N. R.G. 42067/2020

TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. **42067/2020**

tra

Parte_1

ATTORE/I

e

Controparte_1

CONVENUTO/I

Oggi **20 ottobre 2023** innanzi al dott. Angelo Claudio Ricciardi, sono comparsi:

Per *Parte_1* l'avv. [redacted]

Controparte_1 l'avv. [redacted]

[redacted] altresì presente ai fini della pratica forense la dott.ssa *Persona_1* e dott.ssa *Persona_2*

Il Giudice

ascoltata la discussione orale dei difensori, si ritira in camera di consiglio.
Terminata la camera di consiglio

pronuncia

la sentenza ex art.281 sexies c.p.c.

Il Giudice
dott. Angelo Claudio Ricciardi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236

N. R.G. 42067/2020

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Angelo Claudio Ricciardi ha pronunciato *ex* **art. 281 *sexies* c.p.c.** la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **42067/2020** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*, con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] *Parte_2* (*C.F._2*) [redacted] MILANO, elettivamente domiciliata in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

ATTRICE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza del 20 gennaio 2023

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236

MOTIVI DELLA DECISIONE

Il Tribunale

rilevato che:

-l'eccezione preliminare di inammissibilità del ricorso ex art.702 bis c.p.c. -- sollevata dalla difesa della convenuta sul presupposto della violazione dell'art.8, terzo comma, della l.n.24 del 2017 -- è infondata per i motivi già indicati nell'ordinanza riservata del 4 gennaio 2022:

"…-il presente Tribunale ha da tempo statuito che:

"…il termine fissato dall'art. 8 co. 3 L. 24/17 - di 6 mesi - deve essere inteso quale termine dilatorio, decorso il quale l'azione volta al risarcimento del danno da responsabilità dell'esercente la professione sanitaria diviene procedibile;

… al rispetto dell'ulteriore termine di 90 giorni dal deposito della relazione debba ricondursi esclusivamente la salvezza degli effetti dichiarativi del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. (incidenti eventualmente sul decorso di termini prescrizionali o decadenziali) …"

-pertanto, nel caso di specie – in cui la ricorrente ha depositato il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. 124 giorni dopo il deposito della relazione peritale ex art. 696 bis c.p.c. – non ricorre un vizio di inammissibilità né di improcedibilità del ricorso ex art. 702 bis c.p.c. …"

°°°

-nel merito, le domande risarcitorie proposte da *Parte_1* nei confronti di *Controparte_1* a titolo di responsabilità professionale per i trattamenti sanitari ai quali è stata sottoposta presso l' *CP_2* *[...]* *Org_1* sono fondate nei seguenti limiti

-occorre innanzitutto muovere dalla CTU medico-legale espletata nel presente giudizio, sorretta da motivazione puntuale, esauriente e priva di vizi logici anche in relazione alla replica alle osservazioni dei CTP della convenuta

-è stato infatti accertato che:

"…il richiamato iter clinico della Sig.ra *Parte_1* permette di formulare le seguenti

considerazioni.

1) Preliminarmente corre l'obbligo segnalare come la profilassi antibiotica somministrata presso l' *Controparte_3* in occasione dell'intervento di rimozione del meningioma cerebrale, risulta corretta relativamente alla molecola utilizzata ma non per dosaggio. Difatti la dose usuale per adulti è di pari a 2 g. mentre nel caso che ci occupa ne venne somministrato solo 1 g.

2) È evidente che la infezione del sito chirurgico sia da considerare come di origine nosocomiale o ICA (infezione correlata all'assistenza). I dati a nostra disposizione dimostrano come la Sig.ra *Parte_1* rimase degente inizialmente presso il *CP_3* (struttura dove venne sottoposta ad intervento chirurgico) e successivamente inviata per la riabilitazione al *CP_4*

L'insorgenza della sintomatologia e le evidenze clinico-obiettive si resero evidenti nel corso del ricovero presso il Reparto di Recupero e Riabilitazione dell' *Controparte_5* di Milano senza che comunque ci fosse soluzione di continuo rispetto al precedente ricovero presso il *CP_3*

Le caratteristiche cliniche, con riferimento alla classificazione delle infezioni del sito chirurgico, permettono di inquadrare tale infezione come *infezione del sito chirurgico profonda (ISC Profonda) di origine nosocomiale acquisita, con elevata probabilità scientifica, in occasione del ricovero avvenuto presso l'* *Controparte_3* *nel mese di novembre 2011.*

