REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE CIVILE DI LECCE

in persona del giudice dr.ssa Viviana Mele ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 6059 del R.G.A.C.C. dell'anno 2022, trattenuta in decisione nell'udienza del 14 novembre 2024 e vertente

TRA

Parte_1 **, in qualità di erede di** *Persona_1*

Rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] ed elettivamente domiciliata nello studio del difensore, come da mandato a margine dell'atto di citazione

ATTRICE

E

CP_1 [redacted] *CP_2* **(titolare della casa di cura** [redacted] **, in persona del Presidente del Consiglio di Amministrazione e legale rappresentante p.t.**

rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] ed elettivamente domiciliata nello studio del difensore, giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta

CONVENUTA

OGGETTO: responsabilità professionale.

CONCLUSIONI: all'udienza di precisazione delle conclusioni del 14 novembre 2024 i procuratori delle parti hanno concluso come da verbale.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

MOTIVI DELLA DECISIONE

[redacted] *Parte_1* ha agito in giudizio, iure hereditario, contro *CP_1* [redacted] *CP_2* titolare della Casa di Cura [redacted], al fine di ottenere il risarcimento del danno patito da *Persona_1*, padre dell'odierna attrice.

Nel dettaglio, parte attrice ha dedotto che il congiunto veniva ricoverato presso l'U.O. di Ortopedia della Casa di Cura [redacted] in data 31.07.2017, al fine di essere sottoposto ad intervento chirurgico di emilaminectomia, con termine di degenza datata 3.08.2017. Ha addotto ulteriormente parte attrice che, successivamente alle dimissioni, il congiunto prendeva a manifestare un'intensa sintomatologia lombosciatalgica, rendendosi così necessario un nuovo ricovero - dal 26.09.17 al 29.09.17 - presso la stessa U.O. di Ortopedia della Casa di Cura [redacted] dove subiva un secondo intervento di emilaminectomia.

Il decorso post-operatorio restituiva un quadro clinico connotato da stenosi rachidea e da una formazione erniaria recidivata, ulteriormente gravato dall'insorgenza di una sepsi distrettuale, accertata a seguito di ricovero (dal 05.12.2017 al 27.12.2017) presso l'U.O. di Malattie Infettive dell'Ospedale di [redacted] con diagnosi di "*spondilodiscite L-3 L-4 (da Staphylococcus epidermidis) in esiti di intervento per ernia discale.*" La sepsi distrettuale, ha sostenuto parte attrice, deve essere posta in relazione all'attività chirurgica espletata, poiché discendente da elementi di rischio non adeguatamente scongiurati, correlati all'assetto organizzativo della struttura, riguardante in particolare la gestione dell'asepsi di sala operatoria.

Tanto premesso, con ricorso ex art. 702 bis cpc datato 26.07.2022, la ricorrente agiva in giudizio per le ragioni già esposte, in qualità di erede legittimo del padre *Persona_1*, al fine di ottenere la condanna della convenuta al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali patiti dal *de cuius*. Infine, parte attrice domandava la condanna della convenuta al pagamento delle spese e delle competenze di lite, anche relative al giudizio di ATP espletato *ante causam* ai sensi dell'art. 696 bis cpc.

La convenuta [redacted] *CP_2* titolare della Casa di Cura [redacted], con propria comparsa del 12.01.2023 si costituiva in giudizio chiedendo il rigetto della domanda attorea, ritenendola infondata in fatto e in diritto; in via subordinata e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

salvo gravame, chiedeva di contenere la misura risarcitoria nei limiti di una corretta liquidazione del danno. Da ultimo, chiedeva la condanna di controparte al pagamento delle spese e delle competenze di lite.
All'udienza del 25.01.2023 il Giudice, rilevato che la causa richiedeva un'istruzione non sommaria, disponeva la conversione nel rito ordinario.
La causa veniva istruita con l'ascolto di alcuni testimoni e l'acquisizione del fascicolo dell'ATP ed era poi trattenuta in decisione, con concessione del termine massimo di legge per conclusionali e repliche.

