R.G. 6558/2021

TRIBUNALE DI MONZA

SEZIONE II CIVILE

****

Il Tribunale di Monza, nella persona del giudice monocratico, dott. Carlo Albanese, ha emanato la seguente

ORDINANZA

nella causa civile sopra indicata proposta

DA

Parte_1, C.F. [redacted], [redacted] elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che la rappresenta e difende come da procura posta in calce al ricorso introduttivo;

RICORRENTE

NEI CONFRONTI DI

Controparte_1, C.F. e P.I. *P.IVA_1*, corrente in [redacted] in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore, dott.ssa *Controparte_2* assistita, elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che la rappresenta e difende come da procura posta in calce alla memoria di costituzione

RESISTENTE

E *[...]*

oparte_3, C.F. e P.I. *P.IVA_2* con sede legale in *CP_3* [redacted] in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore, dott. [redacted], ivi elettivamente domiciliata presso lo studio legale dell'ente e dagli Avv.ti [redacted] e [redacted] come da procura posta in calce alla memoria di costituzione;

RESISTENTE

Oggetto: ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c. per accertamento responsabilità medica e condanna al risarcimento dei danni subiti.

IN FATTO

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato in data 28/07/2021 *Parte_1* ha convenuto in giudizio l' *Controparte_5* di *CP_3* l' *Controparte_6* di [redacted] e l' *Controparte_7* al fine di ottenere l'accertamento e la dichiarazione della responsabilità professionale dei sanitari dei predetti ospedali nella causazione del danno biologico subito dalla ricorrente, in via concorrente tra di loro e ciascuno in relazione ai singoli periodi di ricovero della donna e condannarsi i convenuti in via solidale tra loro al risarcimento del danno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-245

subito nella misura pari a complessivi € 65.278,75 o alla diversa somma che fosse stata riconosciuta in corso di causa.

La domanda è stata articolata sotto tre distinti profili.

Anzitutto, con riferimento all'operato dei sanitari dell' *Controparte_5* di *CP_3* l'odierna parte ricorrente, pur sottolineando la correttezza della tecnica eseguita per l'operazione chirurgica del taglio cesareo effettuato in data 05/10/2010, ha lamentato una negligenza dei medici operanti – e quindi della struttura sanitaria ove questi ultimi esercitavano la propria professione – in relazione alla mancata adozione di tutte le misure idonee a contenere il rischio di contrazione di infezioni nosocomiali, sostenendo che le pratiche poste in essere non sarebbero state sufficienti a scongiurare l'infezione pelvica da stafilococco contratta dalla ricorrente nel corso della degenza.

Analoghi profili di responsabilità medica sono stati ravvisati anche in capo ai sanitari operanti nell' *Controparte_6* di [redacted] – che ebbero in cura la paziente successivamente al parto e proprio a causa dei forti dolori pelvici patiti dalla donna nei giorni successivi – poiché il quadro clinico che quest'ultima presentava all'ingresso della struttura avrebbe richiesto l'effettuazione di tutti gli approfondimenti necessari a diagnosticare quale fosse la causa del malessere mentre, del tutto ingiustificatamente, questi ultimi avrebbero addirittura sospeso la terapia antibiotica in atto così consentendo all'infezione in essere, già piuttosto evidente, di progredire fino alla forazione di un ascesso del tubo ovarico sinistro e di causarle uno stato di sepsi, successivamente analizzato e trattato dall' *Controparte_7*

Con riguardo a tale ultima struttura, la ricorrente ha lamentato la negligenza dei sanitari nella misura in cui avrebbero indicato e posto in essere un intervento – una laparoscopia – non idonea all'individuazione della problematica in atto: l'unica condotta esigibile suggerita dallo stato della paziente era, infatti, l'immediata effettuazione di un intervento di laparotomia.

La ricorrente ha in definitiva lamentato di avere subito un danno biologico eziologicamente ricollegabile al fenomeno infettivo originato dall'operazione di taglio cesareo praticato dai sanitari dell' *Controparte_5* di *CP_3* successivamente proliferato e non risolto dagli altri due nosocomi intervenuti, e sfociato nell'asportazione dell'utero.

A fondamento delle proprie domande, ha prodotto – chiedendone formale acquisizione – copia della relazione redatta in sede di A.T.P. dai Consulenti Tecnici d'ufficio ivi nominati, dott.ri *Per_1* e *Per_2* , che avrebbe acclarato oltre ogni ragionevole dubbio la responsabilità di tutti e tre gli ospedali citati in giudizio i quali, a seguito della notifica del ricorso e del decreto di fissazione dell'udienza del 9.12.2021, si sono regolarmente costituiti in giudizio contestandone la fondatezza.