3) Per quanto alle attività diagnostico-terapeutiche, poste in essere durante la degenza della Sig.ra *Part* al [redacted] emergono *incongruenze in ordine alla scelta di utilizzare la* *CP_6* *a seguito dell'isolamento di Staphylococcus epidermidis da CVC.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236

Infatti, come rilevabile dall'antibiogramma riportato nel presente elaborato, la evidenza di antibiotico resistenza del microrganismo alla Levofloxacina avrebbe dovuto indurre i sanitari ad impiegare una molecola dimostratasi attiva nei confronti del battere isolato (soprattutto alla luce della annotazione a penna riportata sull'antibiogramma dalla quale sembrava emergere la decisione di utilizzare una tetraciclina).

Criticabile appare la decisione di non effettuare le dovute ricerche microbiologiche dalla raccolta purulenta da ferita chirurgica, resasi evidente in data 20.12.2011, che avrebbero potuto da un lato fornire informazioni utili per una terapia antibiotica ragionata e dall'altro evitato che l'utilizzo di terapia empirica potesse interferire, in termini attendibilità, sui successivi accertamenti di laboratorio.

Anche *la mancata esecuzione di esami strumentali (RMN) è da ritenersi non coerente con le buone pratiche cliniche* poiché, in presenza di un processo flogistico-infettivo con evidenza di emissione materiale purulento dal sito chirurgico, tale esame avrebbe permesso di evidenziare e/o escludere l'estensione della raccolta (superficiale e/o profonda) così da intraprendere tempestivamente i corretti trattamenti terapeutici.

Appare inoltre *non condivisibile la durata della terapia antibiotica, praticata (appena 6 giorni) in relazione alla obiettività clinica* (25.12.2011 "Resiste arrossamento in sede della ferita chirurgica") indicativa di un processo flogistico ancora attuale, così come non condivisibile la mancata prescrizione di terapia antibiotica domiciliare (come peraltro consigliato dallo specialista chirurgo in occasione del consulto specialistico del 22.12.2011 "eventualmente può sostituire a domicilio con amoxicillina – clavulanato 1 g 1 cp x 3/die per 5 giorni ").

Un'ultima considerazione va infine riservata alla *mancata valorizzazione degli indici di flogosi aspecifici* i cui valori (come da documentazione sanitaria) mostravano in data 15.12.2011: PRC 2.68 – VES 42 ed in data 21.12.2011: PCR 2.56 – VES 99. Il mancato monitoraggio di tali indici, non ripetuti nel prosieguo del ricovero né consigliati in dimissione, impedì di fatto ai sanitari di acquisire indispensabili informazioni circa l'evoluzione del processo flogistico-infettivo.

…per i motivi sopra richiamati, i profili di responsabilità emergenti a carico della *CP_4* risultano riconducibili ad una incorretta gestione della infezione della ferita chirurgica la cui richiese, per come emergente dalla documentazione in atti, il ricorso a successivi atti chirurgici, prolungata terapia antibiotica e ritardo nella prosecuzione delle indispensabili terapie riabilitative …"

-i consulenti d'ufficio hanno quindi formulato le seguenti conclusioni:

"…la vicenda clinica della Sig.ra *Part* è riassumibile in una cascata di eventi negativi che iniziano in occasione dell'intervento del 2 novembre 2011 (asportazione di meningioma frontale dx) presso *Organizzazione_2* (dimessa 17.11.11); *non è tema della presente CTU la trattazione di elementi di colpa in tale fase relativi a ritardo diagnostico e ad inadeguata profilassi antibiotica*; successivamente era degente presso struttura convenuta ove (dal 20.12.11, dunque in 48° giornata dall'intervento) si manifestava una infezione (nitidamente ospedaliera) della ferita chirurgica e della quale è impossibile individuare l'esatto momento cronologico patogenetico (anche se svariati elementi fanno propendere che ciò sia avvenuto durante la "prima" degenza); anche da tale data in avanti risultano una serie di passaggi gestionali dell'infezione censurabili …"

-con riferimento alle lesioni all'integrità psicofisica *complessivamente* riportate dalla paziente, i consulenti d'ufficio hanno affermato che:

