



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Cosenza, sezione seconda civile, in composizione monocratica, in persona del dott. Andrea Palma, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 2834 R.G.A.C. dell'anno 2018, trattenuta in decisione all'udienza del 19.9.23 con assegnazione dei termini ex artt. 281 quinquies e 190 c.p.c. per il deposito delle memorie conclusive, vertente

TRA

Parte_1, rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED]

ATTRICE

E

Controparte_1, in persona del legale rappresentante, rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED]

CONVENUTA

Oggetto: responsabilità professionale.

Conclusioni: come in atti.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO

Parte_1 espone che in data 26.10.16 si è sottoposta ad intervento chirurgico di "facoemulsificazione con impianto di IOL nel sacco capsulare" all'occhio destro presso l' *Organizzazione_1* " di *CP_1* che il giorno successivo, in occasione di una visita di controllo, i sanitari consigliavano di continuare la terapia già prescritta e di ritornare, per un controllo, a distanza di 7 giorni, che nella notte tra l'1.11.16 e il 2.11.16, a causa di un forte dolore all'occhio destro, si recava al Pronto Soccorso del [REDACTED] cosentino, dove, sottoposta a visita oculistica, veniva dimessa con diagnosi di "cheratoipopion occhio destro" e con prescrizione di terapia antibiotica e visita di controllo per il giorno successivo, che il 3.11.16 veniva ricoverata con diagnosi di "endoftalmite" e sottoposta ad intervento di vitrectomia con prelievo di vitreo per esame colturale, che il 7.11.16 l'istante veniva dimessa con prescrizione di terapia antibiotica domiciliare e controllo

per il giorno seguente, che a distanza di 7 giorni dall'intervento di vitrectomia veniva resa edotta dell'esito dell'antibiogramma del vitreo da cui emergeva positività al batterio "serratia marcescens", che i sanitari decidevano di intraprendere una nuova terapia, ma, ciononostante, la sintomatologia dolorosa persisteva e veniva ricondotta ad una deiscenza della ferita chirurgica, che, stante la gravità del quadro clinico, l'istante decideva di recarsi presso l' *Organizzazione_2*

dove i sanitari, eseguiti gli accertamenti del caso, applicavano una lentina tarapeutica ed integravano la terapia prescritta dall' *Controparte_2* con altri farmaci, in attesa della ripresa della piena funzionalità corneale, non ancora verificatasi. Quindi, deducendo l'origine nosocomiale della infezione responsabile dell'irreversibile danno oculare e la conseguente responsabilità dei sanitari che nel corso dell'intervento chirurgico del 26.10.16 non hanno osservato i protocolli prescritti in materia igienico-sanitaria, non garantendo un'adeguata sanificazione e sterilizzazione degli ambienti ospedalieri, e lamentando il ritardo nella comunicazione dei risultati dell'antibiogramma che ha a sua volta ritardato la somministrazione della terapia antibiotica mirata, chiede "a) Accertare e dichiarare la totale responsabilità dell' *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante pro tempore, e per essa del personale sanitario e non suo dipendente che ebbero in cura la Sig.ra *Parte_1* in occasione della degenza e dell'intervento chirurgico di cataratta eseguito in data 26.10.2016 nel determinismo dell'evento di cui in premessa; b) Condannare l' *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento dei danni tutti subiti dall'attrice, conseguenti alle responsabilità accertate, in misura pari ad € 285.564,97 o alla maggiore o minore somma che in Sua Giustizia l'On.le Tribunale adito riterrà equa; c) Condannare, infine, la convenuta *Controparte_1* [...] in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento delle spese, competenze, diritti ed onorari di causa, con distrazione ex art. 93 c.p.c. in favore del sottoscritto procuratore con sentenza esecutiva; d) Condannare, infine, la convenuta [...] *Controparte_1* , in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento di un ulteriore somma per responsabilità processuale, ...".

La convenuta resiste alla pretesa.

Preliminarmente deve essere disattesa la generica eccezione di nullità della citazione formulata dalla convenuta, essendo nell'atto chiaramente enucleati tanto il petitum quanto la causa petendi.