***

Come premesso, la causa in trattazione attiene all'accertamento dell'eventuale responsabilità di parte convenuta nella causazione della spondilodiscite patita da *Persona_1*, sottoposto a due interventi chirurgici presso la Casa di Cura [redacted] dove è stato ricoverato dal 31.07 al 3.08 del 2017 prima, e dal 26.09 al 29.09 2017 poi.
Nel corso della causa è stato acquisito l'accertamento medico-legale espletato nel giudizio di ATP, mediante la nomina di consulenti che hanno svolto l'attività nel contraddittorio delle parti, esaminando inoltre l'ampia documentazione depositata da parte resistente.
Prima di esaminare il merito della questione, tuttavia, devono compiersi alcune premesse di carattere generale.
Come noto, l'ampio dibattito sviluppatosi nel corso degli anni ha portato la giurisprudenza prima, e il legislatore poi, a ritenere che la responsabilità della struttura ospedaliera nei confronti del paziente sia di tipo contrattuale.
Si sono tuttavia registrati nel corso degli anni diversi orientamenti in merito alla ripartizione dell'onere probatorio.
La Cassazione a Sezioni Unite ha precisato che "*in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (nella specie la .S.C. ha cassato la sentenza di merito che - in relazione ad una domanda risarcitoria avanzata da un paziente nei confronti di una casa di cura privata per aver contratto l'epatite C asseritamente a causa di trasfusioni con sangue infetto praticate a seguito di un intervento chirurgico - aveva posto a carico del paziente l'onere di provare che al momento del ricovero egli non fosse già affetto da epatite)" (Cass. civ., SU, n. 577 dell'11.1.2008).

Anche la giurisprudenza successiva, in merito alla ripartizione dell'onere della prova, ha chiarito che "*nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medico chirurgica, l'attore danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. Ne consegue che qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore*" (Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 20547 del 30/09/2014).

In tempi recenti è stato tuttavia specificato che "*in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla vedova di un paziente deceduto, per arresto cardiaco, in seguito ad un intervento chirurgico di asportazione della prostata cui era seguita un'emorragia, sul rilievo che la mancata dimostrazione, da parte dell'attrice, della riconducibilità eziologica dell'arresto cardiaco all'intervento chirurgico e all'emorragia insorta, escludeva in radice la configurabilità di un onere probatorio in capo alla struttura)*" (Cass. Civ., Sez. 3, Sentenza n. 18392 del 26/07/2017).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

Tale indirizzo è stato confermato dalla giurisprudenza successiva: "*In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla paziente e dai suoi stretti congiunti, in relazione a un ictus cerebrale che aveva colpito la prima a seguito di un esame angiografico, sul rilievo che era mancata la prova, da parte degli attori, della riconducibilità eziologica della patologia insorta alla condotta dei sanitari, ed anzi la CTU espletata aveva evidenziato l'esistenza di diversi fattori, indipendenti dalla suddetta condotta, che avevano verosimilmente favorito l'evento lesivo)*" (Cass. Civ., Sez. 3, Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018).

Ad ogni modo, l'accertamento dell'esistenza del nesso causale deve essere compiuto secondo il criterio del "più probabile che non": "*in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 16123 del 08/07/2010).

Anche in tempi recenti, Cass. Civ., Sez. 3, Ordinanza n. 21008 del 23/08/2018, ha ribadito che occorre accertare il nesso causale secondo la regola del "più probabile che non": "*La prova dell'inadempimento del medico non è sufficiente ad affermarne la responsabilità per la morte del paziente, occorrendo altresì il raggiungimento della prova del nesso causale tra l'evento e la condotta inadempiente, secondo la regola della riferibilità causale dell'evento stesso all'ipotetico responsabile, la quale presuppone una valutazione nei termini del c.d. "più probabile che non"*".

Tanto premesso, si passa ora ad esaminare il caso *de quo*.

Nella soluzione della controversia si farà integrale riferimento alle conclusioni cui sono giunti i CCTTUU, dott.ssa *Persona_2* (specialista in medicina legale), dott. *Persona_3* (specialista in neurochirurgia) e dott. *Persona_4* (specialista in malattie infettive). I CCTTUU, peraltro, sono stati chiamati a rispondere alle osservazioni di parte convenuta, per cui l'accertamento peritale deve dirsi esaustivo: non residua, infatti, alcun aspetto che non sia stato sufficientemente scandagliato dai consulenti.

In primo luogo, deve ripercorrersi la storia clinica del paziente:

- In data 17.06.2017 *Persona_1* fu sottoposto ad esame radiografico della colonna lombosacrale presso il Centro Diagnostico "Città di [redacted] , con riscontro di "*accentuata […] lordosi fisiologica lombare. Minima anterolistesi di L3. Diffusi fenomeni spondilosici marginali anteriori e riduzione dello spazio intersomatico L5-S1. Sclerosi dei margini acetabolari senza significative alterazioni strutturali delle teste femorali […]*".

