



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI IVREA

nella persona del giudice monocratico dott. Augusto Salustri ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. 1236 del Ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2017 posta in decisione all'udienza del 26.02.2020 e vertente

TRA

Parte_1, (C.F. C.F._1) con l'avv. [REDACTED] e con l'avv. [REDACTED]

attrice

e

Controparte_1 con sede legale in Chivasso (TO), [REDACTED]

P.IVA P.IVA_1 con gli avvocati [REDACTED] e [REDACTED]

convenuta

OGGETTO: responsabilità medica

CONCLUSIONI

All'udienza di precisazione delle conclusioni i procuratori delle parti hanno così concluso:

parte attrice “*Contrariis reiectis; Piacchia all'Ill.mo Tribunale adito Previa ogni declaratoria del caso; Respinta ogni contraria istanza, eccezione e deduzione; IN VIA ISTRUTTORIA: Se ritenuto opportuno, Voglia l'Ill.mo Tribunale disporre la rimessione della causa in istruttoria al fine di ammettere ogni mezzo probatorio indicato dall'attrice, e non ammesso; In ordine alle risultanze della CTU e del supplemento peritale qualora il Giudice, non ritenga di provvedere autonomamente nella propria qualità di peritus peritorum, a riconoscere e quantificare il danno biologico temporaneo riportato a seguito dell'intervento chirurgico subito dalla danneggiata, nella misura indicata dal CTP dott. Per_1 (cfr. doc. 2): -In via principale, Voglia l'Controparte_2 disporre la rinnovazione del supplemento peritale*

avente ad oggetto l'accertamento e la quantificazione dell'invalidità biologica temporanea riportata dalla signora **Pt_1** a seguito degli errori sanitari per cui è causa da cui è scaturita la lesione permanente all'integrità psicofisica dell'attrice, accertata dal CTU; In via subordinata: Voglia l'Ill.mo Tribunale disporre la chiamata a chiarimenti del CTU in contraddittorio con i CTP in ordine all'accertamento e la quantificazione dell'invalidità biologica temporanea riportata dalla signora **Pt_1** a seguito degli errori sanitari per cui è causa da cui è scaturita la lesione permanente all'integrità psicofisica dell'attrice, accertata dal CTU; **NEL MERITO:** 1. Dichiarare la civile responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale della **Controparte_3** in persona del legale rappresentante pro tempore, per i danni alla persona riportati dalla sig.ra **Pt_1**, per tutti gli errori effettuati dai sanitari operanti presso la convenuta Struttura, esposti in fatto ed in diritto; 2. Condannare l' **Controparte_3** in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento dei danni biologico e non patrimoniali tutti subiti dalla sig.ra **Parte_1** nella misura accertanda e determinanda in corso di causa stante la valutazione equitativa di tali voci di danno, compresa la perdita di chances di guarigione, nonché i danni patrimoniali, comprese le spese stragiudiziali, tutti specificati in atti, con la rivalutazione e gli interessi compensativi dal fatto al soddisfo, fatti salvi i diritti e le azioni e le rivalse e diritti di Enti mutualistici, ospedalieri e Regionali per le erogazioni e le prestazioni effettuate a suo favore; 3. Condannare inoltre la struttura sanitaria convenuta alla rifusione di tutte le spese, (legali e tecniche, di CTU e CTP), onorari e competenze di giudizio, oltre 15% spese generali, IVA e CPA., oltre il costo della tassa di registro ed oltre spese, diritti onorari successivi occorrendi, con sentenza provvisoriamente esecutiva ex lege.

per parte convenuta: "Voglia il Tribunale adito respingere ogni contraria istanza, eccezione e deduzione In principalità: Respingere tutte le domande avversarie in quanto infondate sia in fatto che in diritto. In via subordinata: Nella denegata ipotesi in cui venga riconosciuta la responsabilità della convenuta rideterminare e ridurre il quantum richiesto da parte attrice essendo la richiesta di risarcimento infondata per le ragioni ampiamente espresse in narrativa.

MOTIVI DELLA DECISIONE

All'odierno giudizio è applicabile l'art. 58, comma II, legge 18 giugno 2009 n. 69 e, per l'effetto, la stesura della sentenza segue l'art. 132 c.p.c. come modificato dall'art. 45, comma

17, della legge 69/09, con omissione dello “svolgimento del processo” (salvo richiamarlo dove necessario o opportuno per una migliore comprensione della *ratio decidendi*).

Parte_1 ha convenuto in giudizio l' **CP_4** per ottenere il risarcimento dei danni subiti per aver “*sviluppato ad inizio febbraio 2014 una sepsi da MRSA, secondaria ad infezione del PICC, complicata da perforazione di lembo mitralico da verosimile endocardite iniziale*”, infezione contratta secondo la ricostruzione di parte attrice durante il ricovero presso [REDACTED] di Chivasso dal 09.10.2013 ed il 21.11.2013, allorquando le è stato posizionato “*un CVC tipo PICC all'arto superiore destro*” che è risultato positivo all'esame colturale del CVC per “*staphylococcus aureus*”.

