REPUBBLICA ITALIANA

Il Tribunale Ordinario di Milano

SEZIONE PRIMA CIVILE

in persona del giudice dott. Andrea Manlio Borrelli, pronuncia

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado

iscritta al **n. 61066/2019 R.G.**

promossa da:

Parte_1 (c.f. *C.F._1*, rappresentata e difesa dagli Avv.ti [redacted] (c.f. *C.F._2*) e [redacted] (c.f. *C.F._3*, elettivamente domiciliata presso l'Avv. [redacted] in Castiglione d'Adda, [redacted] – PEC: *Email_1* – *Email_2*;

-attrice-

contro

Controparte_1 (c.f./p.IVA *P.IVA_1*), con sede in Milano, [redacted] in persona del Direttore Generale Dott. *CP_2* *[...]*, rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] (c.f.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

C.F._4) presso il quale è elettivamente [redacted] - PEC: *Email_3* ;

e

Parte_2 (c.f. *C.F._5*), rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] (c.f. *C.F._6*) presso il quale è elettivamente domiciliato in [redacted] (PV), [redacted] - PEC: *Email_4* ;

-convenuti-

con atto di citazione notificato il giorno 9.12.2019 a *CP_1* e l'11.12.2019 a *Parte_2* ;

nonché contro

Controparte_3 c.f. *P.IVA_2* – p.IVA *P.IVA_3*), con sede legale in Bologna, [redacted] in persona del procuratore Dott. *[...]* *Controparte_4* rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] (c.f. *C.F._7*), presso il quale è elettivamente [redacted] - PEC: *Email_5* ;

e

CP_5 *Parte_3* (c.f. *P.IVA_4*), con sede legale in *Pt_3* [redacted] in persona del Direttore Generale e rappresentante legale *pro tempore*, Ing. *CP_6* , rappresentata e difesa dagli Avv.ti [redacted] (c.f. *C.F._8*) e [redacted] (c.f. *C.F._9*), elettivamente domiciliata presso quest'ultima in *Pt_3* [redacted] Ufficio Affari Legali dell' *Parte_4* [redacted] - PEC: *Email_6* - *Email_7* ;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

- terze chiamate -

avente a oggetto: risarcimento del danno da lesione del bene salute e del diritto all'autodeterminazione terapeutica.

Conclusioni dell'attrice *Parte_5* **:**

<<Voglia il Tribunale di Milano, disattesa ogni contraria istanza, così giudicare, intendendosi la domanda originaria dell'attrice estesa a qualsiasi terzo chiamato cui la stessa possa estendersi:

I. ACCERTARE E DICHIARARE che il danno per cui è causa, occorso alla Signora *Parte_1* è avvenuto per fatto e/o azione e/o omissione, causa e/o colpa – esclusive o concorrenti - degli operatori dell' *Controparte_1* *[...]* (salva modifica della denominazione e/o struttura societaria avvenuta *medio tempore)*;

II. ACCERTARE E DICHIARARE che il danno occorso alla Signora *[...]* *Parte_1* per cui è causa è avvenuto per fatto e/o azione e/o omissione, causa e/o colpa – del Dottor *Parte_2*

III. CONDANNARE per l'effetto in via solidale o, in subordine, parziaria, alternativa o esclusiva, l' *Controparte_1* (salva modifica della denominazione e/o struttura societaria avvenuta *medio tempore), in persona del legale rappresentante protempore,* e il Dottor *Parte_2* e ogni altro chiamato in giudizio al quale la domanda dell'attrice possa essere estesa al risarcimento, a favore dell'attrice, del danno patrimoniale e/o non patrimoniale alla stessa occorso, nella misura che risulterà in corso di causa anche mediante ricorso a riferimenti tabellari o a criteri di natura equitativa;

IV. CON VITTORIA DI SPESE, COMPETENZE E ONORARI DI GIUDIZIO.

Si richiede ammettersi CTU, laddove i risultati della consulenza operata in sede di ATP vengano nel merito contestati, al fine di:

- accertare il nesso causale fra:

A. il danno occorso alla Signora *Parte_1* e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

B. la sequenza di eventi rappresentata da:

 mancato risultato dell'intervento chirurgico,

 infezione contratta in ambiente ospedaliero,

 mancata rimozione della protesi infetta,

 ogni altro evento dei risulti causalmente correlato all'esito;

- quantificare l'incidenza del danno permanente e temporaneo sulla vita personale e di relazione e, quindi, il danno alla persona e alla salute (ivi inclusa l'incidenza sulla capacità lavorativa) indicando un livello di personalizzazione che tenga conto del fattore estetico, della visibilità delle lesioni e di ogni altro aspetto incidente sulla vita di relazione e il vissuto psichico e psicologico della paziente;

- accertare e valutare ogni altra circostanza rilevante ai fini della individuazione delle responsabilità degli operatori sanitari e della struttura ospedaliera, al fine di valutare l'evitabilità dell'evento in relazione alla tipologia dell'intervento, la conseguente colpa e/o responsabilità dell'operatore sanitario o degli operatori sanitari dei quali la struttura deve rispondere e il grado di essa>>.

Conclusioni del convenuto *Controparte_7*

<<IN VIA PRINCIPALE, rigettare tutte le domande formulate dalla sig.ra *[...]* *Parte_1* perché infondate in fatto ed in diritto;

IN OGNI CASO accertare e dichiarare che l' *Controparte_1* a assolto in maniera puntuale e corretta ad ogni obbligo di natura alberghiera, di natura organizzativa e di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e di tutte le attrezzature necessarie al fine di consentire al dott. *Parte_2* *[...]* di profondere le migliore dei modi la propria arte medica e di prestare le proprie cure in maniera diligente e corretta a beneficio della sig.ra *Parte_1*

IN VIA SUBORDINATA, e solo nel caso in cui l'On.le Tribunale, pur in totale assenza di qualsiasi profilo di colpa della struttura sanitaria, tuttavia ne affermi la responsabilità solidale alla causazione dell'evento materiale, previa individuazione delle rispettive quote di responsabilità, esclusive e/o in concorrenza ritenere l' *Controparte_8* *[...]*, in p.na del legale rapp.te e direttore generale p.t., c.f.:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

P.IVA_4 – *Controparte_9* e il Dott. *Parte_2* *[...]*, c.f.: *C.F._5*, in via solidale e/o alternativa in ogni caso ciascuno per la propria quota di responsabilità, responsabili dei danni patiti e riconosciuti alla Sig.ra *Parte_5*, e di conseguenza dichiarare l' *Controparte_8* *[...]*, in p.na del legale rapp.te e direttore generale p.t., c.f.: *P.IVA_4* – *Controparte_9* ai sensi degli artt. 1298, 1299 e 2055 c.c. e il Dott. *Parte_2* c.f.: *C.F._5*, ai sensi degli artt. 1298, 1299 e 2055 c.c. e/o in virtù dell'obbligo di manleva assunto con il contratto di collaborazione libero professionale, obbligati a tenere indenne e a manlevare integralmente, o nella diversa misura che risulterà all'esito del giudizio, l' *[...]* *Parte_6* da ogni somma che il medesimo ente ospedaliero dovesse essere tenuto a versare in seguito alle domande avanzate dalla signora *Parte_5* *[...]* e pertanto, CONDANNARE l' *Controparte_8* *[...]*, in p.na del legale rapp.te e direttore generale p.t., c.f.: *P.IVA_4* – *Controparte_9* e il Dott. *Parte_2* *[...]*, c.f. *C.F._5* a RIFONDERE direttamente all'attrice quanto dovuto, nonché a RESTITUIRE quanto l'ente ospedaliero fosse tenuto a pagare in seguito alle domande avanzate da parte attrice, per vincoli di solidarietà;

A precisazione della domanda, si chiede di accertare e dichiarare rigorosamente gli effettivi danni patiti da parte attrice secondo congruità e giustizia, riconoscere il risarcimento dei danni da liquidarsi nella misura che sarà ritenuta di giustizia, in ogni caso contenere le pretese di controparte riconoscendo il comportamento negligente tenuto dalla sig.ra *Parte_5* e dunque, il suo concorso di colpa nella produzione dell'evento dannoso per cui è lite, in misura rilevante e prevalente.

Spese e competenze del giudizio per legge>>.