  In data 21.06.2017, presso lo stesso centro, il paziente si sottoponeva a RMN lombosacrale, grazie alla quale si prendeva visione di "*[…] spianamento della fisiologica lordosi. Note degenerative spondiloartrosiche e discartrosico-disidratative. In corrispondenza dello spazio intersomatico L3-L4 si apprezza ernia discale eccentrica foraminale destra in un disco globalmente protruso che contribuisce a realizzare condizioni di stenosi centrale e foraminale bilaterale, associato a degenerazione artrosico-ipertrofica interapofisaria. Coesiste grossolano frammento discale, migrato caudalmente ad impegnare il*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

recesso laterale di destra e la volta foraminale sottostante L4-L5, improntando il sacco durale ed in evidente conflitto radicolare. Protrusione discale eccentrica foraminale sinistra in un globale prolasso dell'anello fibroso a [illeggibile] impegno foraminale bilaterale sostenuto da asimmetrico globale prolasso discale associato a degenerazione artrosico-osteofitosica interapofisaria. […]".

In data 27.06.2017, il *Per_1* fu visitato dal neurochirurgo Dott. *Per_* il quale, visionati i referti degli esami strumentali eseguiti, consigliò l'esecuzione di un intervento chirurgico. Pertanto, presso la U.O. di Ortopedia e Traumatologia della [redacted] di Lecce, il paziente iniziò ad essere sottoposto agli esami preoperatori di routine.

In data 03.07.2017 furono eseguite le analisi ematochimiche, la visita ortopedica ed un esame radiografico di torace e rachide lombosacrale. In seguito al riscontro di valori elevati di γ*GT*, fu disposta l'esecuzione di una ecografia epatica in data 12.07.2017. Il paziente fu poi sottoposto a visita anestesiologica in data 18.07.2017 ed a visita fisiatrica in data 20.07.2017.

In data 31.07.2017 il *Per_1* fu ricoverato presso la predetta Casa di Cura, con diagnosi di *"voluminosa ernia discale espulsa migrata L3-L4 dx con stenosi canalare di livello"*.

In data 01.08.2017, egli fu sottoposto ad intervento di emilaminectomia destra di L4, erniectomia e microdiscectomia L3-L4, previa profilassi antibiotica e antitromboembolica con Cefazolina e Seleparina.

In data 02.08.2017, il *Per_1* appariva sudato; inoltre lamentava tremori insorti nell'apprestarsi a pranzare. All'auscultazione cardiaca, si rilevava *"extrasistole fra 60 e 45/min"*. La sintomatologia riferita andava poi incontro a risoluzione spontanea nell'arco della mattinata.

In data 03.08.2017, il paziente fu dimesso e in data 08.08.2017 e 22.08.2017, fu eseguita la medicazione della ferita chirurgica.

- In data 19.09.2017, in seguito a comparsa di sintomatologia dolorosa all'arto inferiore sinistro, il *Per_1* fu visitato dal neurochirurgo Dott. *Per_* il quale refertò quanto di seguito: *"[…] Attuale indicazione ad intervento chirurgico […]"*.

  In data 26.09.2017 il paziente fu, dunque, ricoverato presso la U.O. di Ortopedia e Traumatologia della Casa di Cura [redacted] con la seguente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

diagnosi di ammissione: *"ernia lombare + stenosi L3-L4 sn."*. Il Per_1 fu sottoposto agli accertamenti preoperatori routinari. In particolare, furono eseguite valutazione anestesiologica *("[…] Rischio anestesiologico elevato per [illeggibile] complicanze cardiologiche pz con numerose extrasistoli ventricolari […]")* e visita specialistica cardiologica (*"cardiopatia sclero-ipertensiva senile in buon equilibrio emodinamico in atto. Epatosteatosi.")*.

In data 27.09.2017 il Per_1 fu sottoposto ad intervento chirurgico di emilaminectomia sx di L3 ed erniectomia L3-L4 sx., previa profilassi antibiotica ed antitromboembolica con Ciproxin e Seleparina.