L'attrice, inoltre, nel ripercorrere l'esito della perizia medico legale redatta dal consulente, dott. **Persona_2** ha allegato il comportamento gravemente inadempiente degli operatori sanitari dell' **Controparte_5**, laddove nell'ambito dei controlli oncologici avvenuti in data 11.02.2014 e 21.02.2014 i medesimi, nonostante il suo perdurante stato febbrile, hanno ommesso di eseguire “*esami ematochimici*” volti ad individuare l'origine della patologia, con ciò determinando un ritardo diagnostico che ha provocato l'evento setticemico.

Posto ciò l'attrice, assumendo che la condotta gravemente negligente del medico abbia comportato un danno biologico sia temporaneo che permanente, ha spiegato la domanda di condanna al risarcimento dei danni, così come partitamente dettagliati nelle conclusioni richiamate in epigrafe.

Si è costituita l' **CP_6** contestando la fondatezza delle domande avversarie e chiedendone la reiezione.

L'amministrazione convenuta ha eccepito l'insussistenza di qualsivoglia profilo di inadempimento imputabile al personale sanitario, negando da un lato la possibile contrazione infettiva dedotta da controparte come conseguenza del posizionamento del CVC tipo PICC dovuta a contaminazione da *Staphylococcus aureus* e, dall'altro, contestando la sussistenza di un ritardo diagnostico-terapeutico causalmente riconducibile alle patologie lamentata dall'attrice.

La causa, istruita mediante espletamento di consulenza tecnica, è stata trattata

nuovamente in decisione all'udienza indicata in epigrafe all'esito dell'integrazione della relazione peritale, con assegnazione dei termini di cui all'art 190 c.p.c. per il deposito degli scritti conclusivi.

Preliminarmente giova osservare come ai fini del deposito della sentenza si è tenuto conto del periodo di sospensione dei termini per il deposito degli scritti conclusivi così come previsto dall'art. 83 comma 2 del D.L. 18 del 17.03.2020, così come integrato dall'art. art. 36, comma 1, d.l. 8 aprile 2020 n. 23.

Sempre in via preliminare devono essere confermate le ordinanze istruttorie rese nel corso del procedimento le motivazioni ivi richiamate e per le considerazioni di seguito esplicitate.

Venendo al merito ritiene questo Giudice che la domanda avanzata dall'attrice sia fondata e debba essere accolta per quanto di ragione.

Al fine di inquadrare compiutamente la vicenda per cui è causa, occorre richiamare i risultati raggiunti dalla dottrina e dalla giurisprudenza in ordine all'inquadramento dogmatico della responsabilità dell'ente gestore della struttura sanitaria. E' stato più volte affermato che *“la responsabilità dell'ente ospedaliero, gestore di un servizio pubblico sanitario [...] inserendosi nell'ambito del rapporto giuridico pubblico tra l'ente gestore ed il privato che ha richiesto ed usufruito del servizio, ha natura contrattuale [...]”. Ne consegue che la responsabilità diretta dell'ente e quella del medico, inserito organicamente nell'organizzazione del servizio, sono disciplinate in via analogica dalle norme che regolano la responsabilità in tema di prestazione professionale medica in esecuzione di un contratto di opera professionale*”, poiché *“la responsabilità extracontrattuale ricorre solo allorquando la pretesa risarcitoria venga formulata nei confronti di un soggetto autore di un danno ingiusto non legato all'attore da alcun rapporto giuridico precedente, o comunque indipendentemente da tale eventuale rapporto, mentre, se a fondamento della pretesa venga enunciato l'inadempimento di un'obbligazione volontariamente contratta, ovvero anche derivante dalla legge, è ipotizzabile unicamente una responsabilità contrattuale”* (Cass. Sez. 3 n. 10743/2009; Cass. Sez. 3, n. 24759/2007; Cass. 22390/06; Cass. 12362/06; Cass. 9085/06; Cass. 1698/06; Cass. civ. Sez. III 4.03.2004 n. 4400; Cass. civ. sez. III 8.05.2001 n. 6386; Cass. 1.09.1999 n. 9198; Cass. civ. Sez. III 7.10.1998 n. 9911).

Le prestazioni sanitarie da parte di una struttura ospedaliera (o altra struttura) deputata a fornire assistenza sanitaria avvengono, infatti, 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 sanitaria", ove assumono primario rilievo le prestazioni di cura medica, ma nel quale si possono rinvenire anche prestazioni diverse quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché obbligazioni accessorie cosiddette di sicurezza e/o protezione. L'adempimento di tale contratto, per quanto riguarda le prestazioni di natura sanitaria, è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale. Il soggetto gestore della struttura sanitaria (pubblico o privato) risponde perciò per i danni che siano derivati al paziente da trattamenti sanitari praticatigli con colpa, alla stregua delle norme dettate dagli artt. 1176, secondo comma, e 2236 c.c., che, nei casi di prestazioni particolarmente difficili, limitano la responsabilità del medico per imperizia e, di conseguenza, quella della struttura sanitaria, al dolo ed alla colpa grave.