In particolare, l' *Controparte_8* (costituitasi per [redacted] *CP_6* di [redacted] e l'ospedale *Controparte_7* ha evidenziato la complessità della vicenda ricostruita in sede di A.T.P., caratterizzata da una rarissima infezione difficilmente diagnosticabile e resistente agli antibiotici. Ha eccepito che l'operato dei propri sanitari avrebbe dovuto essere valutata alla luce dei criteri stabiliti all'art. 2236 c.c., trattandosi di prestazione implicante la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità con conseguente risarcibilità del danno procurato solo in caso di dolo o colpa grave imputabile al sanitario. Per di più, avrebbe dovuto aversi riguardo alle condotte esigibili in quel momento, con un giudizio *ex ante*, ponendosi idealmente nel momento in cui l'operatore sanitario avrebbe dovuto scegliere come e in che modalità operare e non con un giudizio *ex post*, alla luce cioè del successivo decorso del quadro clinico, come avrebbero invece operato i C.T.U..

Ha chiesto, pertanto, rigettarsi le domande proposte nei propri confronti, e in subordine, ha sollecitato un'integrazione dell' *CP_9* nella parte in cui il collegio peritale non aveva ripartito le quote di responsabilità imputabile alle tre strutture sanitarie riconoscendo la preponderanza di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

quella attribuibile [redacted] di Bologna, trattandosi della struttura responsabile dell'infezione, di difficile eradicazione in quanto fortemente resistente agli antibiotici.

Analogamente, l'*Cont* di *CP_3* ha contrastato le conclusioni del collegio peritale, evidenziando che i consulenti avevano chiaramente palesato l'interruzione del nesso causale tra il ricovero presso l'ospedale *CP_5* e gli eventi manifestatisi successivamente al parto, alla luce del fatto che la *Parte_1*, dopo l'esecuzione del taglio cesareo d'emergenza effettuato presso tale nosocomio, in data 02/10/2010 aveva autonomamente deciso di rivolgersi ad un'altra struttura.

Ha contestato, inoltre, la personalizzazione non essendo stato allegato il pregiudizio ulteriore ed extra ordinario subito dalla ricorrente, insistendo anch'essa per ripartizione delle, senza vincolo di solidarietà alcuno.

All'udienza del 09/12/2021, le parti presenti si sono riportare ai rispettivi atti introduttivi e hanno chiesto che la causa fosse decisa.

IN DIRITTO

1. Ricostruzione del fatto

Occorre preliminarmente delineare la storia clinica della *Parte_1* sulla base degli elementi documentali e dei dati pacifici e/o non contestati a disposizione del Tribunale.

In data 02/10/2010 alle ore 02:54 *Parte_1* si era recata autonomamente presso il Pronto Soccorso dell' *Controparte_5* di *CP_3* al termine della gravidanza e in procinto di partorire. In tale sede, la donna aveva espresso il desiderio di un parto naturale ma, il "*sospetto prolasso del funicolo*" (*cfr*. cartella sanitaria dell' *Controparte_5* *in atti*) individuato dai sanitari, li aveva indotti a praticare un taglio cesareo d'emergenza senza effettuare altre indagini approfondite sul punto.

Dopo le dimissioni, avvenute in data 05/10/2010, la *Parte_1* era rientrata presso la propria abitazione dove, nei giorni seguenti, aveva iniziato ad accusare forti dolori pelvici accompagnati da episodi febbrili, sepsi grave con insufficienza respiratoria, squilibrio elettrolitico e insufficienza renale.

A causa della persistenza dei dolori nella zona addominale, in data 09/10/2010 presso si era recata al [redacted] dell' *Controparte_6* di [redacted] dove era stata ricoverata per "*algie addominopelviche in G7P% dopo taglio cesareo eseguito in data 02/10/2010 presso altra struttura*" (*cfr*. referto di Pronto Soccorso dell' *Controparte_6* e cartella clinica *Controparte_6* di [redacted] *in atti*) rimanendovi fino al giorno quindici dello stesso mese: gli accertamenti posti in essere dai sanitari avevano evidenziato, quale ipotesi diagnostica, un'infiammazione in corso nella zona pelvica, seppur in mancanza di più approfondite indagini su tale infezione.

Dopo avere eseguito una Tac all'addome pelvico ed esami infettivologici con esisto negativo – la paziente era stata dimessa in data 15/10/2010 in "*buone*" condizioni essendole stato riscontrato "*verosimilmente* [un] *ematoma pelvico dopo taglio cesareo d'urgenza eseguito presso altro ospedale*", con la prescrizione di recarsi in ambulatorio per un controllo il mese seguente.