In data 28.09.2017: *"Bene emocromo. Medicazione. Ferita in ordine. […]"*. Il paziente fu dimesso in data 29.09.2017 con terapia farmacologica

In data 06.10.2017 e 11.10.2017, fu eseguita la medicazione della ferita chirurgica.

In data 22.11.2017, il Per_1 fu visitato dal neurochirurgo Dott. […] Per_6 il quale all'esame obiettivo neurologico riscontrava una grave ipotonia di entrambi gli arti inferiori. Consigliava dunque al paziente di eseguire una RMN lombosacrale ad alto campo con mezzo di contrasto. Quest'ultima fu effettuata in data 28.11.2017 presso l'Ospedale "F. [redacted] di [redacted] con il seguente esito: *"[…] a L3-L4, di laminoartrectomia destra e laminectomia sinistra; attualmente si apprezzano alterazioni erosive a carico delle limitanti somatiche contrapposte di L3 e L4 con alterazione di segnale e impregnazione dopo contrasto dei somi e del corrispondente disco (con zone di colliquazione in sede discale) come per processo spondilodiscitico; tessuto flogistico, senza aree di colliquazione, si apprezza in sede epidurale sia anteriore che laterale con estensione, posteriormente, verso la breccia chirurgica dove si circoscrive area di colliquazione in posizione mediana, a ridosso del piano sottocutaneo, del diametro di circa 18x30 mm; tessuto flogistico si apprezza a livello dei forami di coniugazione tra L3-L4 e in sede paravertebrale anteriore e laterale a ridosso dei muscoli psoas nel cui contesto si circoscrive, a destra, minuta area di colliquazione del diametro di circa 9 mm. […]"*.

Il Dott. Per_6 prendeva visione di tale referto in occasione della visita eseguita in data 01.12.2017, consigliando pertanto una valutazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

infettivologica urgente in ragione di una sospetta spondilodiscite L3-L4. Difatti, in data 05.12.2017 il Per_1 fu ricoverato presso l'U.O. di Malattie Infettive del [redacted] di [redacted]

In data 06.12.2017 fu eseguita una consulenza anestesiologica per l'impostazione di terapia antalgica, ed in data 11.12.2017 fu eseguita, presso il [redacted] di Lecce, un'agobiopsia TC guidata per l'esecuzione di un'emocoltura.

In data 13.12.2017, in seguito a consulenza ortopedica, al paziente fu prescritto l'utilizzo di un *"[…] busto lombare rigido, col quale puo iniziare ad alzarsi dal letto. […]".*

In data 15.12.2017, fu visionato il referto dell'esame emocolturale, il quale dette esito positivo per *Staphylococcus epidermidis.* Fu pertanto impostata terapia

In data 18.12.2017 il Per_1 fu sottoposto a ecocardiogramma, grazie al quale si prese visione di *"[…] Calibro radice aortica ai limiti alti. […] si segnala a carico della cuspide non coronarica immagine eco densa, poco organizzata che pone problema di diagnosi differenziale con fenomeno degenerativo sclerotico e la cui natura andrebbe approfondita con ete. […]".*

In data 20.12.2017, fu visionato il referto dell'esame citologico daagoaspirazione NAS (eseguito presso il [redacted], il quale risultò negativo per la presenza di cellule tumorali maligne.

In data 22.12.2017 il Per_1 fu sottoposto ad ecocardiogramma transesofageo in ragione di una sospetta endocardite valvolare. Si repertò *"[…] assenza di evidenti vegetazioni endocarditiche a carico dei principali apparati valvolari. Calcificazione lieve della cuspide aortica non coronarica. Aorta toracica indenne da lesioni evidenti*".

In data 27.12.2017 il paziente fu dimesso con la seguente diagnosi di dimissione: *"spondilodiscite L3-L4 (da Staphylococcus Epidermidis) in esiti di intervento per ernia discale (01.08.2017 e 27.09.2017). Ipertensione arteriosa*". Fu inoltre raccomandato rigoroso riposo e la prosecuzione della terapia (a base di Cotrimoxazolo, Enoxaparina e Paracetamolo) in ambiente domiciliare.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

In data 03.01.2018, il Per_1 fu visitato dall'ortopedico Dott. Per_7 il quale refertò quanto segue: "*Spondilodiscite L3-L4 in trattamento. Al momento, sotto terapia antibiotica, come da indicazione infettivologica. Lamenta essenzialmente dolore specialmente in posizione eretta, meno da sdraiato. […]*".