"…tutto ciò ha comportato una dilatazione del periodo di inabilità temporanea rispetto a quello atteso in assenza dei suddetti fatti colposi; trattasi di giorni 80 (ottanta) di inabilità temporanea totale (giornate di ricovero aggiuntive) e di circa sei mesi di inabilità temporanea parziale 75% (v. andamento storia clinica descritto); dopo tale periodo la vicenda ha trovato una sorta di stabilizzazione e comunque in presenza di manifestazioni facenti parte del quadro menomativo definitivo e dunque la sintomatologia successiva a tale intervallo di tempo va riassorbita nel danno biologico permanente che segue.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236

Quanto ai postumi permanenti: la necessaria premessa è che anche in assenza dei fatti di causa ci saremo trovati di fronte ad una situazione menomante non indifferente trattandosi di impegnativo meningioma frontale destro laddove, pur a fronte di un tempestivo intervento chirurgico non complicato da successive sovrapposizioni settiche, era comunque da attendersi l'esito dell'emisindrome sinistra a cui oggi assistiamo (o almeno parte di essa a motivo quantomeno della brusca e non recuperabile interruzione della fisioterapia che aveva iniziato a dare i suoi frutti) nonché le sequele comiziali manifestatesi e tutt'oggi di importante rilievo clinico (anch'esse quanto meno in parte); uno scenario similare permette di configurare ragionevolmente, pur senza certezze assolute parametriche (ciò che spiega l'utilizzo di un range piuttosto che di un numero assoluto), un valore di invalidità permanente del 25-30%; la situazione attuale (v. dati clinici e semeiologici dei giorni nostri prima descritti doviziosamente) configurano un quadro di invalidità permanente del 55%; dunque ai fatti colposi tutti descritti consegue in termini di danno biologico *una quota di c.d. "danno differenziale" del 25-30% con situazione che è dunque passata dal 25-30%*, che ci si sarebbe atteso se tutto fosse andato per il meglio con iniziale trattamento non complicato, *all'attuale 55%*; ciò in linea altresì con i più noti baremes valutativi di branca medico-legale …

È questa la quantificazione del danno unitariamente inteso e complessivamente da addebitarsi sia a carico dei predecessori degli attuali convenuti che a questi ultimi, senza che possano stabilirsi degli arbitrari pro-quota di diverso peso generatore del danno; del resto, tale ultimo aspetto (peraltro di impossibile caratterizzazione a meno di sconfinare in atecnica illazione) non fa esplicitamente parte del quesito posto ai CTU.

Tale situazione, al di là di minime possibili oscillazioni cliniche, è da ritenersi stabile e non suscettibile di significativa emendabilità futura.

Infine, non sono prodotte spese mediche congrue e adeguate al caso; il followup per il futuro è al momento garantito gratuitamente in ambito di SSN …"

-in replica alle osservazioni critiche dei CTP della convenuta, gli ausiliari del Tribunale hanno opportunamente replicato che:

"…la ipotesi prospettata dai CTP che l'isolamento colturale di S. epidermidis, da CVC, fosse da considerare un semplice contaminante e che per tale motivo i sanitari dopo un "iniziale disorientamento" decisero comunque di intraprendere terapia antibiotica con Levofloxacina non risulta né convincente né razionale.

Infatti, se così fosse, la scelta di introdurre terapia con *CP_6* il 15.12.2011 e di mantenerla fino al 19.12.2011 non troverebbe spiegazione se si considera che l'antibiogramma dell'esame colturale indicava resistenza del battere isolato proprio alla *CP_6*

Delle due l'una: o come sostengono i CTP il predetto battere era da interpretare come contaminante e quindi non bisognevole di trattamento antibiotico ovvero, come rilevabile dalla documentazione sanitaria, venne ritenuto (sulla scorta anche del quadro clinico) meritevole secondo i sanitari di terapia antibiotica A tale proposito appare opportuno ricordare che, nella giornata del 15.12.2011, la paziente aveva manifestato iperpiressia (con puntate fino a 38 °C) ed era stato rilevato un aumento della PCR (2,68 mg/dL) con ciò inducendo i sanitari ad intraprendere terapia antibiotica.

A fronte quindi di una condivisibile scelta di praticare antibiotico-terapia mal si comprende l'utilizzo di Levofloxacina molecola alla quale il battere risultava resistente.