Conclusioni del convenuto *Parte_2*

<<In via preliminare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

• accertare e dichiarare la nullità dell'Atto di citazione ai sensi dell'art. 164 comma IV stante l'assoluta incertezza circa la determinazione della cosa oggetto della domanda nonché degli elementi di diritto costituenti le ragioni della domanda e delle relative conclusioni;

• accertare e dichiarare l'improcedibilità della domanda di risarcimento formulata da parte della signora *Parte_5* nei confronti del dott. *Parte_2* *[...]* per violazione dell'art. 8 della Legge 8 marzo 2017, n.24 per non aver parte attrice promosso nei confronti del medesimo dott. *Parte_2* né il ricorso ex art. 696 bis c.p.c. né la procedura di mediazione ex art. 5 comma 1bis del D.Lgs 4 marzo 2010, n.28;

• accertare e dichiarare l'improcedibilità della domanda di risarcimento formulata da parte della signora *Parte_5* per violazione dei termini di cui all'art. 8 comma III della Legge 8 marzo 2017, n.24 per non aver parte attrice promosso l'azione di merito nel termine di 90 giorni previsti dalla normativa;

• accertare e dichiarare l'intervenuta prescrizione del diritto della Sig.ra *Parte_5* *[...]* a domandare il risarcimento dei danni nei confronti del Dott. *[...]* *Parte_2* atteso il decorso del termine quinquennale di cui all'art. 2947 comma I c.c.;

• accertare e dichiarare l'improcedibilità della domanda di manleva, rivalsa e regresso formulata da parte degli *Controparte_1* Non essendosi ancora avverata la condizione di cui all'art. 9 comma II della Legge 8 marzo 2017, n.24 per non aver detto Istituto ancora risarcito il presunto danno in favore dell'Attrice;

In via principale

• respingere tutte le domande formulate dall'odierna attrice nonché dalle altre parti nei confronti del dott. *Parte_2*, comprese domande di manleva, regresso e rivalsa, perché infondate in fatto e in diritto per i motivi di cui al corpo dell'atto;

In subordine

• Nella denegata ipotesi di accertamento di responsabilità del Dott. *Parte_2* *[...]* nella causazione dei danni lamentati da parte attrice, dichiarare non dovuto alcun risarcimento in conseguenza della condotta colposa tenuta da parte della attrice, ex art. 1227 comma II c.c.;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

◦ nelle denegata ipotesi di accertamento di responsabilità del Dott. *Parte_2* *[...]* nella causazione dei danni lamentati da parte attrice, diminuire, ai sensi dell'art. 1227 c.c., l'importo dovuto a titolo di risarcimento per concorso colposo della attrice nella causazione dei danni medesimi per i motivi di cui al corpo dell'atto;

In subordine e in ogni caso

• nella denegata ipotesi di accertamento di responsabilità del Dott. *Parte_2* *[...]* nella causazione dei danni lamentati dall'attrice, condannare la terza chiamata *Controparte_3* (già *Controparte_10* , a manlevare e mantenere indenne il medesimo Dott. *Parte_2* nei limiti di operatività della polizza numero [redacted] (precedentemente indicata quale polizza n [redacted] e, quindi, condannare la medesima *Controparte_3* (già *Controparte_10* a rifondere al Dott. *Parte_2* quanto questi sarà eventualmente tenuto a pagare.

In ogni caso

• con vittoria di spese e compensi per le prestazioni professionali, oltre i.v.a., c.p.a. e spese generali nella misura del 15%.>>.

Conclusioni della terza chiamata *Controparte_3*

<<Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, *contrariis reiectis*, previe le più opportune e necessarie declaratorie di rito e di merito, così giudicare:

In via principale e di merito: respingersi, per i motivi indicati in narrativa, le domande proposte dalla sig.ra *Parte_5* nei confronti del dott. *Parte_2* *[...]* , in quanto infondate in fatto ed in diritto e, per l'effetto, respingersi la domanda di manleva da quest'ultimo avanzata nei confronti di *Controparte_3* *[...]*

In via subordinata e nel merito: nella denegata e non creduta ipotesi di accertamento di un qualche profilo di responsabilità in capo al dott. *Parte_2* , dichiarare tenuta *Controparte_3* a manlevare quest'ultimo nei limiti di operatività della polizza e tenuto conto dello scoperto contrattuale a carico dell'assicurato;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

In via istruttoria: si chiede disporsi CTU medico legale volta ad accertare la sussistenza di profili di responsabilità in capo al dott. *Parte_2* nonché, eventualmente, l'entità dei postumi riportati dall'attrice in conseguenza dei fatti per cui è causa;
In ogni caso: con vittoria di spese, diritti ed onorari oltre accessori come per legge>>.

Conclusioni della terza chiamata *Parte_4* **di** *Pt_3*

<<Voglia l'Ecc.mo Tribunale adìto, ogni contraria istanza, azione ed eccezione reietta:
- in via preliminare nel rito, accertare e/o dichiarare la nullità dell'atto di citazione per chiamata in causa di terzo ai sensi del combinato disposto degli artt. 163 e 164 c.p.c.;
- in via principale nel merito, respingere integralmente le domande attoree e, in ogni caso, tutte le domande formulate nei confronti dell' *Parte_7* perché improcedibili, inammissibili, nulle e comunque infondate in fatto e in diritto;
- in via subordinata nel merito, nella denegata e scongiurata ipotesi di accoglimento totale o parziale delle domande attoree e di quelle svolte dall' *CP_1* convenuto nei confronti della terza chiamata, accertare il diverso grado di colpa e la diversa efficienza causale dei comportamenti rispettivamente tenuti dai medici dell' *Parte_6* di Milano [redacted] dal dott. *Parte_2* e dai medici dell' *Parte_7* *[...]* provvedendo altresì alla ripartizione *pro-quota*, tra i corresponsabili, dei danni eventualmente riconosciuti in favore dell'attrice, e condannando conseguentemente l' *CP_1* di Milano e/o il dott. *Parte_2*, ai sensi degli articoli 1299 e/o 2055 c.c., a manlevare e tenere indenne l' *Parte_7* in relazione ad eventuali somme che quest'ultima dovesse essere tenuta a corrispondere all'attrice in virtù del vincolo di solidarietà.
In ogni caso, con vittoria di spese e compensi di giudizio.
In via istruttoria, rilevata l'inutilizzabilità della *Pt_8* TU espletata nella fase preventiva in quanto non opponibile all' *Parte_4* di *Pt_3* che non vi ha partecipato, rimettere la causa in istruttoria e disporre nuova RELAZ. CTU medicolegale finalizzata a valutare la correttezza e adeguatezza dell'operato di tutti i sanitari coinvolti nella vicenda, nominando conseguentemente periti diversi da quelli già designati nell'A.T.P. e incaricandoli altresì di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

accertare, nella denegata ipotesi in cui dovessero essere ravvisati errori, il diverso grado di colpa e la diversa efficacia causale dell'operato di ciascuno>>.

Concisa esposizione delle RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

A sensi degli artt. 132 secondo comma n. 4 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c. la motivazione della sentenza consiste nella succinta esposizione dei fatti rilevanti della causa e delle ragioni giuridiche della decisione, anche con riferimento a precedenti conformi.

L'esame delle questioni seguirà il criterio della *ragione più liquida* (Cass. SU 8.5.2014 n. 9936, Cass. 28.5.2014 n. 12002, Cass. 19.8.2016 n. 17214, Cass. 21.1.2018 ord. n. 30100, Cass. 9.1.2019 ord. n. 363): ciò è a dire che, in considerazione delle esigenze di economia processuale e di celerità del giudizio, la causa sarà decisa sulla base della questione di più agevole soluzione, ancorché subordinata sul piano della logica giuridica.