In data 07.02.2018 fu eseguita, presso il Centro Diagnostico "Città di [redacted], una RMN della colonna lombosacrale, che obiettivò la presenza di *"[…] Rimaneggiamento morfologico su base flogistica con deformazione a cuneo dei metameri L3-L4 con interposizione di piu sottile disco intersomatico che esibisce residua raccolta fluida a terzo anteriore nell'ambito di discite. Persiste diffusa alterazione di segnale a significato edemigeno della spongiosa intertrabecolare somatica ai suddetti livelli. Meno estesa alterazione di segnale ad analogo significato nel contesto dei tessuti molli paravertebrali posteriori con prevalente lateralita sx nel tratto L4-S1. Per quanto possibile osservare nei limiti di campo magnetico adottato e senza somministrazione di* Firmato Da: Persona_2 Emesso Da: INFOCAMERE QUALIFIED ELECTRONIC SIGNATURE CA Serial#: 10200f*mdc, sembra apprezzarsi meno estesa componente tissutale a significato flogistico, a distribuzione paravertebrale antero-laterale, ai suddetti livelli. […]".*

Riportati i passaggi fondamentali della storia clinica del paziente, per ciò che in questa sede rileva, si procede all'esame del merito della vicenda.

Nella comparsa di costituzione e risposta, la convenuta ha rilevato di aver osservato i protocolli in tema di prevenzione dalle infezioni e ha sostenuto, inoltre, che il germe responsabile dell'infezione – lo *staphylococcus epidermidis* – sia un comune saprofita della cute, non tipico delle infezioni ospedaliere, pertanto non eliminabile con le procedure di sterilizzazione dei ferri chirurgici e dello strumentario occorrente per l'intervento, né rinvenibile sulla teleria monouso impiegata. Pertanto, parte convenuta ha concluso per la non riconducibilità eziologica dell'evento infettivo alla prestazione medica fornita.

Ciò premesso, deve evidenziarsi come i CCTTUU abbiano constatato alcune criticità in ordine agli esami clinico-diagnostici strumentali all'accertamento della spondilodiscite L-3 L-4 (da *staphylococcus epidermidis*). Al riguardo, infatti, è stato sottolineato che, nella pratica clinica e sulla base di una solida letteratura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

scientifica, l'accertamento in discussione postula il riscontro di almeno due emocolture positive intervallate da un arco temporale non inferiore a un'ora ("*un'unica emocoltura positiva per germi "Stafilococchi coagulasi-negativi", tra i quali è compreso s. epidermidis, non risulta sufficiente per porre diagnosi eziologica certa di batteriemia: risulta necessario, infatti, il riscontro di almeno due emocolture positive, eseguite a distanza di almeno un'ora l'una dall'altra, ma anche che gli antibiogrammi ad esse relativi siano identici per specie isolata e sensibilità agli antibiotici*"; cfr. relazione CTU, pag. 63).

Hanno aggiunto inoltre i CCTTUU che, su un piano squisitamente scientifico, non può predicarsi una distinzione netta tra germi ospedalieri e germi comunitari, tale da assurgere a criterio discretivo tra infezioni nosocomiali e infezioni indipendenti dal contesto ospedaliero e/o dall'assistenza, come parte convenuta sembra invece sostenere. Difatti, come chiarito dagli stessi consulenti, la riconduzione di un evento infettivo all'attività medica avviene sulla base di criteri logico-deduttivi, quali "*i tempi di insorgenza rispetto all'accesso del paziente presso un ospedale o una Casa di Cura, ovvero all'essere stato sottoposto a tecniche invasive o chirurgiche* […] *la sensibilità o la resistenza di una determinata specie batterica a particolari antibiotici* (cfr. relazione CTU, pag. 63).

Sulla scorta di ciò, considerato che il ceppo *staphylococcus epidermidis* presenta una resistenza alla oxacillina, usualmente associata dall'uso di antibiotici, frequente nei contesti ospedalieri; osservata la corrispondenza topografica dell'infezione con la sede anatomica oggetto d'intervento chirurgico; valutato l'esiguo lasso di tempo intercorso tra la data dell'intervento e l'esordio dell'infezione, reputa il Tribunale che, in ossequio al parametro del più probabile che non, la spondilodiscite derivata al *Per_1* sia una patologia legata all'assistenza medica, come peraltro sostenuto dai CCTTUU nella relazione versata in atti ("*la spondilodiscite derivata al Per_1 sarebbe da considerare, con elevata probabilità logico-scientifica, una patologia legata all'assistenza*", cfr. relazione CTU, pag. 64)

Le osservazioni mosse da parte convenuta alla relazione dei CCTTUU consentono al Tribunale di meglio precisare le ragioni della decisione.