Ciò premesso, la domanda merita accoglimento nei termini di seguito esposti.

Occorre innanzitutto precisare che la responsabilità fatta valere dall'attrice ha natura contrattuale, implicando l'accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, sia ai fini del ricovero che di una visita ambulatoriale, la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di ospedalità (cfr., tra le altre, Cass., Sez. Unite, 577/08), senza che possa condurre a diversa conclusione la disciplina contenuta sub art. 3, comma 1, D.L. 158/12, come modificato dalla legge di conversione n. 189/12, che, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrelevanza della colpa lieve (cfr. Cass. 8940/14).

Ai fini della definizione della controversia deve farsi pertanto applicazione dei principi che governano il riparto degli oneri probatori in materia contrattuale, in base ai quali compete al paziente danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta dell'obbligato, mentre è onere di quest'ultimo provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, in ipotesi di infezione nosocomiale, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato (cfr. Cass. 5490/23).

Nella specie, pacifico il rapporto curativo instauratosi con l'azienda convenuta al momento del ricovero in data 26.10.16 per l'esecuzione dell'intervento di facoemulsificazione in regime di day hospital, pacifico altresì che l'attrice, a causa di un'endofalmitide, manifestatasi in data 2.11.16, sostenuta da un'infezione da *Parte_2*, abbia subito la perdita del visus nell'occhio (destro) interessato dall'intervento, con successiva enucleazione dello stesso, può ritenersi accertato in via presuntiva, sulla scorta degli elementi di seguito esposti ed in applicazione del criterio della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non" al quale deve essere ispirato l'accertamento della causalità in ambito civilistico (cfr., tra le altre,

Cass. 25288/20, 23197/18), il nesso eziologico tra la prestazione sanitaria e l'insorgenza del processo infettivo responsabile del detto danno.

Si osserva al riguardo che in tema di responsabilità sanitaria in conseguenza di infezione nosocomiale, la valutazione della causalità materiale deve essere effettuata secondo i criteri temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione della patologia), topografico (correlato all'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti) e clinico, in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, dev'essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria (cfr. Cass. 6386/23).

E' utile inoltre precisare che, qualora l'evento dannoso sia ipoteticamente riconducibile a una pluralità di cause, il giudice di merito è tenuto, dapprima, a eliminare, dal novero delle ipotesi valutabili, quelle meno probabili, poi ad analizzare le rimanenti ipotesi ritenute più probabili e, infine, a scegliere tra esse quella che abbia ricevuto, secondo un ragionamento di tipo inferenziale, il maggior grado di conferma dagli elementi di fatto aventi la consistenza di indizi, assumendo così la veste di probabilità prevalente. (cfr. Cass. 25884/22).

Nel caso in esame, il dato cronologico, quello topografico e la tipologia di microorganismo responsabile dell'infezione depongono decisamente a favore della ipotesi della origine nosocomiale della infezione medesima.

Il processo infettivo si è infatti manifestato a distanza di sette giorni dall'intervento di facoemulsificazione (tempistica ritenuta dai cttuu compatibile con la contrazione in ambiente ospedaliero) proprio nella sede (occhio destro) dell'intervento medesimo ed è stato provocato da un batterio, *Serratia Marcescens*, di possibile (ancorchè non esclusiva) origine nosocomiale, che nello stesso anno 2016 era stato isolato presso l' Controparte_1

[...] come emerge dalla documentazione da questa prodotta.

La rilevanza indiziaria dei detti elementi non è scalfita dagli argomenti prospettati nelle osservazioni svolte dal consulente di parte della convenuta ai sensi dell'art. 195, comma 3, c.p.c., riproposti in sede di comparsa conclusione dalla difesa dell' CP_1 .

Quanto al profilo cronologico, i dati tratti dalla letteratura scientifica, attraverso i quali il ctp, nel replicare all'affermazione dei consulenti d'ufficio secondo cui "Da un'approfondita ricerca bibliografica non è stato possibile desumere con precisione il periodo di incubazione del batterio e, in particolare, il tempo che generalmente intercorre tra il contatto con il microorganismo e l'insorgenza di eventuali malattie a livello oculare", tende a dimostrare che i

tempi di incubazione del batterio sono compresi in un range di 24-72 ore, non sono significativi.