*

Con l'atto di citazione introduttivo del presente giudizio, che ha fatto seguito al procedimento di consulenza tecnica preventiva a fini di composizione della lite *ex* art. 696 *bis* c.p.c. R.G. n. 49644/17, la Signora *Parte_5* ha chiamato in giudizio innanzi al Tribunale di Milano l' *Controparte_11* e il Dott. *[...]* *Parte_2* chiedendone la condanna al risarcimento dei danni patiti in seguito alle prestazioni medico – chirurgiche rese all'attrice dall'*equipe* operatoria diretta dal Dott. *Pt_2* *[...]* di *CP_1*, a partire dal primo ricovero del 3.6.2013, cui sono seguiti ulteriori ricoveri e interventi chirurgici, avvenuti sempre sotto la direzione del medesimo sanitario.
L'attrice asserisce che, in occasione dell'intervento chirurgico del novembre 2013, presso la predetta struttura, ebbe a contrarre infezione da *staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA); che l'infezione venne trattata per lungo periodo con terapia antibiotica inadeguata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

e risultata inefficace; di non essere mai stata sottoposta a una revisione approfondita della ferita e che - nel corso dell'intervento eseguito il 14.1.2014 – è stata rimossa solo parte della protesi infetta (benderella gastrica).

La convenuta *Controparte_12* costituitasi con comparsa di risposta depositata (con modalità telematica) il 28.4.2020, contesta le pretese attoree sia in ordine all'*an*, escludendo che al personale sanitario della struttura convenuta sia ascrivibile negligenza, imprudenza o imperizia, sia in ordine al *quantum*.
Chiede quindi respingersi le domande proposte da *Parte_5*, formula richiesta di chiamata in causa dell' *Parte_4* *CP_9* alla quale ritiene eventualmente imputabili i danni lamentati dall'attrice, e propone domanda di "manleva contrattuale" e regresso nei confronti dell'altro convenuto, Dott. *Parte_2*.

Questi, costituitosi con comparsa di risposta 8.10.2020, eccepisce l'improcedibilità della domanda nei suoi confronti proposta, in primo luogo per essere stato il procedimento di consulenza tecnica preventiva *ex* art. 696 *bis* c.p.c. R.G. n. 49644/17 instaurato solo nei confronti dell' *Parte_6* e per essere stato, il Dott. *Parte_2*, chiamato a partecipare a procedimento di mediazione non già dall'attrice, ma da *CP_1* (sulla base del rapporto contrattuale liberoprofessionale). In secondo luogo sostiene che l'improcedibilità della domanda sia derivata dal decorso dei termini di cui all'art. 8 co. 3 L. 8 marzo 2017 n.24. Inoltre, nel merito, eccepisce l'intervenuta prescrizione (quinquennale) del diritto al risarcimento dei danni nei confronti del *Parte_2*. Osserva di avere operato, per quanto di sua competenza, nel rispetto di tutte le norme e le linee guida relative all'asepsi in sala operatoria e di avere verificato in cartella clinica che fossero state eseguite le procedure standard per la sterilizzazione della sala operatoria e degli strumenti. Inoltre deduce di avere deciso, in modo corretto ed esente da censure, di non rimuovere l'intera protesi, al fine di scongiurare il rischio di danneggiamento e perforazione dell'intestino della paziente. Segnala che nel modulo di consenso informato sottoscritto dalla Sig.ra *Parte_5* è indicata proprio la possibilità alternativa di "By pass gastrico" o di "Posizionamento Bendarella", da ciò dovendosi ricavare che l'attrice "era ben conscia del fatto che il Dott. *Parte_2*,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

durante l'intervento chirurgico, avrebbe potuto optare per un intervento in luogo dell'altro". In ogni caso eccepisce un concorso di colpa (*ex* art. 1227 c.c,) della *Parte_5* , per non essersi attenuta alla prescrizione di presentarsi dopo 10 giorni per una rivalutazione della ferita (presentandosi solo dopo 24 giorni).

Con riguardo alla domanda di "manleva e regresso" di *CP_1* nei confronti del sanitario, questi osserva che la causa dei danni lamentati dall'attrice è da ravvisare nell'infezione nosocomiale, la cui responsabilità è da attribuire esclusivamente all'organizzazione interna della struttura, il chirurgo operatore non potendo essere responsabile del mancato rispetto delle norme e delle linee guida da parte dell'ospedale o di altri dipendenti di quest'ultimo. Inoltre segnala che, per l'art. 9 co. 1 L. 8 marzo 2017 n.24, «L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave».

Contestato anche il *quantum* della pretesa attorea il convenuto *Parte_2* , autorizzato a chiamare in causa il terzo assicuratore *Controparte_3* (già *CP_10* *[...]* , chiede accogliersi le conclusioni trascritte in epigrafe.

Parte_7 *Pt_3* costituitasi con comparsa di riposta depositata il 12.1.2021, rileva che il procedimento di consulenza tecnica *ex* art. 696 *bis* c.p.c. RG 49644/2017 si è svolto nei confronti della sola *CP_1* e perciò, e per il mancato esperimento del tentativo di mediazione obbligatoria *ex* art. 5, comma 1 *bis*, del d.lgs. n. 28/2010, eccepisce l'improcedibilità della domanda. Eccepisce altresì la nullità della domanda nei suoi confronti proposta dalla chiamante *CP_1* per genericità delle allegazioni concernenti le condotte sanitarie imputabili ad *Parte_4* di *Pt_3* che avrebbero svolto ruolo causale in relazione ai danni lamentati dall'attrice. Nel merito sostiene che responsabilità della positività della *Parte_5* allo stafilococco aureo meticillino-resistente (MRSA) sia da attribuirsi all'opera dei sanitari di *CP_1* , che, pochi giorni prima che tale positività venisse rilevata, avevano posizionato benderella gastrica in polipropilene. Afferma che i sanitari di *Parte_4* di *Pt_3* avevano prescritto e somministrato terapia antibiotica del tutto consona e ineccepibile. Contesta la quantificazione dei danni lamentati dall'attrice,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

evidenziando che questa era già stata sottoposta a cinque tagli cesarei. Chiede, per il caso di condanna, "la ripartizione delle responsabilità in capo ai soggetti coinvolti".

Controparte_3 chiamata in causa dal convenuto Dott. *Parte_2*, si è costituita con comparsa di risposta depositata il 12.4.2021. Contesta integralmente la domanda attorea e ne chiede il rigetto, eccependo, in ogni caso, i limiti di polizza.

Dopo rinvio del processo volto a consentire alle parti di completare la procedura di mediazione e alla Cancelleria di acquisire il fascicolo del procedimento *ex* art. 696 *bis* c.p.c. R.G. n. 49644/17, le parti, nell'udienza del 3.7.2024, hanno precisato le conclusioni come riportate in epigrafe.

**

Non sussiste l'improcedibilità della domanda di "manleva", proposta da *CP_1* nei confronti del Dott. *Parte_2*, per violazione dell'art. 8 della medesima legge 24 del 2017, sia perché nel corso del presente giudizio è stato esperita mediazione, sia perché trattasi di domanda *trasversale* (tra convenuti) proposta in corso di causa rispetto alla quale non trovano applicazione le *rationes* deflattive e conciliative cui si ispira detta disposizione (App. Torino 9.4.2021 n. 406).

Inoltre:

a) le disposizioni che prevedono condizioni di procedibilità sono di stretta interpretazione, poiché introducono limitazioni all'esercizio del diritto di agire in giudizio, garantito dall'art. 24 Cost., quindi la locuzione «chi intende esercitare in giudizio un'azione», contenuta nell'art. 5, comma 1, d.lgs. n. 28/2010 è da intendersi come destinata a colui che intende instaurare un giudizio;

b) vanno fatti salvi i principi di ragionevole durata del processo e di equilibrata relazione tra procedimento giudiziario e mediazione, indicato nella direttiva comunitaria 2008/52/CEE;

c) il procedimento di mediazione sulla domanda riconvenzionale, o sulla chiamata in garanzia di terzo, o sulla domanda trasversale tra convenuti non è generalmente idoneo a porre fine alla controversia;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

d) l'art. 5, comma 1-*bis*, del d.lgs. 28/2010, prevede la facoltà del solo convenuto di eccepire il mancato tentativo di mediazione;

e) il principio affermato dalla giurisprudenza di legittimità (Cass. 18.1.2006 n. 830) con riferimento all'art. 46 della legge n. 203/1982 e, cioè, che «l'onere del preventivo esperimento del tentativo di conciliazione … sussiste, oltre che a carico dell'attore che agisce in via principale in giudizio, anche nei confronti del convenuto che proponga una domanda riconvenzionale, secondo uno dei criteri di collegamento previsti dall'art. 36 Cpc» deve restare circoscritto alla sola domanda riconvenzionale c.d. inedita, e non estendersi al caso della domanda trasversale.