In seguito alle dimissioni, la *Parte_1* aveva però continuato a lamentare forti dolori nella zona addominale, tanto che la loro persistenza l'avevano costretta a recarsi nuovamente presso il predetto Pronto Soccorso e il 25/10/2010 anche presso [redacted] di [redacted] ove era stata ricoverata per "*algie pelviche in esiti da taglio cesareo*" (*cfr*. diagnosi d'ingresso del referto medico [redacted] di [redacted] *in atti*). Al termine degli accertamenti, in data 27.10.2010 la paziente era stata dimessa con diagnosi di "*SALPINGITE E OVARITE ACUTA*" (*cfr*. referto medico [redacted] di [redacted] *in atti*).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il successivo 5 novembre 2010, si era altresì recata presso il Pronto Soccorso del *[...]* *Organizzazione_1* per algie addominali e perdite ematiche (*cfr.* cartella clinica del *Organizzazione_2* , *in atti*) ove le era stata prescritta una terapia farmacologica e del riposo, in vista di un intervento programmato per la settimana successiva.

Così, il 13/10/2010, *Parte_1* si era presentata nuovamente presso [redacted] di [redacted] ove i sanitari avevano eseguito alcuni approfondimenti diagnostici che avevano fatto sospettare la presenza di un ascesso al tubo ovarico sinistro. Da ultimo, in data 19.11.2010 era stata sottoposta a laparoscopia il 19/11/2010: in tale frangente le era stato asportato l'ascesso ovarico, o meglio, la rinvenuta "*neoformazione inglobata tra anse intestinali e peritoneo pelvico anteriore*". In particolare, l'esame istologico aveva rivelato una "*necrosi endo-miometriale*" causata dalla presenza di liquido infetto e in evidente stato di infiammazione - "*flogosi granulomatosa con presenza di cellule giganti da corpo estraneo (punti di sutura) e marcati depositi di pigmento emosiderinico*" – nonché di alcuni coaguli del sangue – "*trombosi vascolari miometriali. Cervicite cronica riacutizzata*" – nel miometrio, causati dalla presenza di un corpo estraneo quali i punti di sutura.

A pochi giorni dall'intervento, le condizioni di salute della donna avevano stentato a migliorare, essendo per di più comparso dell'"*abbondante versamento liquido con più evidenti raccolte saccate una anteriormente all'utero trasverso di circa 11 cm e un'altra posteriormente all'utero di circa 7 cm*".

Tale persistente stato settico le aveva comportato una rapida perdita di funzionalità degli organi interessati e la necessità di essere sottoposta in data 26/11/2010 a un ulteriore intervento di isterectomia salpingectomia destra omentectomia parziale e ovariectomia sinistra – ovverosia l'asportazione dell'utero, ormai in necrosi. La paziente era stata infine dimessa il 20 dicembre dello stesso anno.

Gli esami eseguiti dall'anatomopatologo su quanto asportato alla ricorrente avevano evidenziato una "*perforazione acuta*" sul tessuto connettivo della parete dell'utero – ovverossia una "*perforazione sulla parete anteriore al passaggio corpo istmo in corrispondenza di area di necrosi transmurale endo-miometrale e stromale con evidenza di flogosi cronica riacutizzata e ascesualizzata*".

Pertanto, in data 08/03/2019 ha avanzato richiesta di risarcimento del danno patito a seguito della c.d. *malpratice* sanitaria (*cfr.* lettera di messa in mora, *in atti*) e, in mancanza di risconto, ha promosso un procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. nei confronti degli odierni convenuti al fine di far accertare la responsabilità dei sanitari dell' *Controparte_5* in via esclusiva ovvero concorrente con l' *Controparte_10* e con l' *Controparte_7* *[...]* nonché l'entità delle lesioni subite e il nesso causale tra l'evento e la condotta medica imputabile a tutte e tre le strutture ove era stata ricoverata sia immediatamente prima che successivamente al parto cesareo avvenuto in data 2 ottobre 2010.

La mancata risoluzione stragiudiziale della lite ha reso imprescindibile la presentazione di un ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c. con cui è stato introdotto il presente procedimento.

2. L'accertamento della responsabilità

Prima di trattare il caso in esame, giova precisare che, per consolidato e risalente insegnamento giurisprudenziale, il titolo della responsabilità risarcitoria ascrivibile alla struttura sanitaria (nonché al medico operante) per l'inadempimento ovvero l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute è di natura contrattuale, che si origina grazie al c.d. contratto di spedalità, che si istaura al momento dell'accettazione del paziente.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Invero, tra la struttura ospedaliera e il paziente, per effetto della mera accettazione, sorge un rapporto di natura contrattuale – atipico – denominato "di spedalità" o di assistenza sanitaria per effetto del quale la struttura assume l'obbligo di adempiere alle prestazioni primarie di carattere sanitario – oltre che quelle di carattere secondario ma sempre funzionali alla presa in carico a scopi di cura, quali il prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero (*cfr.* Cass., civ. n. 8826/2007).

La responsabilità della struttura è quindi per i danni cagionati dall'inadempimento ovvero inesatto adempimento delle varie prestazioni che si è assunta in virtù del contratto sopra menzionato.