Al riguardo, alla luce della documentazione prodotta e versata in atti (schede di registrazione e documentazione della sterilizzazione giornaliera presenti in cartella clinica; protocollo interno contenente norme comportamentali per il contenimento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

del rischio infettivo; contratti per l'affidamento del servizio di monitoraggio ambientale e microbiologico delle sale operatorie) i consulenti tecnici hanno sottolineato il rispetto da parte della convenuta di norme operative e comportamentali volte alla riduzione del rischio infettivo, nonché l'impiego di materiale sterile e l'impostazione di una corretta profilassi pre e post-operatoria.
Al riguardo deve però segnalarsi che, secondo la giurisprudenza della Suprema Corte, grava sulla struttura medica un onere probatorio nettamente più ampio, dovendo anche indicare le modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria nonché di smaltimento dei rifiuti solidi e liquami; le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione dei cibi; le modalità di preparazione, conservazione e uso dei disinfettanti; l'indicazione dei criteri di controllo e limitazione dell'accesso ai visitatori; la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; la redazione di un report da parte della direzione dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni sentinella; l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio (Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 6386 del 2023).
Ebbene, la documentazione prodotta da parte convenuta e l'escussione dei testi non hanno esaurito con pienezza l'ampio onere probatorio per come delimitato dalla giurisprudenza di legittimità.
Ciò nonostante, sulla scorta delle suddette difese, parte convenuta ha contestato la natura oggettiva della responsabilità gravante sulla struttura, così qualificata dai CCTTUU (qualificazione che non compete loro e che esonda i limiti dell'incarico tecnico conferitogli), adducendo che il rispetto delle misure preventive dettate dalle linee guida in tema di profilassi ospedaliera è tale da escludere ogni profilo di colpa.
Ebbene, osserva il Tribunale che il regime ordinario di responsabilità da inadempimento ex art. 1218 cc. - cui la materia è informata - pone a carico del debitore un preciso onere probatorio, che non può essere assolto mediante l'affermazione, generica e apodittica, di aver adottato misure volte a scongiurare l'inadempimento, dovendo invece egli provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (cfr. Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 28991 del 11.11.2019).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

Coerentemente, in tema di risarcimento del danno da infezione cd. nosocomiale, si è detto che "*grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente,* ***l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato***" (Cass. Civ., Sez. 3, ordinanza n. 5490 del 22/02/2023; conforme a n. 10592 del 2021, n. 10050 del 2022).

Per le ragioni sopra evidenziate, si riconosce e dichiara la responsabilità della struttura convenuta nella determinazione del danno patito dal *Per_1* .

Accertato l'an, si procede alla determinazione del quantum.

Anzitutto, si premette che la risposta resa dai CCTTUU è completa, pertinente e dettagliatamente redatta, con riferimento tanto alla letteratura medica quanto alla storia e alla documentazione clinica del *Per_1* .

Per tali ragioni, si condividono le conclusioni cui sono giunti i CCTTUU, per i quali occorre "*riconoscere un maggior danno stimabile nella misura del 5%, da collocarsi tra il 7% (identificabile nell'esito anatomo-disfunzionale idealmente strutturantesi a seguito degli interventi neurochirurgici specificamente eseguiti nel caso in esame, peraltro in maniera tecnicamente adeguata) ed il 12% (identificabile nell'esito anatomo-disfunzionale concretamente strutturatosi a seguito dello sviluppo di una spondilodiscite lombare post-chirurgica)*"

Nella determinazione del danno patito dal *Per_1* deve poi tenersi conto della circostanza che lo stesso è [redacted] a distanza di due anni dalla verificazione del danno e per cause da esso indipendenti.

La circostanza impone la liquidazione del danno non già con riferimento alla durata presumibile della vita, ma alla durata effettiva della vita del danneggiato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

Il criterio in esame, fatto proprio dalle più recenti Tabelle del Tribunale di Milano, è indubbiamente l'unico in grado di garantire al danneggiato un ristoro del pregiudizio realmente subito.