La domanda attorea deve essere accolta nei termini che seguono.

I CTU incaricati nel procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. RG 49644/17, Dottori *Per_1* e *Pt_9* valutata la documentazione clinica disponibile e visitata l'attrice, hanno ravvisato nella condotta dei sanitari di entrambe le strutture ospedaliere (*CP_1* e [redacted] profili di responsabilità professionale in termini di imprudenza e negligenza.

Il Collegio dei Consulenti ha ricostruito la vicenda clinica dedotta in giudizio dalla Signora *Parte_5* (cfr. pp. da 3 a 12 e pp. 18 – 19 relaz. di CTU), già sottopostasi, nel 2005, a intervento di gastroplastica, come segue:

- 3.6/7.6.13: ricovero presso [redacted] - [redacted] di Milano, U.O. Chirurgia Generale. Diagnosi di ingresso riportata nel frontespizio della cartella: *"Vomito ripetuto. By pass".* La paziente riferiva ripetuti episodi di vomito postprandiale, da circa 2 anni, per cui aveva eseguito visita chirurgica, che consigliava intervento di *bypass* gastrico. Gli esami ematici e l'Rx torace eseguiti in occasione del prericovero (22.5.13) risultavano nella norma, come anche l'esame obiettivo all'ingresso. Lo stesso giorno del ricovero la paziente era stata sottoposta a intervento chirurgico di *"rimozione della benderella in Goretex in esiti di gastroplastica"*; veniva effettuata profilassi antibiotica perioperatoria con cefazolina 2 g ev[1], proseguita alla dose di 1 g x 3 /die ev fino alla dimissione**;**

[1] endovena;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

- 15.11/25.11.13: ricovero presso [redacted] - [redacted] di Milano, U.O. Chirurgia Generale, per intervento chirurgico programmato di posizionamento di benderella gastrica in polipropilene, previi esami ematici pre-operatori (16.10.13), apparsi nella norma; veniva effettuata profilassi antibiotica con cefazolina 2 g ev; il 19.11, a seguito di addominalgia e di ecografia addome che aveva mostrato "areola ovalare oblunga concamerata auto delimitata, anecogena da contenuto liquido calibro 86 x 67 mm verosimilmente riferibile a raccolta corpuscolata", veniva iniziata terapia antibiotica con piperacillina/tazobactam 2,25 g x 3/die ev (proseguita fino al 25.11) + metronidazolo 500 mg/die x 2 ev (proseguita fino al 21.11); eseguito (22.11) tampone per esame colturale, esso risultava positivo per *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA); alla dimissione prescritta terapia antibiotica con ciprofloxacina 500 mg x 3/die per 6 giorni e programmata medicazione della ferita dopo 2 giorni;
- 27.11.13: accesso al Pronto Soccorso dell'Ospedale di *Pt_3* per *"controllo della ferita chirurgica".* La visita chirurgica rilevava deiscenza della ferita e la paziente veniva invitata a proseguire *"terapia antibiotica impostata dai colleghi della* [redacted] *di Milano*";
- 10.12.13: accesso al Pronto Soccorso dell [redacted] per *"dolori addominali in prossimità ferita chirurgica post-intervento chir. di posizionamento bendarella gastrica 15 nov u.s.".* L'esame obiettivo mostrava *"a livello della zona ombelicale fuoriuscita di materiale purulento e cute arrossata"*. Alla visita chirurgica *"...giunge per infezione di ferita chirurgica. Flogosi con parziale deiescenza 1/3 inferiore cicatrice xifo-ombelicale con gemizio di scarso materiale purulento, si medica, si consigliano medicazioni locali con betadine soluzione, ceftriaxone 1 g 1 fl im/die per 7 gg, visita in tempi brevi presso l'istituto chirurgico di riferimento".* Diagnosi alla dimissione: *"flogosi purulenta in sede para-ombelicale in recente int. chir. per posizionamento di bendarella gastrica*";
- 10.12/14.12.13: ricovero presso [redacted] - U.O. Chirurgia Generale, previo accesso al Pronto Soccorso, per *"persistenza di dolori addominali dopo intervento di chirurgia bariatrica*"; in data 11.12 veniva impostata terapia antibiotica con metronidazolo 500 mg x 2/die ev, proseguita fino alla dimissione con dose di 1 g x 3/die ev; alla dimissione veniva prescritta terapia antibiotica con amoxicillina/a. clavulanico 1 g x 2/die per os per 6 giorni e medicazione della ferita ogni 2 giorni fino a risoluzione della flogosi;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

- 7.1.14: accesso presso Pronto Soccorso Ospedale di *Pt_3* per *"dolore addominale in pregresso intervento e successiva infezione di ferita ch"*; all'esame obiettivo: *"Deiscenza di ferita chirurgica in esiti di bendaggio gastrico*; eseguita evacuazione di materiale sieroso, irrigazione con Betadine, zaffo con iodoformica, l'attrice veniva dimessa con prescrizione di terapia antibiotica (amoxicillina/a. clavulanico 1 cp x 3/die per 7 giorni) e indicazione a medicazione dopo 2 giorni;
- 9.1/29.1.14: ricovero presso [redacted] di Milano, U.O. Chirurgia Generale con diagnosi di ingresso di "*Deiscenza infetta ferita laparotomica"*; impostata terapia antibiotica con ciprofloxacina 250 mg x 2/die per os fino al 10.1, 200 mg x 2/die ev dal 10.1 al 13.1; il 13.1 la *CP_13* veniva sostituita con amoxicillina/clavulanato 1 g x 3/die ev; il 14.1 veniva eseguito intervento di asportazione porzione protesi infetta, per infezione cronica in portatrice di protesi sottofasciale per correzione laparocele, lasciando in sede porzione di protesi laterale non interessata dal granuloma; in data 17.1 amoxicillina/clavulanato veniva sostituito con levofloxacina 500 mg x2/die ev fino al 18.1 e poi per os fno al 20.1; persistendo flogosi e secrezione sierosa veniva effettuato nuovo esame colturale con esito ancora positivo per MRSA; alla dimissione veniva prescritta terapia antibiotica con rifampicina 450 mg x 2/die per os;
- 3.2.14: visita chirurgica presso Ospedale di *Pt_3* veniva eseguita medicazione e consigliata medicazione quotidiana a domicilio e "valutazione in Malattie Infettive per la prescrizione della terapia antibiotica";
- 4.2/28.2.2014: ripetute visite e medicazioni presso l'ambulatorio di Chirurgia dell'Ospedale di *Pt_3* per la persistenza di secrezione purulenta dalla ferita deiscente con tampone ancora positivo per MRSA; per questo la paziente veniva anche sottoposta a visita infettivologica (l'11.2.14);
- 3.3/19.3.2014: ricovero presso Ospedale di *Pt_3* per accertamenti e cure in relazione a infezione di protesi di parete addominale; veniva proseguita terapia antibiotica, con cotrimoxazolo (fino al 5.3) e minociclina (fino al 4.3); persistendo positività a MRSA il 6.3.14 *Parte_5* veniva sottoposta a intervento chirurgico di rimozione di protesi infetta e riposizionamento di protesi in Vycril; veniva eseguita profilassi antibiotica perioperatoria con cefuroxima 2 g ev; il 7.3 veniva iniziata terapia antibiotica con

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

vancomicina 2 g/die in infusione continua, fino al 14.3, cui poi veniva aggiunta rifampicina 600 mg/die ev, fino al 18.3; poiché TAC "poneva dubbio di eventuale raccolta intraddominale" e l'attrice lamentava dolore addominale acuto, l'11.3.2014 veniva eseguito, presso il medesimo Ospedale, intervento chirurgico urgente di laparotomia esplorativa; alla dimissione non veniva prescritta terapia antibiotica domiciliare;