Infatti, come evidenziato dagli ausiliari del Tribunale, gli studi citati riguardano l'incubazione del microorganismo in coltura, ossia in condizioni di laboratorio controllate e dunque con tempi di crescita non assimilabili al periodo di incubazione, inteso come tempo che intercorre tra il contatto tra un microbo e il corpo umano fino alla manifestazione dei sintomi, ovvero una specifica vicenda (epidemia sviluppatasi in un reparto di oncologia pediatrica, con pazienti verosimilmente immunodepressi, dove, per l'utilizzo di cateteri venosi centrali e ventilatori meccanici si erano verificate delle batteriemie (presenza di batteri nel sangue)), radicalmente diversa da quella in esame.

Pertanto è considerato, piuttosto, che, secondo quanto riferito dai consulenti d'ufficio, a fini epidemiologici "l'infezione del sito chirurgico viene considerata tale se insorge da 48 ore dopo l'intervento fino a 30 giorni dopo", può ritenersi certamente soddisfatto il criterio cronologico di accertamento della causalità.

Va detto inoltre che la riscontrata multisensibilità del batterio responsabile della infezione agli antibiotici non costituisce fattore di per sé sufficiente ad escludere l'origine nosocomiale della stessa, scontrandosi l'assunto del consulente di parte con l'evidenza dei dati riportati nella documentazione prodotta dalla stessa convenuta (doc. n. 2: "Epidemiologia 2016 su tutti i microorganismi isolati") da cui emerge inequivocabilmente che diversi batteri isolati all'interno della struttura aziendale sono caratterizzati da scarsa antibiotico-resistenza (cfr. relazione di ctu).

Del resto, si ricava dal documento appena menzionato che anche il batterio in oggetto è stato isolato, come già anticipato, proprio nell'anno 2016 presso l' *Controparte_1* in 35 casi.

A fronte degli evidenziati indici presuntivi, ai quali deve aggiungersi l'assenza di prova, segnalata dai consulenti d'ufficio, della adozione, in occasione dello specifico intervento praticato all'attrice, delle cautele finalizzate ad evitare l'insorgenza di patologie infettive batteriche e, in particolare, di tutte quelle previste nelle raccomandazioni diramate dal *Organizzazione_3* per la sicurezza in sala operatoria (in dettaglio indicate nella relazione peritale), nonché la prova positiva (ricavabile dalla documentazione prodotta dalla stessa convenuta) della omessa esecuzione di controlli ambientali a ridosso dell'intervento, l'ipotesi della genesi nosocomiale della infezione risulta assolutamente prevalente rispetto a quella della contrazione in ambiente extraospedaliero, non sostenuta da alcun elemento di concreto

riscontro, tale non potendosi ritenere l'accesso dell'attrice ad un cimitero ubicato in zona di montagna.

Dunque, precisato anche che la dedotta naturale predisposizione della paziente alle infezioni oculari avrebbe dovuto comportare un innalzamento della soglia di attenzione verso le misure di asepsi, deve dichiararsi la responsabilità dell' **CP_1** convenuta, la quale non ha fornito la prova liberatoria da cui era gravata in base ai principi sopra richiamati.

Sotto il profilo del danno, già si è detto che il processo infettivo ha provocato una condizione di cecità monolaterale con impianto di protesi oculare.

Secondo la stima operata dai consulenti d'ufficio l'attrice presenta attualmente un'invalidità permanente del 49% (deficit visivo + protesi oculare), mentre al momento dell'ingresso in Ospedale, allorquando vi era un visus di 2/10 in OD e 3/10 in OS, presentava un'invalidità permanente valutabile nella misura del 46%.