Le Tabelle del Tribunale di Milano servono infatti per garantire un riferimento omogeneo nella liquidazione necessariamente equitativa del danno non patrimoniale e indicano criteri chiari e il più possibile oggettivi per la guida del giudicante. Nel caso di danneggiato deceduto prima della liquidazione, quindi, non può certamente ritenersi applicabile il criterio della durata presumibile della vita, in quanto la durata della vita del danneggiato è in questa ipotesi reale ed effettiva e non già presumibile.

Le Tabelle del Tribunale di Milano, inoltre, sono state redatte con studio accorto di ogni sfaccettatura, hanno valorizzato il maggior peso del danno in caso di morte sopravvenuta nel primo o nei primi due anni dal sinistro e hanno consentito un'ulteriore personalizzazione, alla luce delle circostanze che possono verificarsi nel caso concreto. Il ristoro, dunque, è equo e non arbitrario, in quanto legato alle caratteristiche specifiche della compromissione subita dal danneggiato.

Per esplicitare ulteriormente il concetto, va chiarito che la liquidazione standard delle Tabelle del Tribunale di Milano è compiuta presumendo la durata della vita del *Per_1* in anni 100.

È invece documentale che il *Per_1* è deceduto all'età di 80 anni, per cui una liquidazione del danno compiuta presumendo una vita da centenario sarebbe in aperto e stridente contrasto con la realtà, e importerebbe una locupletazione, con finzione di sopravvivenza di 20 anni.

Ciò posto, avendo i CCTTUU accertato un maggior danno stimabile nella misura del 5%, da collocarsi tra il 7% ed il 12%, ed essendo il *Per_1* deceduto a distanza di due anni dalla sua verificazione, si tratta di un danno differenziale intermittente.

Sicché, in applicazione delle Tabelle di Milano aggiornate alla data odierna, si avrà:

- valore del punto per un'invalidità al 12% in caso di morte a distanza di due anni dalla verificazione della lesione: € 3.296,00; moltiplicato per 12: tot € 39.552,00
- valore del punto per un'invalidità al 7% in caso di morte a distanza di due anni dalla verificazione della lesione: € 1.380,00; moltiplicato per 12: tot € 16.560,00

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

- € 39.552,00 - € 16.560,00 = **€ 22.992,00**

Ritiene il Tribunale che non possa riconoscersi l'incremento risarcitorio chiesto a titolo di personalizzazione, in ragione del fatto che la parte non ha dimostrato uno specifico danno legato alle abitudini della sua esistenza, come richiesto dalla giurisprudenza di legittimità. Infatti, l'escussione dei testi, avvenuta all'udienza del 21.09.2023, si è sostanziata in esternazioni generiche e apodittiche inerenti alla supposta attività sportiva praticata dal *de cuius* (specificamente, attività di palestra), senza che tale attività sia stata indicata in ricorso e senza il riscontro di un atto di iscrizione o di fatture, facilmente reperibili. Né d'altro canto può riconoscersi valenza alle deposizioni dei testi nella parte in cui fanno riferimento all'autonomia e all'autosufficienza del *Per_1*, o alle sue interazioni sociali, aspetti certamente compromessi dall'evento lesivo ma già contemplati, sul piano risarcitorio, nel solco della prospettiva unitaria del danno. Com'è noto, infatti, il risarcimento include già la componente morale, esistenziale e relazionale connesse all'inabilità riportata dal danneggiato, perché le Tabelle di Milano aderiscono alla liquidazione omnicomprensiva e unitaria del danno non patrimoniale, non limitandosi alla stima del mero danno biologico.

La personalizzazione, invece, come indica la parola stessa, è possibile solo ove la parti dimostri uno specifico danno legato alle abitudini peculiari della sua esistenza, specificità che nel caso di specie non può ritenersi provata.

Va evidenziato che in ricorso la parte ha indicato, quale richiesta di personalizzazione, le seguenti circostanze: "*la gravità della sofferenza e della piena consapevolezza di aver contratto in ambito ospedaliero l'infezione, con la conseguente afflizione e sconvolgimento anche dell'ultimo periodo della vita, stante la notevole difficoltà a mantenere la stazione eretta protratta e la possibilità di deambulare solo per brevi tratti e con l'ausilio di un deambulatore; … l'ulteriore locus minoris resistantiae che ha condizionato sensibilmente le autonomie del* *Per_1* *[…]*, *come accertato dal CTP dott.* *Per_8* .