Al fine di giustificare la conclusione sopra esposta in ordine alla responsabilità della struttura sanitaria, la dottrina e la giurisprudenza hanno fatto riferimento, a seconda dei casi (di regola in relazione alla natura privata o pubblica del soggetto gestore della struttura sanitaria), alla fattispecie prevista dall'art. 1228 c.c., per cui il debitore della prestazione, che si sia avvalso dell'opera di ausiliari, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di questi, ovvero al principio di immedesimazione organica, per cui l'operato del personale dipendente di qualsiasi ente pubblico ed inserito nell'organizzazione del servizio determina la responsabilità diretta dell'ente medesimo, ai sensi dell'art. 28 Cost., essendo attribuibile all'ente stesso l'attività del suo personale (Cass. civ. sez. III 11.08.2000 n. 10719; Cass. civ. 1.09.1999 n. 9198).

Trattandosi di responsabilità contrattuale, il danneggiato è tenuto a provare il contratto e ad allegare la difformità della prestazione ricevuta rispetto al modello normalmente realizzato da una condotta improntata alla dovuta diligenza, mentre al debitore, presunta la colpa, incombe l'onere di provare che l'inesattezza della prestazione dipende da causa a lui non imputabile, e cioè la prova del fatto impeditivo (v. Cass., 13.04.2007, n. 8826; Cass.,

28.05.2004, n. 10297; Cass., 21.06.2004, n. 11488; Cass., Sez. Un., 30.10.2001, n. 13533). Inoltre il termine prescrizione non è quello quinquennale da fatto illecito aquiliano ex art. 2947 c.c., ma quello ordinario decennale previsto dall'art. 2946 c.c..

Si deve, quindi, sottolineare che, secondo la tradizionale elaborazione dottrinale e giurisprudenziale, le obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale sono, di regola, obbligazioni di mezzo e non di risultato, in quanto il professionista, assumendo l'incarico, si impegna a prestare la propria opera per raggiungere il risultato desiderato, ma non a conseguirlo. Seguendo tale ricostruzione, la mancata realizzazione dello scopo pratico del committente non costituisce inadempimento se non dipende da erroneità o inadeguatezza della soluzione dei problemi tecnici demandati al professionista, distinguendosi tra risultato inteso quale scopo finale in vista del quale la prestazione è stata richiesta, ossia realizzazione dell'intendimento del committente, che resta estraneo al contratto d'opera professionale quantomeno nella sua configurazione normale, e risultato inteso invece come opera intellettuale che il professionista è tenuto per contratto a produrre in funzione del fine perseguito dal committente, identificandosi in quest'ultima accezione con i mezzi tecnici astrattamente idonei per consentire al committente la possibilità di soddisfare le proprie aspirazioni.

Sulla base di tali premesse si è affermato per lungo tempo che l'inadempimento del professionista non può essere desunto senz'altro dal mancato raggiungimento del risultato utile avuto di mira dal cliente, ma deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti lo svolgimento dell'attività professionale ed in particolare del dovere di diligenza, per il quale trova applicazione, in luogo del criterio tradizionale della diligenza del buon padre di famiglia, il parametro della diligenza professionale fissato dall'art. 1176, comma 2, c.c., il quale deve essere commisurato alla natura dell'attività esercitata. In particolare, la diligenza che il professionista deve impiegare nello svolgimento della sua attività è quella media, cioè la diligenza posta nell'esercizio della propria attività dal professionista di preparazione professionale e di attenzione medie, a meno che la prestazione professionale da eseguire in concreto non involga la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, nel qual caso la responsabilità del professionista per imperizia è attenuata, configurandosi, secondo

l'espresso disposto dell'art. 2236 c.c., solo nel caso di dolo o colpa grave, da valutare, però, anche in relazione ai diversi gradi di specializzazione propri dello specifico settore professionale (vedi, tra le tante, Cass. civ. sez. II, 8 agosto 2000, n. 10431; Cass. civ. sez. III, 15 gennaio 2001, n. 499; Cass. civ. sez. III, 26 febbraio 2002, n. 2836; Cass. 19133/04; Cass. 4400/04).

Parte della dottrina ha, però, criticato tale impianto dogmatico, sottolineando che con riferimento alle prestazioni professionali non possono rinvenirsi differenze nell'atteggiarsi della responsabilità, ma solo nel contenuto del rapporto obbligatorio, sicché la distinzione tra obbligazioni di mezzo e obbligazioni di risultato non indicherebbe due tipi di rapporti diversamente regolati, ma solo due tipi di prestazione e tenderebbe a sottolineare l'aleatorietà del risultato che caratterizza le prestazioni professionali che non incide, comunque, sulla nozione di esatto adempimento ma solo sulla individuazione della causa non imputabile. Tale conclusione è stata recepita dalle Sezioni Unite della Suprema Corte (Cass. civ. sez. unite, 28.07.2005, n. 15781), che hanno esaminato *funditus* la distinzione tra obbligazioni di mezzi ed obbligazioni di risultato e, superando i contrastanti orientamenti, hanno affermato che *“il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale (in conformità a criteri di ragionevolezza per identità di situazioni probatorie, di riferibilità in concreto dell'onere probatorio alla sfera di azione dei singoli soggetti e di distinzione strutturale tra responsabilità contrattuale e da fatto illecito) è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, ex art. 1453 c.c., sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, ex art. 1218 c.c., senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato”*.