Ai fini dell'accertamento della responsabilità, a nulla rileva che la struttura sanitaria nell'adempimento delle proprie obbligazioni si sia avvalsa di propri dipendenti ovvero di collaboratori esterni poiché, ai fini di un esonero di tale responsabilità nei confronti del paziente, rileva unicamente una prova positiva che le conseguenze dannose verificatesi in concreto quale conseguenza della condotta di inadempimento, non siano imputabili alla struttura stessa.

In materia di onere probatorio, se al paziente è richiesto di provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologia già in atto ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza dover provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale, diversamente, al medico ovvero alla struttura sanitaria, spetterà il compito di dimostrare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi furono determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.

Da ciò ne discende che, nel caso in cui sussista la prova dell'inesatto adempimento della prestazione sanitaria da parte della struttura, quest'ultima è tenuta ex artt. 1218-1228 c.c. a risarcire integralmente i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dal paziente per effetto della condotta colposa dei propri dipendenti e/o collaboratori.

A fronte dei principi dell'onere della prova, a fronte dell'inadempimento dedotto dall'attore quale causa del danno patito, è onere del debitore convenuto – ovverossia la struttura ospedaliera – provare di avere esattamente adempiuto alle prestazioni alle quali si è impegnata contrattualmente, e che il danno lamentato non sia a lui imputabile.

Nella particolare ipotesi di evento dannoso per omissione colposa, il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto e il giudice sarà pertanto tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi, il tutto secondo un criterio di "credibilità razionale" o "probabilità logica", in base alle effettive circostanze fattuali.

La giurisprudenza più recente ha infatti valorizzato in ambito civilistico, rispetto al criterio dell'alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica tipico dell'accertamento penale, quello del **"più probabile che non", quale regola che presiede il giudizio qualificatorio del nesso eziologico**.

Conseguentemente, con specifico riguardo alla responsabilità del medico, essendo quest'ultimo tenuto ad espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e 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 tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso** (*cfr.* Cass. sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

Qualora in giudizio sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, **è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario**, mentre è

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

onere del convenuto provare – nel caso in cui la parte attrice abbia assolto ai propri oneri probatori - la causa imprevedibile ed inevitabile e/o l'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione.

Ciò premesso e seppur nei limiti appresso precisati, la domanda risarcitoria proposta dalla ricorrente merita accoglimento, avendo essa pienamente soddisfatto l'onere probatorio posto a suo carico, allegando documentazione dalla quale ben si evince la sussistenza di un contratto di spedalità intercorso con tutte le strutture evocate in giudizio e il loro inadempimento, oltre che il danno non patrimoniale subito in conseguenza di ciò, così come si evince chiaramente dalla relazione di A.T.P., che ben può essere formalmente acquisita agli atti di causa, redatta dai consulenti tecnici d'ufficio nominati in quella sede.

Iniziando l'analisi della condotta posta in essere dall' *Controparte_5* di *CP_3* alla luce delle censure allegate e riportate nel ricorso introduttivo, la responsabilità è certamente di tipo omissivo non avendo la struttura apprestato tutte le misure idonee a contenere ed a ridurre al minimo il fenomeno della contrazione di infezioni nosocomiali. La mancanza di tali "barriere" non avrebbe infatti permesso di scongiurare – a seguito dell'operazione chirurgica di taglio cesareo d'emergenza – l'infezione pelvica da stafilococco contratta in concreto dalla ricorrente durante la permanenza presso la struttura ospedaliera bolognese.

L'accertamento svolto dai C.T.U. è stato eseguito con attenta e rigorosa aderenza alla documentazione sanitaria in atti, palesandosi per tale ragione completo, esaustivo e privo di contraddizioni.

Ma prima di soffermarsi su tale negligenza di tipo omissivo è il caso di precisare che nulla può esserle imputato per l'esecuzione dell'operazione chirurgica di taglio cesareo d'emergenza, avendo i consulenti riferito che la presenza di bradicardia fetale "*è coerente con la presenza di un prolasso di funicolo*" - e che il benessere fetale è stato correttamente monitorato fino a pochi minuti prima della nascita del neonato.

Anche con riguardo all'evoluzione successiva dello stato settico della donna cagionata dallo *stafilococco aureo meticillino resistente* – comunemente noto come germe nosocomiale – l'esecuzione della profilassi antibiotica dell'infezione neonatale da Streptococco B-emolitico è stata ritenuta idonea e conforme ai "*dettami della buona pratica clinica*".

Non altrettanto può affermarsi, di contro, con riferimento alla prova concreta di avere agito con la massima ed esigibile diligenza nell'adozione di tutte le misure idonee a contenere il fenomeno delle infezioni nosocomiali per le quali, a dire del collegio peritale, nonostante l'impossibilità di escludere appieno la contrazione di infezioni in sede ospedaliera, "*esiste però la possibilità di contenerne la ricorrenza attraverso l'adozione ed il rispetto di regole igieniche ormai note*".