Come è evidente, in ricorso nessun riferimento è stato compiuto alle attività ludiche eventualmente svolte dal *Per_1* prima dell'infortunio, con la conseguenza che le prove orali si sono concentrate su elementi non tempestivamente allegati. Va aggiunto che gli elementi indicati in ricorso sono strettamente connessi al danno biologico accertato e sono già incluse nelle Tabelle del Tribunale di Milano.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

La giurisprudenza richiamata da parte ricorrente è infatti condivisa, ma richiede alla parte l'onere di provare un quid pluris, che sia ulteriore rispetto a quanto ordinariamente riferibile al soggetto che riporti il danno biologico accertato (elementi specifici e propri del danneggiato, diversi e ulteriori rispetto a quelli patiti da tutti coloro che si trovano nelle medesime condizioni).

Mancando allegazione e prova di tali elementi, nulla spetta a titolo di personalizzazione.

Al danno non patrimoniale da IP come quantificato si aggiunge il danno da IT, indicato dai CCTTUU, come di seguito calcolato:

Punto base I.T.T. € 115,00

Giorni di invalidità temporanea parziale al 50% 23

Giorni di invalidità temporanea parziale al 25% 60

Invalidità temporanea parziale al 50% € 1.322,50

Invalidità temporanea parziale al 25% € 1.725,00

Totale danno biologico temporaneo € 3.047,5

Gli importi sopra indicati, per danno non patrimoniale permanente e temporaneo, sono calcolati ad oggi. Essi vanno maggiorati solo di interessi legali, dalla data odierna al soddisfo. Tali importi vanno poi devalutati alla data dell'evento e di anno in anno rivalutati secondo l'indice ISTAT, con maggiorazione di interessi legali sulle somme di anno in anno rivalutate, dalla data dell'evento a quella odierna.

La *Per_1* ha chiesto inoltre il risarcimento del danno da spese mediche.

Tali spese sono state esaminate dal Tribunale con l'ausilio dei CCTTUU e si ritengono riconducibili all'evento lesivo (per visite, esami, terapie, etc.) per un totale di **€ 2.963,76**. Non si riconoscono le spese farmaceutiche perché, non essendo indicato il nome dei farmaci, non si può ritenere provato il nesso di causalità rispetto all'evento stesso.

Tali voci vanno rivalutate, dall'esborso alla data odierna, con maggiorazione di interessi come indicato nel punto precedente.

Le spese di lite di parte attrice sono poste a carico di parte convenuta in ossequio al principio della soccombenza e sono liquidate in importo compreso tra il minimo e il medio, in quanto il danno liquidato si colloca in prossimità del valore minimo dello scaglione. Le spese di CTU sono poste in via definitiva a carico di parte convenuta, soccombente.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

P.Q.M.

Il Tribunale di Lecce, definitivamente pronunciando nella causa NRG 6059/2022, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa:

1. Accertato e dichiarato che l'infezione da spondilodiscite patita da *Per_1* *[...]* è da attribuire a responsabilità della struttura [redacted], condanna la [redacted] *CP_2* titolare della struttura – in persona del Presidente del Consiglio di Amministrazione e legale rappresentante p.t. - al risarcimento del danno in favore dell'attrice, liquidato in **€ 22.992,00** a titolo di danno non patrimoniale permanente, **€ 3.047,5** a titolo di danno non patrimoniale temporaneo, **€ 2.963,76** per refusione delle spese mediche sostenute, oltre accessori come in parte motiva;
2. Condanna parte convenuta alla refusione delle spese di lite in favore dell'attrice per il giudizio di merito, liquidate in € 7.616,00 per compenso, oltre a rimborso spese generali, € 565,40 per contributo unificato, IVA e CPA come per legge;
3. Condanna parte convenuta alla refusione delle spese di ATP in favore di parte attrice, liquidate in € 535,00 per c.u., 2.00,00 per compenso, oltre rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge.
4. Pone le spese di CTU in via definitiva a carico di parte convenuta.

Lecce, 07.02.2025

IL GIUDICE
Dott.ssa Viviana Mele

Provvedimento redatto su bozza predisposta dal magistrato ordinario in tirocinio dott. [redacted] sotto la supervisione del magistrato affidatario dott.ssa Viviana Mele.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-552