- 21.3.14: nuovo accesso presso Pronto Soccorso [redacted] per *"Addominalgia in pz dimessa 2 gg fa dalla Ch per rimozione protesi infetta dopo laparocele. Addome teso e dolente"*; ricoverata, fino al 2.4.14, in U.O. *Controparte_14*, il 22.3 veniva impostata terapia antibiotica con ampicillina/sulbactam 3 g x 4/die per ev, proseguita fino al 25.3, quando veniva introdotta amoxicillina/clavulanato 1 g x 2/die per os fino al 28.3; persistendo vomito e addominalgie il 2.4.2014 l'attrice veniva sottoposta (presso l'Ospedale di *Pt_3* a intervento chirurgico di "rilaparotomia con rimozione della rete in vicryl e importante viscerolisi di tutto l'ileo per presenza di tenaci aderenze"; veniva effettuata profilassi antibiotica perioperatoria con cefuroxima 2 g ev; dopo l'intervento la paziente veniva trasferita in Rianimazione;
- dal 2.4 al 4.4 la paziente era sottoposta a ventilazione invasiva; il 2.4. veniva iniziata terapia antibiotica con piperacillina/tazobactam 4,5 g x 3/die ev; tamponi di sorveglianza nasale (per MSSA/MRSA) risultavano negativi; il 4.4.2014 praticato intervento di chiusura della parete addominale;
- il 5.4 la *Parte_5* veniva trasferita nuovamente in Chirurgia Generale (dell'Osp. di *Pt_3*), dove restava ricoverata fino al 15.4.14; alla dimissione, con diagnosi di subocclusione in recente relaparotomia, non veniva prescritta terapia antibiotica;
- 1.5.14: nuovo accesso al Pronto Soccorso dell'Ospedale di *Pt_3* per *"febbre da 10 gg dopo rimozione di punti di sutura in esiti di intervento addominale. Lamenta inoltre dolore in sede di intervento. In tp con ciproxin 500"*. L'esame obiettivo mostrava *"addome dolente in sede di ferita chirurgica"*. La visita chirurgica rilevava *"Arrossamento del terzo superiore della ferita chirurgica in trattamento antibiotico"*. Gli esami ematici mostravano GB 11.370/mmc e PCR 6,59 mg/dL. La paziente veniva dimessa con diagnosi di *"Arrossamento di ferita chirurgica"*, senza alcuna indicazione;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

- dal 2.5 all'8.8.14 l'attrice si sottoponeva a ripetute medicazioni presso l'ambulatorio di Chirurgia dell[redacted] per ricomparsa di segni di infezione della ferita chirurgica, con tampone del 2.5 positivo per MRSA;
- 13.8.14: visita chirurgica presso [redacted]
- 21.10.14: visita infettivologica presso l[redacted]
- il 25.11.14 *Parte_5* si sottoponeva a TAC addome senza e con mdc, con riscontro di residuo protesico e di ascesso intraparietale e intraddominale;
- dal giorno 11.2.2015 al 24.2.15 l'attrice era ricoverata presso [redacted] U.O. Chirurgia. L'11.2 veniva sottoposta a intervento chirurgico programmato di "*exeresi di tramite fistoloso, bonifica di ascesso endoaddominale, resezione ileale di necessita. Plastica diretta della parete addominale*". L'esame istologico del materiale operatorio mostrava *"Sezioni di parete di piccolo intestino con aspetti di ischemizzazione mucosa e congestione vascolare; Sezioni di rete protesica con reazione infiammatoria cronica e qualche cellula gigante".* L'esame colturale del liquido aspirato dalla raccolta ascessuale e il tampone da liquido peritoneale risultava positivo per MRSA. Il decorso postoperatorio appariva regolare. Dall'11.2 al 18.2 veniva praticata terapia antibiotica con cefazolina 2 g x 3/die ev + metronidazolo 500 mg x 3/die ev; dal 17.2 al 24.2 veniva somministrata gentamicina 160 mg/die ev. La PCR, che risultava 80 mg/L (v.n. £ 10 mg/L) in data 12.02, aumentava ulteriormente a 186 mg/L in data 14.02, per poi ridursi fino a normalizzarsi nei giorni successivi; i GB si mantenevano sostanzialmente nella norma. Alla dimissione del 24.2 la ferita chirurgica appariva *"in fase di consolidamento, con minimo gemizio sieroso dal terzo superiore"*, per cui veniva data indicazione a proseguire le medicazioni. Diagnosi alla dimissione: *"Infezione di rete protesica in esiti di laparoalloplastica secondo Rives*".

Questo l'*iter* clinico dell'attrice oggetto della valutazione dei CTU.

Gli Ausiliari del giudice hanno affermato (a pag. 15 della relazione) che "*in seguito all'intervento di posizionamento di benderella gastrica in polipropilene del 15.11.13 la Sig.ra* *Parte_5* *ha sviluppato un'infezione profonda della ferita chirurgica da* Staphylococcus aureus *meticillino-resistente, con necessità di sottoporsi a ripetuti*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

interventi chirurgici addominali e a prolungata terapia antibiotica. Per la tipologia, l'epoca di insorgenza e il patogeno isolato, non c'è dubbio che tale infezione sia stata di origine nosocomiale".

Per infezioni ospedaliere o nosocomiali (oggi meglio indicate come infezioni correlate all'assistenza o *healthcare-associated infections*) si intendono le infezioni acquisite in ospedale (o in altri ambiti assistenziali) che non erano manifeste clinicamente, né in incubazione, al momento dell'ingresso, e che si rendono evidenti dopo almeno 48 ore dal ricovero, durante la degenza stessa o dopo la dimissione.

Le infezioni della ferita, ovvero del sito chirurgico, si manifestano nel 2-5% dei pazienti che subiscono interventi extraddominali e in circa il 20% di quelli sottoposti a interventi intraddominali (relaz. CTU pagg. 15 e 16).

Con riguardo al caso in esame, il Collegio peritale ha verificato che, quando la Sig.ra *Parte_5* in data 15.11.13 fu ricoverata presso l' *Controparte_15* per essere sottoposta a intervento programmato di posizionamento di benderella gastrica in polipropilene, "*Gli esami preoperatori non mostravano controindicazioni all'intervento, che veniva effettuato lo stesso 15.11*.". Peraltro, nonostante fosse stata "*eseguita profilassi antibiotica perioperatoria con cefazolina*", "*Tuttavia, già in data 19.11 comparivano i segni di un processo infettivo (febbre, incremento dei GB e della PCR) a cui si associavano il riscontro ecografico di una raccolta corpuscolata in sede epigastrica intraperitoneale e, 3 giorni dopo, l'evidenza di una deiscenza della ferita chirurgica*." (p. 17 relaz. CTU).

I consulenti hanno segnalato che "*Gli interventi chirurgici del 3.6.13 (rimozione di benderella gastrica in Goretex) e del 15.11.13 (posizionamento di benderella gastrica in polipropilene) apparivano correttamente indicati ed eseguiti. L'intervento del 14.01.14 appariva invece inadeguato per quanto riguarda la rimozione parziale anziché totale della protesi infetta, che comportava la mancata bonifica del focolaio infettivo, ovvero la persistenza dell'infezione del sito chirurgico. Del tutto inadeguata appariva poi la terapia antibiotica impostata dai sanitari per tutto il tempo in cui avevano in gestione la paziente per l'infezione della ferita chirurgica*." (p. 22 relaz. CTU).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Sulla scorta del descritto quadro clinico, i consulenti hanno affermato che la "*positività per MRSA del tampone da ferita non lasciava poi dubbi sulla presenza di un'infezione profonda del sito chirurgico*." Conseguentemente, "*la condotta dei sanitari appare censurabile per la gestione inadeguata della terapia antibiotica: mantenevano infatti la terapia in atto con piperacillina/tazobactam, nonostante l'antibiogramma mostrasse la resistenza del microrganismo isolato, e alla dimissione prescrivevano* CP_13 *, anch'essa chiaramente inefficace. Inoltre, il 25.11 dimettevano imprudentemente la paziente senza aver più controllato i GB e la PCR dopo il 21.11, quando – soprattutto la PCR – erano ancora elevati, né davano indicazione al loro monitoraggio*." (p. 17 relaz. CTU).

Gli Ausiliari del giudice hanno quindi osservato che "*La persistenza dell'infezione portava la paziente in Pronto Soccorso in data 21.11 (ospedale di* Pt_3 *) e in data 10.12* [redacted] *dove si rilevava "a livello della zona ombelicale fuoriuscita di materiale purulento e cute arrossata"), prima di essere nuovamente ricoverata presso l'*CP_1 *dal 10 al 14.12*". Tuttavia, "*Anche in questa occasione emergono gravi carenze nell'operato dei sanitari della struttura, che:*

a) non procedevano a una revisione profonda della ferita chirurgica in sala operatoria;

b) non richiedevano una consulenza infettivologica;

c) perseverano nella prescrizione di una terapia antibiotica del tutto inefficace nei confronti dell'MRSA" (p. 17 relaz. CTU).