L'affermata natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, del resto, non ha mancato, proprio in epoca assai recente, di trovare il conforto delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte di Cassazione, le quali con la sentenza del gennaio 2008 n.577 hanno prestato sostanziale adesione a tale opzione ermeneutica, affermando che, *“per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente è irrilevante che si tratti di una casa di privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una*

equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria”(cfr. Cass. 2S.2.2005, n. 4058).

In definitiva, quando vengano provati dal paziente la sussistenza ed il contenuto del contratto, incombe sulla struttura sanitaria la prova che la prestazione dell'attività abbia raggiunto il risultato normalmente ottenibile in relazione alle circostanze concrete del caso o, in caso contrario, che quel risultato non sia stato conseguito per il verificarsi di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza, mentre laddove tale prova non riesca a dare, secondo la regola generale ex articoli 1218 e 2697 c.c., il medesimo rimane soccombente (Cass. civ. 14.02.2008 n. 3520).

Va evidenziato che, nell'applicazione dei principi sopra esposti, la giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, continua a richiedere, da parte dell'attore, oltre alla prova del contratto, anche la prova del nesso causale, vale a dire del fatto che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie siano conseguenza dell'azione o dell'omissione del medico. La categoria giuridica del nesso causale (e, in parte qua, della colpa medica), è stata esaminata approfonditamente dalla Suprema Corte nella sentenza n. 7997 del 18.04.2005. In detta pronuncia è stato, in primo luogo, sottolineato che *“la rigorosa oggettivazione del concetto di eziologia dell'evento consente di tenere irrinunciabilmente distinti i due piani di analisi strutturale dell'illecito, fungendo la colpa come limite alla oggettiva predicabilità della responsabilità una volta accertata la relazione causale tra la condotta e l'evento”*. E' stato, quindi, evidenziato che il nesso di causalità “giuridica” deve essere distinto rispetto al “mero” nesso materiale. Quest'ultimo, infatti, consiste nella relazione riscontrabile tra un evento e tutti i suoi antecedenti causali “naturalistici”: è causa materiale ogni condizione che abbia dato sede ad un'inferenza sull'evento, tale per cui - in assenza della condizione medesima - l'evento non si sarebbe verificato. Vi è causalità giuridica, invece, solo ed esclusivamente con riferimento a quelle condizioni il cui rapporto causale con l'evento non risulti interrotto dal sopravvenire di un ulteriore fatto di per sé solo idoneo a determinare l'evento medesimo. Nella fase in cui

si deve attribuire rilevanza giuridica ai fatti dannosi ed individuarne il responsabile, non sussiste, invero, sostanziale differenza tra come opera il nesso causale nel diritto penale, ai sensi dell'art. 40 c.p., e nella responsabilità civile. E' diverso, tuttavia, il "grado" di probabilità richiesto, perché si possa concludere nel senso della sussistenza del rapporto eziologico fra condotta (attiva od omissiva) ed evento. Nel diritto penale, perché sussista il nesso di causalità tra la condotta del medico e l'evento lesivo, dovendo la causalità sopravvivere alla "prova di resistenza" del ragionevole dubbio, occorre che l'evento dannoso costituisca la conseguenza del comportamento commissivo o omissivo del medico, in quanto quest'ultimo risulti esserne stato con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica condizione necessaria (Cass. pen. sez. un. 11.09.2002 n. 30328 imp. Francese); nel sistema civilistico, invece, il nesso di causalità (materiale) consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio (ispirato alla regola della normalità causale) del "più probabile che non" (Cass. 16 ottobre 2007 n. 21619, Cass. S.U. 11 gennaio 2008 n. 576, Cass. 17 gennaio 2008 n. 867, Cass. 11 maggio 2009 n. 10743; Cass. civ. 16.07.2010 n. 16381). Anche con riferimento all'individuazione del nesso di causalità fra la condotta omissiva del medico e l'evento dannoso, la giurisprudenza della Suprema Corte ha superato la concezione tradizionale, passando dal criterio della certezza degli effetti della condotta omessa a quello della probabilità di essi e dell'idoneità della condotta stessa ad evitarli, ove posta in essere. Si è, così, affermato che *"è configurabile il nesso causale fra il comportamento omissivo del medico ed il pregiudizio subito dal paziente solo qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi"* (Cass. 4 marzo 2004, n. 4400; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133; Cass. 11 novembre 2005, n. 22894; Cass. 21 gennaio 2000, n. 632). A tal proposito è stato rilevato che, ove le nozioni di patologia medica e di medicina legale non forniscano un grado di certezza assoluta, il ricorso al criterio della probabilità costituisce una necessità logica in quanto si tratta di accettare o rifiutare l'assunto secondo il quale il danno si è verificato a causa del fatto che non è stato tenuto il comportamento atteso.