I consulenti hanno però anche evidenziato che, a seguito dell'intervento chirurgico di cataratta all'occhio destro, ove non fosse insorto il processo infettivo, con ogni verosimiglianza la **[...]** **Pt_1** sarebbe andata incontro ad un miglioramento del visus non superiore a 1-2 decimi. Pertanto, con un visus di 4/10 all'occhio destro e sinistro, sarebbe residua un'invalidità permanente stimabile nella misura del 27%

Sulla scorta di tale ultima valutazione, alla quale occorre fare riferimento, atteso che l'intervento di facoemulsificazione era finalizzato al recupero della acuità visiva in occhio destro, sicchè deve necessariamente tenersi conto del risultato che era ragionevole attendersi dallo stesso ove condotto a termine senza criticità, il danno evento imputabile alla convenuta consiste nella compromissione dell'integrità fisica dal 27% al 49%.

La detta stima resiste anche alle osservazioni critiche formulate dal consulente di parte attrice, alle quali gli ausiliari del Tribunale hanno replicato con argomentazioni esaustive e convincenti, cui si rinvia.

Il processo infettivo ha inoltre provocato, secondo la valutazione dei consulenti d'ufficio, una invalidità temporanea della durata di 25 giorni, di cui 10 di inabilità assoluta e 15 di inabilità parziale al 50%.

Ai fini della monetizzazione del pregiudizio devono essere utilizzate, come peraltro richiesto dall'attrice, le Tabelle elaborate presso il Tribunale di Milano, che hanno già da tempo assunto una "vocazione nazionale", in quanto recanti i parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa, e ad evitare (o quantomeno ridurre) - al di là delle diversità delle condizioni economiche e sociali dei diversi contesti territoriali -

ingiustificate disparità di trattamento che finiscano per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3 Cost., comma 2, (cfr., tra le altre, Cass. 10263/15).

Pertanto, tenuto conto dell'età dell'attrice al momento del fatto (78 anni), della sofferenza soggettiva che può ritenersi in via presuntiva correlata alla vicenda in oggetto in considerazione dei gravi effetti prodotti dal processo infettivo, il danno non patrimoniale da lesione permanente della salute è stimabile equitativamente in € 188.263,00 (somma corrispondente alla differenza tra il valore tabellare di un danno del 49% e quello di un danno del 27%), cui si aggiunge il danno da inabilità temporanea, pari ad € 1.732,50, per un totale di € 189.995,50.

In definitiva, l' *Controparte_1* deve essere condannata al pagamento, in favore dell'attrice, della somma appena indicata, oltre interessi legali a decorrere dal 26.10.16, da calcolarsi sulla medesima somma, devalutata alla stessa data e successivamente rivalutata anno per anno sino alla data di pubblicazione della sentenza, secondo i principi enunciati da Cass. Sez. Un. 1712/95.

Competono, infine, all'attrice gli interessi legali sulla detta sorte capitale dalla pubblicazione della presente sentenza al saldo.

Le spese processuali seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.

Esborsi di ctu definitivamente a carico di parte convenuta, con obbligo di rimborso di quanto a tale titolo anticipato dall'attrice.

Da ultimo, deve essere rigettata la richiesta di risarcimento danni ex art. 96 c.p.c., non ravvisandosi, anche in considerazione della natura della controversia, la cui definizione ha richiesto l'espletamento di ctu medico-legale, gli estremi del requisito soggettivo necessario per l'insorgenza della relativa responsabilità.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, rigettata ogni altra istanza ed eccezione, così provvede:

- dichiara la responsabilità l' *Controparte_1* e, per l'effetto, la condanna al pagamento, in favore di *Parte_1*, della somma di € 189.995,50, oltre interessi da calcolarsi secondo i criteri indicati in parte motiva;
- condanna la convenuta al rimborso delle spese processuali sostenute dall'attrice, che liquida, con distrazione ex art. 93 c.p.c. in favore  che ne ha fatto richiesta, in € 1.241,00 per spese vive ed € 14.103,00 per compensi, oltre rimborso spese forfetarie, cpa e iva;

- pone definitivamente a carico della convenuta le spese di ctu.

Cosenza, 16.12.2023

Il giudice
dott. Andrea Palma