Successivamente, la Signora Parte_5 , dopo nuovo accesso in data 7.1.2014 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Pt_3 il 9 gennaio 2014 venne ancora una volta ricoverata presso l[redacted] di Milano, nell' U.O. Chirurgia Generale per "*Deiscenza di ferita*" associata a "*tramite fistoloso*" e "*febbre*".

Il 14.1.2014, la paziente veniva sottoposta a intervento di "*Asportazione porzione protesi infetta*", ma, secondo i CTU, "*la mancata rimozione di tutta la rete protesica – come avrebbe richiesto la buona pratica clinica – causava la persistenza dell'infezione del sito chirurgico da MRSA*" (p. 17 relaz. CTU).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Persuasivamente il Collegio peritale ha indicato, a fondamento di addebito di colpa a carico dei sanitari dell' *CP_1* , le risultanze della TAC effettuata sulla Sig.ra *Parte_5* in data 21 gennaio 2014.

In particolare, i Consulenti, "*A dimostrazione che l'asportazione parziale della protesi parietale non fosse stata sufficiente a bonificare il focolaio infettivo*", hanno osservato che tale TAC mostrava "*A livello della parete addominale anteriore…presenza di estesa raccolta del diametro longitudinale massimo di 12 cm circa x diametro max. di circa 6 cm, con interessamento del tessuto adiposo sottocutaneo e dei muscoli retti dell'addome a tutto spessore, che in data 22.01 veniva drenata*" (pp. 17 – 18 relaz. CTU).

Nonostante tali evidenze diagnostiche, i "*sanitari apparivano del tutto disorientati sulla terapia antibiotica, continuando a trattare la paziente per tutta la durata del ricovero con farmaci a cui l'MRSA – ancora isolato da tampone dalla ferita in data 20.01 e dal materiale drenato in data 22.01 – in base dell'antibiogramma era resistente (ciprofloxacina, amoxicillina/clavulanato) o somministrati a dosaggio inadeguato (clindamicina 600 mg x 2/die anziché 600-900 mg x 3/die)*." (p. 18 relaz. CTU).

Inoltre, gli Ausiliari del giudice hanno accertato che i sanitari dell'ICCS errarono "*anche quando alla dimissione prescrivevano la rifampicina, farmaco sicuramente attivo sull'MRSA solamente in associazione ad altro antibiotico efficace, dato il rischio elevato di diventare rapidamente inattivo per l'emergere di resistenza quando usato da solo. Non sorprende perciò che alla dimissione del 29.01 la ferita chirurgica fosse ancora deiscente*." (p. 18 relaz. CTU).

I Consulenti Tecnici d'Ufficio, dopo avere ripercorso l'*iter* clinico che ha interessato la Signora *Parte_5* (cfr. pp. 18 – 19 relaz. CTU), hanno concluso la relazione di consulenza affermando che "*è evidente un* continuum *tra l'infezione del sito chirurgico dopo il posizionamento di benderella gastrica in data 15.11.13 e l'ascesso peritoneale sottoposto a bonifica chirurgica in data 11.02.15. La persistenza di tale infezione – certamente acquisita al momento dell'intervento del 15.11.13 per contaminazione intraoperatoria da infrazione delle misure di asepsi (adeguata sterilizzazione dello strumentario e/o della sala operatoria, scrupolosa igiene delle mani, corretto utilizzo dei guanti e dei dispositivi sanitari, accurata disinfezione della cute), per cui è da considerare*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

di origine nosocomiale – ha reso necessario l'intervento di "exeresi di tramite fistoloso, bonifica di ascesso endoaddominale, resezione ileale di necessità. Plastica diretta della parete addominale" dell'11.02.15." (p. 19 relaz. CTU).

I CTU hanno ritenuto che "*in più occasioni la condotta dei sanitari dell'* CP_1 *appare censurabile*". In particolare (p. 19 relaz. CTU):

1) per avere trattato l'infezione della ferita chirurgica per quasi 3 mesi (dal 19.11.13 al 29.1.14) con diversi regimi di terapia antibiotica sempre inadeguati (soprattutto per tipologia, talvolta per dosaggio);

2) per non aver mai richiesto una consulenza infettivologica, al fine di impostare una terapia antibiotica corretta;

3) per aver eseguito una revisione superficiale della ferita chirurgica durante il ricovero del 10.12-14.12.13 (*"Sottoposta, al letto, in anestesia locale, a revisione della ferita chirurgica mediante piccola incisione e zaffo con jodoformica"*), anziché in sala operatoria allargandola alla protesi sottostante, nonostante la deiscenza con secrezione purulenta;

4) per avere, in occasione dell'intervento del 14.1.14, rimosso solo parzialmente la rete protesica infetta.

Per le ragioni appena esposte, i consulenti dell'Ufficio hanno valutato che le segnalate "*gravi carenze nella gestione clinica della paziente determinavano la persistenza dell'infezione del sito chirurgico da MRSA (stesso ceppo nei vari isolamenti dal 22.11.13 all'11.02.15), prolungando lo stato di sofferenza della Sig.ra* Parte_5 " (p. 19 relaz. CTU).

La condotta dei sanitari dell' CP_1 dunque, alla luce delle persuasive valutazioni dei CTU, ha dato luogo a inesatto adempimento della prestazione, per negligenza e imperizia.

Essa ha causato all'attrice*:*

- *un'infezione profonda della ferita chirurgica da* Staphylococcus aureus *meticillino-resistente, per contaminazione intraoperatoria da infrazione accidentale dei protocolli di asepsi in occasione dell'intervento del 15.11.13.* Al riguardo, però, gli Ausiliari del giudice

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

hanno precisato che "*Non è possibile determinare esattamente quale errore nelle procedure di asepsi abbia causato l'infezione né eventuali responsabilità individuali*";
- la persistenza di tale infezione, con necessita di sottoporsi a ripetuti interventi chirurgici addominali e a prolungata terapia antibiotica, prolungando lo stato di sofferenza fisica e psichica della paziente" (p. 23 relaz. CTU).

Benché l'Ospedale di *Pt_3* fosse estraneo al procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. RG 49644/17, i CTU hanno comunque osservato che: "*Dall'esame della documentazione clinica emergono alcune obiezioni anche all'operato dei sanitari dell* [redacted]

1) aver praticato in più occasioni una terapia antibiotica inefficace sull'MRSA, come documentato dall'antibiogramma, o averla prematuramente interrotta;

2) non aver mai eseguito un controllo della PCR durante il ricovero del 3.3-19.3.14 o non averla più misurata dopo l'8.4 – sebbene fosse ancora elevata e nonostante la presenza di febbricola – durante il ricovero del 05.04-15.04.14 per monitorare l'evoluzione dell'infezione in atto;

3) aver lasciato nella parete addominale in occasione dell'intervento del 02.04.14 "residuo di elemento protesico" attorno a cui si organizzava l'ascesso asportato l'11.02.15 presso l'Ospedale [redacted] *("…Si reperta la cavita ascessuale in parte parietale e in parte intraddominale nella quale e fluttuante parte della precedente protesi…").*

In definitiva, la condotta colposa dei sanitari dell'Ospedale CP_9 contribuiva, con elevato grado di probabilità, alla persistenza dell'infezione del sito chirurgico e alla sua diffusione in profondità con coinvolgimento viscerale (piccolo intestino, fegato e stomaco)".

Perciò gli Ausiliari del giudice, ritenuto che le censure concernenti la gestione infettivologica e l'inadeguatezza della prestazione chirurgica debbano riguardare anche l'operato di soggetti estranei al procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c., hanno "*doverosamente segnalato che parte del danno (grossolanamente almeno una metà), sia temporaneo che permanente, va attribuito a questa seconda fase della descritta vicenda clinica*" (p. 20 relaz. CTU).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Ritiene questo giudice che, nonostante l'accertamento tecnico svolto nel procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. sia avvenuto in assenza di contraddittorio tecnico con [redacted] debba considerarsi che:

- le argomentazioni contenute nella relazione di CTU depositata nel procedimento RG 49644/17 circa l'inadeguatezza (anche) del trattamento ricevuto dalla *Parte_5* nelle numerose occasioni in cui ella si rivolse alle cure dell [redacted] appaiono dotate di evidenza obiettiva, trovando riscontro e fondamento nella documentazione clinica esaminata dai CTU (da cui risultano prescrizioni di terapia antibiotica talora inadeguate e ricalcanti quelle di *CP_1*, talora omesse);
- [redacted] non ha, nel presente giudizio, offerto convincenti prospettazioni tecnico-scientifiche alternative ai rilievi contenuti nella predetta relazione.