In tema di responsabilità civile, dunque, nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto, di talché è necessario accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato (Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 15709 del 18/07/2011).

La natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria non è mutata a seguito dell'entrata in vigore della c.d. Legge Balduzzi, atteso che la Suprema Corte chiamata a pronunciarsi ha affermato che la norma del D.L. n. 158 del 2012, art. 3, comma 1, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 189 del 2012, quando dispone nel primo inciso 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"* e, quindi, soggiunge che *"in tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c."*, poiché omette di precisare in che termini si riferisca all'esercente la professione sanitaria e concerne nel suo primo inciso solo la responsabilità penale, comporta che la norma dell'inciso successivo, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c., dev'essere interpretata, conforme al principio per cui in *lege aquilia et levissima culpa venit*, nel senso che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrilevanza della colpa lieve anche in ambito di responsabilità extracontrattuale civilistica. Deve, viceversa, escludersi che con detto inciso il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale. Deve, pertanto, ribadirsi che alla norma nessun rilievo può attribuirsi che induca il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità medica come responsabilità da contatto e sulle sue implicazioni (cfr. Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 8940 del 17/04/2014; cfr. in termini riaffermate da Cass. n. 4792 del 2013). Secondo la giurisprudenza di legittimità, inoltre, l'art. 3 comma I del d.l. 13 settembre 2012 n. 158, conv. in l. 8 novembre

2012, ha depenalizzato la responsabilità medica in caso di colpa lieve, dove l'esercente l'attività sanitaria si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. L'esimente penale non elide, però l'illecito civile e resta fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile che è clausola generale del *neminem laedere*, sia nel diritto positivo, sia con riguardo ai diritti umani inviolabili quale è la salute. La materia della responsabilità civile segue, tuttavia, le sue regole consolidate e non solo per la responsabilità aquiliana del medico ma anche per quella cd. contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale (cfr. i Cassazione civile, sez. III , 10 gennaio 2013, n. 4030).

Del pari, non può trovare applicazione la Legge 24/2017, cosiddetta Legge Gelli Bianco, atteso che la Suprema Corte ha affermato che le norme sostanziali introdotte dal predetto testo normativo, al pari della legge Balduzzi, in tema di responsabilità della struttura sanitaria e del medico non sono retroattive (cfr. Corte di Cassazione, Sezione Terza Civile, nella sentenza 11 novembre 2019, n. 28994).

Da ultimo la Suprema Corte, tornando ad affrontare nuovamente la questione inerente al riparto dell'onere della prova con riguardo alla causalità materiale e giuridica, ha ribadito che in tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "*leges artis*" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del 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 del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 28991 del 11/11/2019; in senso conforme Cass. 26 luglio 2017, n. 18392; Cass. 26 febbraio 2019, n. 5487; 17 gennaio 2019, n. 1045; 20 novembre 2018, n. 29853; 30 ottobre 2018, nn. 27455, 27449, 27447, 27446; 23 ottobre 2018, n. 26700).

In applicazione di tutti i suesposti principi va, dunque, esaminata la domanda attorea tenendo conto che era onere dell'attrice provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) ed allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico della struttura sanitaria dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato causa del danno.

Dall'istruttoria è emersa la prova del contratto relativo alla prestazione sanitaria fornita dal presidio ospedaliero nonché della sussistenza del nesso causale tra il contagio e i ricoveri avvenuti presso ████████ di Chivasso.

Il CTU prof. Persona_3 all'esito di un iter argomentativo congruamente e logicamente motivato, dopo aver ricostruito puntualmente la storia clinica della signora [...] Pt_1, ha osservato che *“è indubbio che la causa della sepsi sia stata determinata dalla contaminazione da Stafilococco della punta della cannula, come ha dimostrato la coltura, dopo la rimozione della cannula stessa”*, precisando che *“la rimozione della cannula, con l'esame culturale, è avvenuta circa 15 gg dopo il persistere di febbre elevata, condizione favorente l'instaurarsi della sepsi. Si è determinata in tal modo una infezione sistemica, con interessamento di più organi ed apparati in un soggetto già affetto da molteplici comorbidità”*. Il C.T.U. ha concluso che *“la responsabilità della sepsi sofferta dalla paziente è da attribuire alla infezione della cannula endovenosa introdotta per le terapie necessarie, vera causa dei danni, meritevoli comunque di risarcimenti e comunque dal ritardo della rimozione della CVC, seguito dall'esame culturale”*.

In sostanza, ciò che connota il comportamento degli operatori sanitari, e conseguentemente della struttura sanitaria, in termini di inadempimento foriera di una obbligazione risarcitoria, non è tanto una ritardata diagnosi ovvero una scorretta terapia antibiotica quanto piuttosto la contrazione dell'infezione riconducibile all'applicazione del PICC, causalmente riconducibile alla sepsi.