Si legge infatti nella relazione: "*l' Controparte_5 di CP_3 non ha prodotto alcuna documentazione riguardante certificazioni di controlli ambientali* […] *ciò impedisce di verificare se la struttura abbia effettivamente messo in campo tutte le misure idonee a contenere il fenomeno delle infezioni ospedaliere*".

Invero, le uniche certificazioni prodotte in sede di accertamento tecnico risalgono a periodi ben più antecedenti rispetto al 2010, anno in cui gli eventi si sono verificati, e in ogni caso, stante il giudizio espresso dai CTU, non sono idonee a certificare l'adozione di tutte le misure necessarie al contenimento dell'infezione. Ciò non avrebbe ovviamente consentito di raggiungere il c.d. "rischio zero", che costituisce certamente una chimera in materia di infezioni nosocomiali, ma, con tutta ragionevolezza, avrebbe verosimilmente ridotto il rischio o, quantomeno, non prestato il fianco alla censura di inadempimento sollevata dalla ricorrente. Ad ogni buon conto, anche per il principio di vicinanza della prova, era onere della convenuta documentare l'adozione delle misure cautelari descritte dai CTU anche per l'anno 2010 sicché, in mancanza, deve giocoforza accedersi alla conclusione a cui sono pervenuti entrambi i CTU, a dire dei quali "*con grande verosimiglianza* ***il germe****, responsabile dell'infezione nosocomiale,* ***ha avuto ingresso nel corso delle manovre***

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

chirurgiche da taglio cesareo praticate presso l'ospedale *CP_5* ***di*** *CP_3* ***e ha avuto modo di esplicare i suoi effetti patogeni nonostante l'adeguatezza della profilassi antibiotica ivi effettuata*****"**.

Passando ad esaminare le censure svolte nei riguardi della seconda struttura ospedaliera presso cui, seguendo un iter strettamente cronologico, è stata ricoverata la ricorrente, l' *Controparte_6* **di** [redacted] non avrebbe trattato con le necessarie cautele l'infezione pelvica già in atto a seguito del parto con taglio cesareo; il ritardo nelle cure apprestate, la mancanza di qualsivoglia approfondimento, unitamente alla mancata adozione – e anzi la sospensione - di una terapia farmacologica e antibiotica, avrebbero infatti consentito che l'infezione progredisse fino a divenire ascesso ovarico al punto tale da perforare l'utero e generare la sepsi.

Invero, in data 07/10/2010 la *Parte_1* si era recata al [redacted] dell' *Controparte_6* di [redacted] per algie addominali e stipsi.

Due giorni dopo era stata costretta a recarsi nuovamente al P.S. riferendo analoga sintomatologia e, a quel punto, i sanitari avevano eseguito differenti esami al fine di meglio chiarificare il quadro diagnostico della paziente e il personale medico presente aveva optato per il ricovero della donna del reparto di ginecologia dell'ospedale.

A seguito di attenta analisi, i CCTTUU sono giunti alla conclusione che "*nessuna censura dunque all'operato di chi prese in carico la p. nel corso dell'accesso in PS del 07/10/2010*", incentrando tuttavia i propri rilevi critici sul decorso clinico e sulla condotta sanitaria prestata presso il reparto di ginecologia, ove la paziente era stata ricoverata dal 09/10/2010 al 15/10/2010.

A loro dire, infatti, il quadro clinico presentato dalla paziente al momento dell'ingresso in struttura - "*addome diffusamente dolente alla palpazione superficiale e profonda, esame ginecologico mal valutabile per scarsa compliance*" e "*lochi scarsi lievemente maleodoranti*" e "*ferita laparatomica ben adesa*" - avrebbe necessitato "*approfondimenti necessari a diagnosticare quale ne fosse la causa non procrastinabili ai diciannove giorni previsti per il successivo controllo ginecologico*".

A tale riguardo, la relazione peritale ha spiegato come "*le infezioni puerperali, gruppo eterogeno di patologie con massima espressione clinica nella sepsi, rappresentano una tra le principali cause di morbilità e mortalità materna, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. La maggior parte di esse si sviluppa nei primi giorni post-partum, frequentemente dopo la dimissione ospedaliera*"[1].

E ancora, per i consulenti **la contaminazione batterica "*si può verificare per il trasporto di germi già presenti sui genitali esterni della donna per via ascendente, per l'impiego di strumenti chirurgici inquinati, ovvero per germi provenienti dalle alte vie respiratorie del personale presente in sala parto non protetto da mascherina*.** *La propagazione avviene, come detto, per via ascendente, attraverso le tube verso il peritoneo, o più frequentemente, per via venosa o linfatica, raggiungendo il plesso venoso latero-uterino, il cellulare lasso contenente linfatici del legamento largo, il peritoneo pelvico*".