Perciò, nella formazione del proprio libero convincimento, questo giudice ritiene che anche la struttura terza chiamata debba rispondere, in solido con la convenuta *CP_1*, dei danni cagionati a *Parte_5* dall'inesatto adempimento della prestazione sanitaria.

In proposito deve osservarsi che l'attrice ha espressamente esteso la propria domanda risarcitoria anche nei confronti dell [redacted] terza chiamata dall' *CP_1*, solo nell'udienza di precisazione delle conclusioni, quando era ormai decaduta dalla facoltà di proporre nuova domanda.

Nella fattispecie occorre quindi valutare se, prima di quel momento, si fosse (già) verificata estensione automatica della domanda attorea nei confronti della terza chiamata.

A tal riguardo deve considerarsi che [redacted] sin dal primo atto di costituzione in giudizio, oltre a chiedere di "accertare e riconoscere … che non sussistono profili di responsabilità imputabili alla struttura ospedaliera", ha chiesto accertarsi "che i lamentati asseriti danni subiti da parte attrice sono da ricollegarsi solo ed esclusivamente alla prestazione fornita dai sanitari del *Controparte_9* e, di conseguenza condannare l' *[...] Controparte_16* a rifondere tutti i danni richiesti e riconosciuti a parte attrice".

Se è vero che, per la recente Cass. 14.12.2024 ord. n. 32556, "*Nell'ipotesi in cui il convenuto chiami in causa un terzo chiedendo l'accertamento della corresponsabilità nella*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

causazione dell'illecito, al fine di poter agire nei suoi confronti in regresso, quale co-obbligato solidale, in via subordinata rispetto all'accoglimento della pretesa risarcitoria dell'attore, non si verifica l'estensione automatica della domanda attorea al terzo", nel caso in esame la convenuta *CP_1* non ha chiamato in causa [redacted] al solo fine di accertarne la corresponsabilità ed agire in regresso. Ciò emerge evidente dalle sopra riportate conclusioni della comparsa di costituzione di *CP_1*, notificata ad [redacted] all'atto della chiamata in giudizio.

Dunque il principio di Cass. ord. 32556/24 cit. non è applicabile alla fattispecie.

Al contrario, avendo *CP_1* chiesto accertarsi "che i lamentati asseriti danni subiti da parte attrice sono da ricollegarsi solo ed esclusivamente alla prestazione fornita dai sanitari del *Controparte_9*", risulta evidente che la convenuta abbia effettuato la chiamata del terzo per ottenere la propria liberazione dalla pretesa attorea: ciò, secondo la giurisprudenza della Corte di Cassazione, è quanto determina l'estensione automatica della domanda dell'attore nei confronti del terzo chiamato in causa dal convenuto (*ex multis* Cass. 15.1.2020 n. 516; Cass. 29.11.2016 n. 24294).

Parte_7 deve, pertanto, essere dichiarata responsabile, in solido con l'*CP_1*, dei danni causati all'attrice dalle inadeguate condotte sanitarie sopra indicate.

Con riguardo alle domande di regresso nei confronti del condebitore solidale, che sia *CP_1* sia [redacted] hanno proposto, l'una nei confronti dell'altra, deve osservarsi che, secondo la stima fornita dai CTU, la responsabilità per i danni cagionati alla *Parte_5* è da ripartirsi nella misura del 50% per ciascuna struttura sanitaria.

Dunque, le domande *ex* artt. 1299 e 2055 c.c. reciprocamente proposte da *CP_1* e [redacted] devono essere accolte in tale misura.

***

Venendo ora a valutare l'addebito di responsabilità che l'attrice e, in via subordinata di "manleva e regresso", *CP_17* al chirurgo Dott. *Parte_2* *[...]* (che operò la *Parte_5* presso *CP_1*), deve osservarsi che neppure questi era stato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

chiamato a partecipare al procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. RG 49644/17 svoltosi *ante causam*.

In ogni caso, ritiene questo giudice che dalla relazione di consulenza tecnica più volte citata non emerga alcun elemento su cui possa fondarsi affermazione di responsabilità del Dott. *Parte_2* , nulla consentendo di attribuire, con sufficiente grado di probabilità[2], al sanitario convenuto alcuna delle violazioni di protocolli di asepsi o delle omissioni, nel loro complesso attribuibili a *CP_1* , che hanno causato il danno di cui trattasi.
In altre parole, benché sia sufficientemente certo esservi stato mancato rispetto delle regole dell'asepsi in occasione dell'intervento di cui sopra, non è possibile stabilire in quale fase della procedura chirurgica sia avvenuto l'inquinamento del sito.
Pertanto, la domanda formulata da *Parte_5* nei confronti di *[...]* *Parte_2* deve essere respinta.

La statuizione di rigetto delle domande attoree assorbe e supera ogni questione relativa alle domande di garanzia proposte dal convenuto nei confronti del proprio assicuratore.

****

Quanto alla liquidazione del risarcimento del danno non patrimoniale subito dall'attrice, deve considerarsi che il Collegio dei CTU ha accertato in capo alla *Parte_5* "*un periodo di* ***inabilità temporanea assoluta*** *di* ***giorni 75*** *(settantacinque), di* ***inabilità temporanea parziale al 75%*** *di* ***giorni 45*** *(quarantacinque), di* ***inabilità temporanea parziale al 50%*** *di* ***giorni 45*** *(quarantacinque), di* ***inabilità temporanea parziale al 25%*** *di* ***giorni 300*** *(trecento)*", desunti " *con riferimento ai ricoveri ed alle giornate convalescenziali ad essi immediatamente successive, alla successiva sostanziale immobilizzazione, al successivo ammissibile stato convalescenziale per casi consimili, al successivo periodo di ripresa funzionale*" (cfr. pagg. 21 e 24 relaz. CTU).

[2] si allude al sintagma "più probabile che non", descrittivo della valutazione del nesso causale che deve essere compiuta dal giudice in materia di responsabilità civile;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Per tale voce di danno, considerato che le Tabelle elaborate dall'Osservatorio sulla giustizia civile di Milano, attualmente in uso presso questo Tribunale per la liquidazione equitativa dei danni alla persona (ed. anno 2024), indicano in € 115,00 la somma da liquidare per ogni giorno di invalidità (€ 84,00 per la componente dinamico/relazionale ed € 31,00 per la sofferenza soggettiva interiore presumibilmente patita da *Parte_5*), devono riconoscersi all'attrice complessivi **€ 23.718,75**.

Inoltre, i Consulenti hanno rilevato un **danno biologico da invalidità permanente**, indicato nella relazione nella misura del "***del 14 % (quattordicipercento)***", osservando che "*detta percentuale è ricavata ponderatamente dai correnti orientamenti valutativi medico-forensi circa le menomazioni in argomento*". I CTU hanno inteso precisare che "*si tratta sostanzialmente della menomazione oggi osservabile attribuibile alla descritta infezione, dunque senza applicazione del meccanismo del danno differenziale essendo ragionevolmente prevedibile che, in assenza dei fatti per cui e causa e dunque in assenza della descritta patologia infettiva, non sarebbe residuato alcun significativo stato invalidante nell'area interessata giustappunto da patologia infettiva*" e che "*i postumi descritti sono da ritenersi stabilizzati e non suscettibili di sostanziose variazioni cliniche future, vuoi in* melius *vuoi in* pejus" (pag. 21 relaz. CTU).
Ciò posto, tenuto conto che *Parte_5* aveva, al momento della cessazione dell'invalidità temporanea, l'età di 41 anni, fatta applicazione delle già menzionate Tabelle elaborate dall'Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano (ed. anno 2024), deve liquidarsi all'attrice la somma di **euro 34.623,00** per la componente dinamico-relazionale del danno da invalidità permanente.