Tali conclusioni non sono state fondatamente poste in discussione dalla amministrazione convenuta nell'ambito delle operazioni peritali, essendosi limitata sostanzialmente a contestare la determinazione del danno conseguenza.

All'esito dell'istruttoria, inoltre, sono rimaste escluse altre possibili fonti di contagio, di talché trovano applicazioni i principi giurisprudenziali secondo cui l'incertezza circa l'esatta fonte del contagio, non con riguardo al periodo temporale quanto piuttosto con riferimento alla sola origine materiale, non può costituire motivo per negare la sussistenza del nesso causale atteso che nella sentenza delle Sezioni Unite civili (577/08) sopra richiamata la Suprema Corte ha nella sostanza confermato l'orientamento secondo cui al fine di individuare il nesso di causa non si esige la "certezza assoluta" che senza quella condotta il danno non si sarebbe verificato ("alta ed elevata credibilità razionale"), ma semplicemente una probabilità superiore al 50% (il cosiddetto più probabile che non) che ciò sarebbe accaduto. Il giudizio deve farsi o facendo riferimento a leggi scientifiche ove le stesse sussistano ovvero ad un criterio di probabilità logico-statistica. In sostanza il criterio applicato in sede civile (c.d. causalità debole) amplia il campo di responsabilità punibile rispetto all'ambito penalistico (c.d. causalità forte), che resta più ristretto. Questa distinzione dipende dalla necessità in sede penale di "proteggere l'innocente" e, in sede civile di "tutelare le vittime".

Nel caso di specie, il nesso causale tra la condotta negligente della struttura sanitaria ed il danno riportato, facendo applicazione dei principi elaborati anche di recente dalla Suprema Corte (cfr. sentenze 28991 e 28992 del 11.11.2019), risulta ampiamente dimostrato sia all'esito della CTU sia facendo applicazione delle presunzioni di cui all'art. 2729 c.c.

Venendo ora al *quantum*, si osserva innanzitutto che le conclusioni a cui è pervenuto il CTU, devono essere integralmente recepite nella presente sentenza, in quanto congruamente motivate e non poste in efficace contestazione dai consulenti di parte.

Il CTU ha riscontrato in capo all'attrice i seguenti danni fisici:

Invalidità permanente: 10 %;

Invalidità temporanea totale: 20 giorni.

Ciò detto, ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale del quale l'attrice invoca il ristoro occorre avere riguardo alle tabelle elaborate nel 2009, così come aggiornate nel 2018, dall'Osservatorio per la Giustizia Civile del Tribunale di Milano, tenuto conto che laddove

l'art. 3, co. 3 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 coordinato con la L. n. 189 del 2012 (cd. Decreto Balduzzi) prescrive la liquidazione sulla base delle tabelle previste agli artt. 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni (D.L. n. 209 del 2005) deve ritenersi applicabile ad una situazione invalidante minimale o comunque contenuta nei limiti del 9%, mentre là dove vi sia una situazione invalidante maggiore non può trovare applicazione, dovendosi comunque considerare il soggetto leso nella sua unica complessità biologica e esistenziale.

La giurisprudenza di legittimità ha più volte sottolineato come le tabelle in uso presso il Tribunale di Milano risultino essere quelle statisticamente più collaudate, e pertanto le più idonee ad essere assunte quale criterio generale per una valutazione che, con l'apporto dei necessari ed opportuni correttivi ai fini della c.d. personalizzazione del ristoro, consenta di pervenire alla relativa determinazione in termini maggiormente congrui, sia sul piano dell'effettività del ristoro del pregiudizio che di quello della relativa perequazione – nel rispetto delle diversità proprie dei singoli casi concreti – sul territorio nazionale (cfr. Cass., sentenza 14402/2011; Cass., sentenza n. 15760/2006).

Preso atto che le tabelle di Milano sono andate nel tempo assumendo e palesando 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, la Suprema Corte è pervenuta a ritenere le tabelle in questione valido criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex art. 1226 c.c. (Cass., sentenza n. 12408/2011).

Le summenzionate tabelle sono state redatte nel rispetto dei principi enunciati dalle Sezioni Unite nel 2008, con le quali è stato riconosciuto il carattere monolitico alla figura del danno non patrimoniale.

In ossequio a tale autorevole *dictum* giurisprudenziale, l'Osservatorio ha rilevato l'esigenza di una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale biologico e di ogni altro danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute, proponendo quindi la liquidazione congiunta:

- del danno non patrimoniale conseguente a “lesione permanente dell’integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico – legale”, sia nei suoi risvolti anatomico – funzionali e relazionali medi ovvero peculiari;
- del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di dolore o sofferenza soggettiva, in via di presunzione con riferimento ad un dato tipo di lesione.

In sintesi, in base alle suesposte indicazioni occorre procedere alla liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di danno biologico “standard” e di danno morale. Le predette tabelle, dunque, prevedono la liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di danno biologico standard, personalizzazione del danno biologico, danno morale.