Che la terapia introdotta non fosse coerente con quanto indicato nell'antibiogramma trova conferma sia dalla successiva evoluzione clinica (rilievo di raccolta purulenta in data 20.12.2011) sia dalla decisione di iniziare dalla stessa data terapia con Teicoplanina e di associare Ceftazidime il giorno successivo (subito sospeso per comparsa di reazione avversa).

Quanto appena descritto dimostra come "l'iniziale disorientamento" proseguì almeno fino al 20.12.2011 quando, correttamente, i Sanitari introdussero in terapia il Targosid (Teicoplanina) farmaco attivo nei confronti dello S. Epidermidis (vedi antibiogramma).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236

Riguardo alla affermazione dei CTP, secondo i quali un esame colturale da praticare dalla raccolta purulenta resasi evidente in data 20.12.2011 "sarebbe stato probabilmente negativo, a meno di ritardare di almeno due giorni l'inizio della terapia, per eseguire un tampone dopo adeguato periodo di wash out", la mancata esecuzione impedisce purtroppo di avere notizie relativamente alla eventuale presenza di microrganismi presenti nella raccolta. Certo è che la presenza di un eventuale microrganismo resistente alla *CP_6* fino a quel momento somministrata, avrebbe avuto buone probabilità di essere isolato.

Per quanto alla opportunità della esecuzione di esame RMN encefalo è evidente che le informazioni da essa ricavate avrebbero permesso, come già riportato nella bozza peritale, di evidenziare o escludere l'estensione della raccolta che, se rilevata, avrebbe certamente indotto i sanitari a proseguire la terapia antibiotica anche dopo la dimissione (così come peraltro consigliato dallo specialista chirurgo in occasione del controllo del 22.12.2011).

Riassumendo e concludendo si ritiene che, con ragionamento controfattuale, un diverso comportamento diagnostico-terapeutico dei sanitari avrebbe, con elevata probabilità scientifica, permesso che la paziente non venisse dimessa ancora portatrice di raccolta purulenta …"

°°°

-la liquidazione del danno da invalidità permanente e temporanea a carico di *Controparte_1* va preceduta dalle seguenti considerazioni

-il pregiudizio complessivamente subito dalla paziente a causa delle condotte mediche colpose sia dell' *Controparte_3* sia dell' *Controparte_7* è stato in questa sede individuato dai consulenti d'ufficio in un danno differenziale permanente tra il 25%-30% (ai presenti fini valutato nella percentuale mediana del 27%) e il 55% nonché in un'invalidità temporanea di 80 giorni al 100% e di ulteriori sei mesi al 75%

-i consulenti d'ufficio hanno affermato che non sussistono elementi idonei a giustificare una ripartizione del danno tra l' *Controparte_3* e l' *Controparte_7* in base alla gravità delle rispettive colpe e all'entità delle conseguenze che ne sono derivate

-ora, occorre muovere dalla scelta processuale della difesa attorea di instaurare separati giudizi risarcitori nei confronti dapprima dell' *Controparte_3* e successivamente nei confronti dell' *CP_8* *[...]*

[.. giudizio nei confronti dell' *Controparte_3* si è concluso con la transazione del 22 marzo 2017 con la quale le parti si sono accordate per il pagamento della somma omnicomprensiva di € 180.000,00

-tale scelta processuale ha precluso in radice il concreto accertamento, nel contraddittorio con entrambi i responsabili civili, delle effettive quote di corresponsabilità a carico dei coobbligati

-peraltro, la difesa attorea ha inteso agire nei confronti di *Controparte_1* in qualità di coobbligata, per l'intero danno subito da *Parte_1* e, quindi, anche per la quota che, nei rapporti interni tra le strutture coobbligate, sarebbe ascrivibile all' *Controparte_9*

[...], il disposto del primo comma dell'art.2055 c.c. giustifica l'accoglimento dell'azione risarcitoria per ro danno, essendo salvo il diritto di regresso di *Controparte_1* nei confronti dell' *[...]* *CP_10*

[...] l'avvenuto pagamento, da parte dell *Controparte_3* della somma di € 180.000,00 in favore della danneggiata in esecuzione della transazione del 22 marzo 2017, comporta che il risarcimento liquidato a carico di *Controparte_1* con la presente pronuncia deve essere decurtato di tale somma (rivalutata dalla data del pagamento a quella odierna)

-in caso contrario, si verificherebbe un illecito arricchimento in favore della danneggiata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236