"*...Le infezioni più comuni sono quelle superficiali che si verificano a carico dei margini cruentati di una episiorrafia o di una lacerazione riparata. In questi casi i margini appaiono iperemici, tumefatti, induriti.* ***I fili di sutura tagliano i tessuti necrotici causando deiscenza della stessa con fuoriuscita di pus, o essudato ematico-purulento****. Le infezioni della cervice, molto più frequenti di quanto si pensi, sono spesso a partenza da lacerazioni estese ai tessuti parametriali, che rappresentano il punto di partenza per forme generalizzate…*".

[1]Nel 1994 la *Organizzazione_3* (WHO) ha definito la sepsi puerperale quale *"infezione del tratto genitale una clinica insorta a far tempo dalla rottura delle membrane o dal travaglio fino al 42° giorno post-partum in cui è presente febbre e una o più dei seguenti segni o sintomi: dolore pelvico, perdite anomali vaginali in quantità o caratteristiche odorose, subinvoluzione uterina"*.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

L'**endometrite** – infezione generalmente ascendente da flora cervico-vaginale – **rappresenterebbe** "***il primo tempo di un'infezione puerperale grave***, *nei primi giorni dopo il parto i batteri invadono la decidua basale a livello della zona di inserzione placentare che rappresenta un pabulum*[2] *ottimale per la moltiplicazione batterica per la presenza di sangue e tessuti in disfacimento;* ***quando si estendono alla/e attraverso la parete uterina possono conseguire infezioni ai tessuti contigui causando peritonite, ascessi pelvici e tromboflebite pelvica***".

I consulenti hanno indicato – a titolo meramente esemplificativo - quali fattori predisponenti alle infezioni puerperali il travaglio prolungato, le manovre ostetriche, il taglio cesareo, unitamente a un basso livello socio-economico e nutrizionale, condizioni igieniche carenti al momento del parto: "*le complicazioni materne sono rappresentate da sepsi, shock settico, peritonite, ed ascessi pelvici. Le complicazioni neonatali includono depressione neonatale, polmoniti e sepsi neonatali*".

A base dell'infezione, i germi più comuni: "*aerobi Gram positivi (streptococchi e Stafilococchi epidermis ed aureus) o Gram negativi (Escherichia coli Klebsiella pneumonia Pseudomonas aeruginosa Proteus mirabilis); fra gli anaerobi: Peptococco sp. Bacteroides—fragilis, Clostridium ramosum, rarely Cl. Perfringens o anche Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Uroplasma urealyticum*".

Detto ciò, nonostante la presenza di un processo infettivo in corso, la terapia antibiotica iniziata in data 10/10/2010 era stata inspiegabilmente sospesa. Per i consulenti "***la condotta dei sanitari dell'*** *Controparte_6* ***ha consentito all'infezione pelvica di progredire fino alla forazione di un ascesso tubo ovarico sinistro complicato da sepsi osservato e trattato successivamente presso*** [redacted] ***di*** [redacted]

In punto di responsabilità il Collegio peritale ha quindi indicato gli "esami mancanti" del trattamento sanitario corretto che i sanitari avrebbero dovuto somministrare alla ricorrente: "*venne tralasciata l'ipotesi infettiva e si omise di completare l'esame con una cultura dello stesso liquido*"; "*Il 13/10, pervenuto il risultato non indicativo di lesione dell'apparato urinario, venne sospesa la terapia antibiotica malgrado il persistere di esami ematici alterati per indici di flogosi e due giorni dopo la paziente venne dimessa con diagnosi di sospetto "ematoma pelvico" rinviando di ben diciannove giorni il controllo successivo. La stessa diagnosi di verosimiglianza (e non di sufficiente certezza) avrebbe dovuto consigliare un monitoraggio clinico e strumentale longitudinale con ecografie ed esami di laboratorio a breve ed una prudente copertura antibiotica*".

Proseguono, poi, affermando come ***"risulta difficilmente comprensibile e censurabile la sospensione della terapia antibiotica in atto****, pur in costante presenza di indici di flogosi, iniziata in data 10 ottobre, come terapia empirica di processo settico.* ***Non risulta, inoltre, spiegabile il motivo per il quale non si sia proceduto con un esame culturale sullo stesso liquido ottenuto da paracentesi, ad escludere fenomeni infettivi, esame che con grandissima probabilità avrebbe svelato una contaminazione microbica con identificazione del germe patogeno ed indirizzato quindi una terapia mirata****",* lamentando che ***"la condotta clinica dei Sanitari dell'*** *CP_6* *[...]* ***non sufficientemente attenta a considerare ed escludere un processo flogistico pelvico con grande probabilità sovrappostosi ad una modica raccolta ematica in sede della cicatrice cesarea, con conseguente assenza di una adeguata terapia antibiotica ha consentito al processo flogistico infettivo di progredire in quadri clinici ben più importanti osservati successivamente all'*** *Controparte_11* .