La Suprema Corte, con precipuo riguardo al danno morale, ha rilevato che le successive tabelle del Tribunale di Milano modificate nel 2009 - e applicabili dai giudici di merito su tutto il territorio nazionale - non hanno "cancellato" il danno morale, bensì provveduto ad una liquidazione congiunta del danno non patrimoniale derivante da lesione permanente all'integrità psicofisica e del danno non patrimoniale derivante dalla stessa lesione in termini di dolore e sofferenza soggettiva, e cioè "*la liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di danno biologico standard, personalizzazione del danno biologico, danno morale*" (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 18641 del 12/09/2011).

Quanto poi alla cosiddetta “personalizzazione” del danno biologico, l’Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano ha elaborato delle percentuali di aumento dei valori monetari medi onde consentire una adeguata personalizzazione della liquidazione ove il caso concreto presenti peculiarità che devono essere allegate e provate da chi pretende il risarcimento. In tema giova ricordare in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegate e provate dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento (cfr. da ultimo Cass.

Sez. 3 - , Sentenza n. 28988 del 11/11/2019). In altri termini, le conseguenze della menomazione, sul piano della loro incidenza sulla vita quotidiana e sugli aspetti “dinamico-relazionali”, che sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito il medesimo tipo di lesione, non giustificano alcun aumento del risarcimento di base previsto per il danno non patrimoniale. Al contrario, le conseguenze della menomazione che non sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito quel tipo di lesione, ma sono state patite solo dal singolo danneggiato nel caso specifico, a causa delle peculiarità del caso concreto, giustificano un aumento del risarcimento di base del danno biologico (cfr. Cassazione Civile, Sez. III,2 ordinanza 7 marzo 2018, n. 7513).

Tenuto conto delle risultanze della perizia e valutata l'incidenza della malattia contratta sulle comuni attività quotidiane nonché della possibile progressione negativa della malattia si ritiene di poter liquidare il danno in misura pari al 10%, applicando una personalizzazione nella misura del 15%, dovendo in tal senso ritenersi ricompreso l'importo richiesto a titolo di perdita di capacità lavorativa generica, quale componente del danno biologico.

In proposito, infatti, il danno di natura patrimoniale derivante dalla perdita di capacità lavorativa specifica richiede un giudizio prognostico sulla compromissione delle aspettative di lavoro in relazione alle attitudini specifiche della persona mentre il danno da lesione della "cenestesi lavorativa", di natura non patrimoniale, consiste nella maggiore usura, fatica e difficoltà incontrate nello svolgimento, dell'attività lavorativa, non incidente, neanche sotto il profilo delle opportunità, sul reddito della persona offesa, risolvendosi in una compromissione biologica dell'essenza dell'individuo. Tale tipologia di danno configurabile solo ove non si superi la soglia del 30% del danno biologico, va liquidato onnicomprensivamente come danno alla salute, potendo il giudice, che abbia adottato per la liquidazione il criterio equitativo del valore differenziato del punto di invalidità, anche ricorrere ad un appesantimento del valore monetario di ciascun punto (cfr. Cass. sez. 3, sentenza n. 17931 del 04.07.2019; in senso conforme Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 17411 del 28/06/2019; Cass. 6- 3, Ordinanza n. 12572 del 22/05/2018; (cfr. anche Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 20312 del 09/10/2015; cfr. Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 12572 del 22/05/2018 con la quale la S.C. ha confermato la sentenza di

merito che, a fronte di un'invalidità permanente del venticinque per cento riportata da una minore, aveva incrementato l'importo liquidato a titolo di danno biologico, in considerazione del pregiudizio da "cenestesi lavorativa" che la stessa avrebbe presumibilmente sofferto in futuro, rigettando invece la domanda di risarcimento del danno patrimoniale futuro, in mancanza di elementi idonei a dimostrare l'incidenza della menomazione sul reddito che la stessa avrebbe presumibilmente conseguito).

Nel caso di specie, deve escludersi che all'esito delle risultanze dell'istruttoria, con particolare riguardo ai danni causalmente riconducibili all'evento, sia emerso che l'attrice non possa più svolgere le attività quotidiane in precedenza svolte quale casalinga, potendo affermarsi di contro che le menomazioni possono comportare esclusivamente un maggiore affaticamento e difficoltà nello svolgimento del lavoro domestico. Tali conclusioni trovano, del resto, conferma anche nelle stesse allegazioni in fatto offerte dall'attrice (cfr. punti 24 e 25 della citazione), nell'ambito delle quali non è stata prospettata una impossibilità assoluta di svolgere le precedenti attività, quanto piuttosto una maggiore difficoltà. Medesime considerazioni devono valere con riguardo all'importo inerente ad un meglio chiarito danno da *"incapacità lavorativa specifica di 6 mesi"*, smentito peraltro anche dall'esito delle risultanze istruttorie, oltre che assolutamente indimostrato essendo danno patrimoniale non futuro ma asseritamente già avvenuto.