-ciò premesso, il danno non patrimoniale complessivamente subito dalla paziente, di anni 52 alla data di stabilizzazione dell'invalidità, ammonta a complessivi **€ 326.169,00** (€ 419.924,00 per 55% - € 115.040,00 per 27% = € 304.884,00 - € 21.285,00 per l'invalidità temporanea)

-la somma di € 326.169,00 come sopra liquidata in moneta attuale a titolo di danno non patrimoniale va maggiorata degli interessi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata alla data di stabilizzazione dei postumi (23 luglio 2012, cfr. pag.9 CTU: cessazione del processo infiammatorio da infezione), come poi rivalutatasi anno per anno (ai sensi di Cass.Sez.Un. 17/2/1995 n.1712), in base alla variazione indici *Org_3* , dal 23 luglio 2021 alla data della presente sentenza, oltre interessi legali da tale ultima data al saldo effettivo

-le menzionate somme sono comprensive del risarcimento sia della componente del "danno biologico" sia della componente del "danno morale" secondo i criteri liquidatori giurisprudenziali medi indicati nelle Tabelle del Tribunale di Milano

-non sussistono, infatti, circostanze idonee a giustificare una "personalizzazione" del danno, poiché le componenti di sofferenza allegate dall'infortunata e le manifestazioni comiziali sono state esaminate e ricomprese nelle valutazioni definitive dei consulenti d'ufficio

-dalla somma come sopra liquidata va poi detratta quella di **€ 180.000,00**, maggiorata della rivalutazione monetaria in base alla variazione dei coefficienti degli indici *Org_3* dalla data dell'esborso (22 marzo 2017) alla data della presente sentenza, oltre interessi legali da calcolarsi sulle rivalutazioni della somma capitale anno per anno (ai sensi di Cass. Sez. Un. 17/2/1995 n. 1712), dalla data degli esborsi alla data della presente sentenza

-sulla somma complessivamente spettante a *Parte_1* sono infine dovuti gli interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo effettivo

°°°

-le spese processuali – comprensive di quelle del procedimento ex art.696 bis c.p.c. -- seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo con applicazione dei valori previsti dalle Tabelle dei compensi con riferimento a ciascuna fase processuale effettivamente esperita e all'ammontare del danno in concreto liquidato

-non sussistono gli estremi per la condanna ex art.96 c.p.c. invocati dalla difesa attorea

-la scelta di *Controparte_1* di non evocare il proprio assicuratore nel procedimento ex art.696 bis c.p.c. e nel presente giudizio è insindacabile, anche alla luce della mancata promulgazione dei decreti attuativi di cui all'art.10 l.n.24 del 2017

-altrettanto è a dirsi del mancato riscontro alle richieste risarcitorie formulate dalla difesa attorea, alla luce dell'intera vicenda processuale che ha coinvolto separatamente le due strutture ospedaliere

P.Q.M.

il Tribunale, definitivamente pronunciando ex art.281 sexies c.p.c., così

dispone:

1) condanna *Controparte_1* al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti da *Parte_1* pari a complessivi **€ 326.169,00**

2) la somma di € 326.169,00 come sopra liquidata in moneta attuale a titolo di danno non patrimoniale va maggiorata degli interessi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata alla data del 23 luglio 2012, come poi rivalutatasi anno per anno, in base alla variazione indici *Org_3* , dal 23 luglio 2012 alla data della presente sentenza, oltre interessi legali da tale ultima data al saldo effettivo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236

3) dalle somme liquidate in base ai capi 1) e 2) va detratta quella di **€ 180.000,00**, maggiorata della rivalutazione monetaria in base alla variazione dei coefficienti degli indici *Org_3* dal 22 marzo 2017 alla data della presente sentenza, oltre interessi legali da calcolarsi sulle rivalutazioni della somma capitale anno per anno, dal 22 marzo 2017 alla data della presente sentenza

4) sulla somma complessivamente spettante a *Parte_1* in base ai capi 1), 2) 3) sono infine dovuti gli interessi legali dalla data della presente pronuncia al saldo effettivo

5) condanna *Controparte_1* alla rifusione, in favore di *Parte_1* delle spese processuali che si liquidano in ,00, di cui € 800,00 per sp lle della CTU e di CTP) ed € 7.000,00 per compenso, oltre a CPA, spese generali ed IVA se dovuta.

Milano, 20 ottobre 2023

Il Giudice

dott. Angelo Claudio Ricciardi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-236