Venendo, da ultimo, ad analizzare la responsabilità contrattuale della struttura ospedaliera di [redacted] la ricorrente ha lamentato una condotta negligente, oltre che imprudente, avendo i sanitari tralasciato di prestare le cure adeguate all'infezione pelvica in atto e posto in essere un

[2] Materiale nutrizio che comprende anche le condizioni ambientali che permettono ai microrganismi di crescere e di moltiplicarsi.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

intervento inidoneo a verificare la patologia da cui era affetta la paziente, soprattutto considerando i diversi accessi effettuati, tutti analizzati dai consulenti.

Dapprima, in relazione al ricovero **dal 25/10/2010 al 27/10/2010**, hanno segnalato una "*attenzione dei Sanitari alla patologia ipertensiva della paziente* [ma] *così non può dirsi nei confronti della situazione ginecologica*".

Hanno, infatti, stigmatizzato come **la "*piccola immagine ipoecogena* *di mm 21 x 18***" segnalata dall'ecografia del 25 ottobre 2010 **doveva essere *"meglio indagata*** *soprattutto in riferimento al dato anamnestico di verosimile ematoma in persistenza di indici ematici flogosi modicamente alterati*" tanto da rendere "*difficilmente comprensibile la dimissione senza prescrizione di terapia antibiotica e di controlli clinici ginecologici necessari*". Anche in tal caso, è apparsa "***difficilmente comprensibile la dimissione senza prescrizione di terapia antibiotica e di controlli clinici ginecologici*** *necessari in caso di deiscenza della sutura ad osservare una sua eventuale e favorevole guarigione per seconda intenzione, altrimenti suscettibile di terapia chirurgica*".

Quanto ai successivi ricoveri presso il medesimo ospedale effettuati nel periodo compreso tra il **13/11/2010 ed il 20/12/2010** - inizialmente per "*dolori ai quadranti addominali sinistri*", l'ascesso ovarico era divenuto talmente acuto che il primo intervento del 19/11/2010 era stato praticato in laparoscopia.

Tuttavia, stante a dire dei CCTTUU, la scelta intrapresa dai medici non è stata quella che una prudente condotta chirurgica avrebbe consigliato poiché "*verosimilmente* ***la carente visualizzazione laparoscopica*** *della parete uterina anteriore, sede della cicatrice isterotomica del taglio cesareo* ***non ha consentito di visualizzare un processo flogistico****-infettivo che, anche se limitato nella sua estensione,* ***ha avuto modo di espandersi nei giorni successivi in modo aggressivo causando una ulteriore deiscenza della sutura uterina*** *in tutto il suo decorso. A tal proposito non è escludibile che le inevitabili manovre operatorie di trazione sul pezzo asportato abbiano ampliato una soluzione di continuo già presente ma più limitata in estensione, e già minata nella sua resistenza dal processo patologico in atto*".

L'intervento non era stato affatto risolutivo posto che "*il processo infettivo ebbe modo di espandersi nei giorni successivi sino a comportare la grave sepsi*".

Anche in punto di responsabilità la posizione dei consulenti è chiara e inequivocabile: "***se i Sanitari avessero convertito l'intervento laparoscopico del 19 novembre in laparotomico e condotto a termine l'intervento demolitivo radicale svoltosi poi in data 26.11.10, con grande probabilità lo stato settico della paziente sarebbe stato risolto con giorni di anticipo*** […] *un terreno operatorio anatomicamente particolarmente alterato che evidenziava una particolare difficoltà chirurgica per complicanze a carico dell'apparato intestinale ed ureterale che* ***avrebbe consigliato l'immediata conversione in laparatomia****. La via laparoscopica, anche in virtù degli importanti fenomeni adesivi reattivi, non ha infatti permesso la visione dell'angolo sinistro della breccia isterotomica suturata durante il cesareo, sede di un modesto ematoma metachirurgico, poi infettatosi, poiché situato tra la parete infero-posteriore dell'ascesso tubo-ovarico e parete uterina istmica-anteriore. Proprio in questo punto era stata sospettata ecograficamente la deiscenza della sutura uterina durante il ricovero del 25 ottobre nel medesimo nosocomio e, pertanto,* ***una prudente condotta chirurgica avrebbe consigliato l'immediata conversione in laparatomia che tramite un intervento demolitivo****, come quello praticato poi in data 26 novembre, avrebbe consentito in sicurezza la rimozione radicale del focus infettivo all'origine del grave quadro di infezione pelvica,* ***risolvendo con grandissima probabilità lo stato settico della paziente con sette giorni di anticipo***".

Come ben si evince da tali locuzioni, l'epilogo dell'errato intervento ha comportato in data 26/11/2010 un ulteriore – e questa volta – salvifico intervento chirurgico, con il quale si è ottenuta la bonifica della fonte infettiva presente causata da *Stafilococco aureo meticillino-resistente*, germe che – come pocanzi affermato - ha usualmente origine nosocomiale.

