigrafe indicata, così provvede:

a) rigetta l'appello;
b) condanna l' *Parte_1* alla rifusione, in favore dell'Avv. [redacted] procuratore antistatario dell'appellata, delle spese processuali del grado di appello, che liquida in euro 17.179,00 per compenso, oltre rimborso forfettario per spese generali nella misura del 15% del compenso, IVA e CPA come per legge;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671

c) dà atto che sussistono i presupposti per il versamento, da parte dell *Parte_1*, di un ulteriore importo pari al contributo unificato dovuto per l'impugnazione.

Così deciso nella camera di consiglio, in data 06/11/2025.

Il Consigliere relatore	Il Presidente
dr. Massimiliano Sacchi	dr. Alessandro Cocchiara

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-671