Devono inoltre riconoscersi **euro 10.387,00** per la componente morale della medesima voce di danno non patrimoniale, costituita dalla sofferenza soggettiva interiore che, nella fattispecie in esame, può presumersi effettivamente patita dall'attrice.

Dunque, il risarcimento del danno non patrimoniale da lesione del bene salute (invalidità temporanea e invalidità permanente), comprensivo della componente da s.s.i., spettante a *Parte_5* , è complessivamente pari a **euro 68.728,75.**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Il risarcimento così determinato deve ritenersi esaustivo, dal momento che nella fattispecie non sono ravvisabili elementi che rendano verosimile che il danno accertato dai CTU possa aver comportato conseguenze afflittive eccezionali, in rapporto a quelle normalmente patite dalle persone che abbiano riportato analoghe lesioni; si ritiene, pertanto, non esservi ragione alcuna di procedere alla c.d. "personalizzazione" del risarcimento del danno.

Non risulta inoltre verificatosi in danno di *Parte_5* nessun pregiudizio da lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica per mancanza di consenso informato.
Dalla documentazione presente in atti risulta che la paziente è stata resa edotta, in occasione di ogni trattamento terapeutico al quale è stata sottoposta, delle cure applicate, della natura dell'intervento e delle probabilità dei risultati conseguibili.
Dalla lettura dei moduli di consenso informato, sottoscritti dalla paziente prima di ogni intervento chirurgico effettuato presso *CP_1* e riportati nei doc. 3, 5 e 12 del fasc. di parte attrice, si evince infatti che i sanitari della struttura convenuta hanno proceduto a un'adeguata informativa riguardo alle caratteristiche, ai rischi e alle finalità degli interventi e che, quindi, non vi è stata violazione del diritto di autodeterminazione della paziente che liberamente ha accettato la prestazione medica eseguita, essendo state illustrate alla *Pt_5* con spiegazioni dettagliate e complete, la tipologia di intervento da eseguire e i rischi connessi alla tecnica chirurgica adottata.
Risulta regolarmente acquisito il consenso informato all'intervento di *by pass* gastrico eseguito il 3/6/2013 (a seguito di disturbi dispeptici, veniva posta indicazione a rimozione della bendarella di Goretex: doc. 3 fasc. attoreo). Esaustivo pare anche il consenso informato acquisito per intervento di *by pass* gastrico per posizionamento benderella eseguito il 15/11/2013 (doc. 5 fasc. attoreo); parimenti risulta correttamente acquisito il consenso informato all'intervento eseguito il 14/1/2014 di "*asportazione porzione protesi infetta*" (doc. 12 fasc. attoreo pag. 94).
La voce di danno in esame, dunque, non può essere riconosciuta.

****

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Oltre al sopra indicato importo complessivo di euro 68.728,75 (in linea capitale attualizzata[3]) devono essere corrisposti alla danneggiata gli interessi compensativi del ritardo con cui l'attrice ottiene il risarcimento del danno di cui sopra.

Tali interessi, in ossequio all'insegnamento di Cass. SU n. 1712/95, volto a evitare ingiustificati arricchimenti, devono essere calcolati in misura legale sul valore capitale del danno *devalutato* all'epoca in cui esso si è verificato, e poi sul capitale via via incrementato, con cadenza mensile, in misura proporzionale al decremento del potere di acquisto della moneta.

Deve cioè provvedersi a rivalutare mese per mese l'ammontare del danno come determinato (svalutato) con riguardo alla data del suo manifestarsi (3.6.2013 al 24.2.2015, quanto al danno da invalidità temporanea; dal 24.02.2015 alla data della presente sentenza, quanto al danno da invalidità permanente e da sofferenza soggettiva interiore), applicando l'indice ISTAT FOI dell'epoca corrispondente.

Con identica cadenza devono essere calcolati, e poi sommati fra loro, gli interessi al tasso legale su tali importi mensilmente crescenti, fino al saldo.

Dalla data della decisione spettano ulteriori interessi, da calcolarsi sull'importo capitale attualizzato, al tasso legale, fino al saldo.

*****

Le spese di lite seguono la soccombenza, in ossequio al disposto di cui all'art. 91 c.p.c.

Secondo il criterio della soccombenza, le spese processuali sostenute dall'attrice, comprese quelle relative al procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. RG 49644/17, devono esserle rifuse dalla convenuta [redacted] di Milano e dalla terza chiamata *[...] Parte_7* le spese processuali sostenute dal convenuto *Parte_2* devono essere poste a carico dell'attrice.

Nulla può riconoscersi in favore dell'attrice per rimborso spese di CTP, delle quali non è né dedotto né documentato l'ammontare.

[3] essendo il debito risarcitorio *di valore*;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Secondo il criterio della soccombenza di cui all'art. 91 c.p.c., anche i costi della CTU debbono essere definitivamente posti a carico solidale dell'ICCS [redacted] di Milano e dell' *Parte_7* (nei rapporti interni: in misura paritaria).

Considerato l'insegnamento di Cass. 6.12.2019 ord. n. 31889 (secondo cui: "*In forza del principio di causazione - che, unitamente a quello di soccombenza, regola il riparto delle spese di lite - il rimborso delle spese processuali sostenute dal terzo chiamato in garanzia dal convenuto deve essere posto a carico dell'attore qualora la chiamata in causa si sia resa necessaria in relazione alle tesi sostenute dall'attore stesso e queste siano risultate infondate, a nulla rilevando che l'attore non abbia proposto nei confronti del terzo alcuna domanda; il rimborso rimane, invece, a carico della parte che ha chiamato o fatto chiamare in causa il terzo qualora l'iniziativa del chiamante, rivelatasi manifestamente infondata o palesemente arbitraria, concreti un esercizio abusivo del diritto di difesa*"), *[...]* *Parte_5* deve essere condannata a rifondere anche le spese sostenute dalla terza chiamata *CP_3* assicuratore del convenuto (assolto) *Parte_2* .

Tali spese vengono liquidate in dispositivo (giusta il D.M. 13.8.2022 n. 147), tenendo conto (anche) della misura in cui la domanda viene accolta.

******

La presente sentenza è provvisoriamente esecutiva ai sensi dell'art. 282 c.p.c.

P.Q.M.

Il **Tribunale di Milano - Sezione 1^ Civile**, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda o eccezione assorbita o respinta:

assolve *Parte_2* dalle domande nei suoi confronti proposte;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

condanna *Parte_5* a rifondere ad *Parte_2* le spese processuali, liquidate in € 10.000,00 per onorari (da maggiorarsi di rimborso forfettario spese generali e CPA);

condanna *Parte_5* a rifondere a *Controparte_3* le spese processuali, liquidate in € 10.000,00 per onorari (da maggiorarsi di rimborso forfettario spese generali e CPA);

condanna *Controparte_18* e *Parte_7* in solido tra loro, a pagare a *Parte_5*, a titolo di risarcimento del danno da inesatto adempimento, la somma di euro 68.728,75 oltre interessi compensativi da calcolarsi secondo il metodo indicato in parte motiva, fino al saldo;

condanna *Controparte_18* e *Parte_7* in solido tra loro, a rifondere a *Parte_5* le spese processuali (comprese quelle relative al procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. RG 49644/17), liquidate in complessivi € 15.000,00 per onorari (come da nota), da maggiorarsi del 15% per rimborso forfettario spese generali, del 4% per CPA e di IVA, e in € 831,00 per anticipazioni (CU);

determina le quote di responsabilità di *Controparte_18* e *Parte_7* ai fini del regresso tra condebitori solidali, nella misura del 50% per ciascuna;

condanna *Parte_7* a rifondere a *Controparte_18* *[...]* il 50% di quanto *CP_1* avrà pagato all'attrice in ottemperanza alla presente sentenza;

condanna *Controparte_18* a rifondere ad *Parte_7* *[...]* il 50% di quanto *Parte_7* avrà pagato all'attrice in ottemperanza alla presente sentenza;

pone definitivamente il costo della CTU a carico solidale dell'ICCS [redacted] di Milano e dell *Parte_7*

Sentenza esecutiva.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221

Milano, 13.3.2025.

Il giudice

Andrea Manlio Borrelli

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-221