Facendo applicazione del sistema di calcolo sopra menzionato deve liquidarsi secondo la tabella relativa all'anno 2018, applicando la personalizzazione nella misura di un aumento del 15%, la somma di euro 21.523,40 in relazione all'età della danneggiata all'epoca del sinistro (57 anni).

Quanto all'invalidità temporanea, in base agli stessi principi enucleati nelle sentenze sopra richiamate occorre procedere alla liquidazione congiunta dell'intero danno non patrimoniale "temporaneo" derivante dalla lesione della salute. Anche in questo caso è quindi necessario fare riferimento ai parametri individuati dall'Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano, che in ossequio a detta esigenza (nonché a quella di consentire l'adeguamento del risarcimento alle caratteristiche del caso concreto) ha elaborato una forbice di valori monetari "onnicomprensivi" (da euro 96,00 ad euro 145,00).

Appare equo adottare come base di calcolo la somma di euro 130,00 atteso che l'attrice nel primo periodo della malattia è stata costretta ad un ulteriore ricovero onde ridurre l'incidenza ed il progredire della malattia.

Ciò posto, il danno da invalidità temporanea deve essere liquidato come segue: 20 gg. x euro 130,00 = euro 2.600,00 (invalidità temporanea totale);

Sommando i due importi liquidati a titolo di danno non patrimoniale "permanente" e "temporaneo" si perviene alla somma complessiva, già rivalutata in applicazione delle tabelle 2018, di euro 24.123,40.

Alla complessiva somma liquidata in conto capitale deve essere, inoltre, aggiunto, a titolo di risarcimento del danno da lucro cessante un ulteriore importo, per il mancato godimento della somma liquidata a titolo di risarcimento.

A tal uopo, quanto al calcolo degli interessi compensativi, occorre applicare il criterio messo a punto nella nota sentenza della Corte di Cassazione a Sezione Unite 17.2.1995 n. 1712, secondo il quale gli interessi sui debiti di valore vanno calcolati sulla somma corrispondente al valore della somma al momento dell'illecito, via via rivalutata anno per anno sulla base dei citati indici ISTAT. In applicazione di tale criterio, al fine del calcolo degli interessi la somma capitale come sopra determinata deve essere devalutata dalla data della pubblicazione della sentenza alla data dell'illecito (febbraio 2014), e sulla somma così ottenuta, progressivamente rivalutata anno per anno in base agli indici *Org_1* fino alla data della pubblicazione della sentenza, devono calcolarsi gli interessi al tasso legale.

Sull'intera somma liquidata per sorte capitale e lucro cessante decorrono gli interessi legali dal giorno della pubblicazione della sentenza al saldo ex art. 1282 c.c.

Le spese di lite devono essere poste, in ragione del principio della soccombenza, a carico dell'attore e sono liquidate, in applicazione dei parametri di cui al D.M. n. 55/2014, così come aggiornati dal D.M. 37/2018, tenuto conto della natura delle questioni trattate, dell'assenza di istruttoria orale e del valore del giudizio relativo al *decisum* e non al *disputatum* (Cass. Sez. Un. n. 19014/2007; da € 5.000,00 sino ad € 25.000,00), applicando i valori prossimi ai medi previsti dalla tabella di riferimento.

Sono, inoltre, rimborsabili le spese sostenute da parte attrice per la consulenza tecnica di parte nella misura di € 1.830,00 attesa la documentazione prodotta a supporto, non potendo ritenersi le medesime eccessive né superflue. In tema, la Suprema Corte ha affermato che le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, la quale ha natura di allegazione difensiva tecnica, rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate, a meno che il giudice non si avvalga, ai sensi dell'articolo 92 c.p.c., comma 1, della facoltà di escluderle dalla ripetizione, ritenendole eccessive o superflue (Cass., Sezione II, Sentenza 18 maggio 2015, n. 10173; Cass. 3-1-2013 n. 84; Cass. 16-6-1990 n. 6056; Cass. 11-6-1980 n. 3716).

Vengono poste, altresì, a carico dei convenuti le spese di CTU così come liquidate in corso di causa.

P.Q.M.

Il Tribunale di Ivrea in composizione monocratica, disattesa ogni diversa istanza, eccezione e deduzione, definitivamente pronunciando sulla causa civile recante n. 1236/2017 R.G., così provvede:

accoglie la domanda proposta da **Parte_1** e, per l'effetto, condanna l' **CP_4** in persona del legale rappresentante pro tempore al pagamento, in favore dell'attrice, della somma di euro 24.123,40, oltre agli interessi nei limiti di cui in motivazione;

condanna parte convenuta al pagamento in favore dell'attrice delle spese di lite che si liquidano in euro 4.835,00 per compensi professionali, oltre rimborso forfetario nella misura del 15%, C.A. ed IVA come per legge, euro 807,63 per spese vive ed € 1.830,00 a titolo di rimborso delle spese necessarie alla consulenza tecnica di parte;

pone definitivamente le spese di CTU come liquidate in corso di causa a carico della parte convenuta.

Così deciso in Ivrea, il 20 luglio 2020

IL GIUDICE

dott. Augusto Salustri