Osservatorio ICA Italia

Tutto quanto sopra esposto, frutto di un adeguato, completo ed esaustivo esame di tutta la documentazione medica prodotta, certifica oltre ogni ragionevole i ripetuti inadempimenti, per lo più omissivi, imputabili a tutte le strutture sanitarie convenute in giudizio, nessuna di esse essendo riuscita a fornire la prova liberatoria di avere agito con diligenza e perizia né la non imputabilità a sé del danno non patrimoniale subito dalla ricorrente in conseguenza di ciò.

Le risultanze della relazione medico legale appaiono invero pienamente rispondenti ai criteri probabilistici in materia di accertamento del nesso causale in campo medico legale, oltre che ben motivare anche a mezzo di richiami alla letteratura scientifica e alle linee guida operanti nel settore di riferimento.

3. Il risarcimento del danno

Tanto premesso in punto di responsabilità, passando all'esame del *quantum debeatur*, sul fronte delle conseguenze dannose di carattere non patrimoniale i CTU hanno accertato sussistere:

- un danno biologico permanente pari al 15%;

- un danno biologico temporaneo di 47 giorni al 100% (totale), di 15 giorni al 75%, di 20 giorni al 50% e, infine, di 20 giorni al 25%.

A tali considerazioni erano giunti i consulenti sulla scorta delle indicazioni delle "*Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico*" della *[...]* *Organizzazione_4* ponendo la menomazione residuata alla *Parte_1* tra la "*perdita dell'utero e degli annessi dopo la maturazione sessuale (impotenza generandi e menopausa iatrogena)*" valutata nella fascia tra il 10-30% e la "*perdita anatomica o funzionale dell'utero dopo la maturazione sessuale (impotenza gestandi)*" valutata nella fascia tra il 5 e il 25%, variegando il danno a seconda dell'età e delle effettive ripercussioni psichiche – nella specie assenti.

Ebbene, la difficoltà nel caso in esame è relativa alla distribuzione in termini percentuali della responsabilità addebitabile in capo a ciascuna struttura ospedaliera, fermo restando il vincolo di solidarietà nei confronti dell'attrice.

A tale riguardo possono essere svolte le seguenti considerazioni.

Anzitutto, è stata accertata la presenza di un'infezione pelvica nel corpo della ricorrente connessa alle procedure chirurgiche di espletamento di parto cesareo effettuato presso la struttura ospedaliera *CP_5* di *CP_3* in data 02/10/2010.

Invero, nonostante i medici operanti avessero somministrato adeguata profilassi antibiotica in relazione all'infezione neonatale da *Streptococco B-emolitico*, alcuna documentazione è stata prodotta in relazione alle misure idonee che l'ospedale avrebbe dovuto attuare al fine di limitare il rischio di contrazione di infezioni nosocomiali, tra cui quella contratta dall'odierna ricorrete di difficile eradicazione.

La condotta ascrivibile **all'** *Controparte_5* **di** *CP_3* consiste pertanto nell'omissione dell'adempimento sanitario all'esecuzione del quale la struttura si era impegnata al momento dell'accettazione della paziente.

È pertanto in tale struttura ospedaliera che **il batterio *Stafiloccocco aureo meticillino resistente*, ebbe modo di generarsi ed evolversi** in mancanza dell'adozione di una idonea e tempestiva terapia antibiotica destinata a colpire e debellare tale germe nosocomiale.

Invero, stante il narrato dei CCTTUU, spesso la tempestiva adozione di trattamenti specifici appaiono utili a scongiurare il rischio di sfociare in interventi chirurgici sebbene in un primo momento non invasivi.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

L'infezione pelvica connessa al taglio cesareo aveva poi avuto modo di progredire in ascesso del tubo ovarico sinistro complicato da un grave stato settico **a causa dell'imperita condotta dei sanitari dell'** *Controparte_6* **di** [redacted]

Invero, se indagati correttamente e con perizia medica il complesso dei sintomi presentati dalla paziente al momento del primo accesso presso la struttura sopra indicata avrebbe certamente permesso di individuare la problematica di cui la ricorrente era affetta, e avrebbe altresì impedito l'evolversi e il rapido aggravio dell'infezione pelvica in corso: come sottolineato dai CCTTUU nel loro elaborato, l'espletamento di un esame culturale – non effettuato – avrebbe giocato un ruolo fondamentale poiché avrebbe fugato ogni dubbio in punto di diagnosi di infezione da *Stafiloccocco aureo meticillino resistente* già in corso.

Detto in altri termini, la sospensione della terapia antibiotica iniziata dalla ricorrente in data 10/10/2010 e giudicata dai CCTTUU quale scelta "*inspiegabile*" era stata frutto di un errore nella diagnosi: la credenza che la *Parte_1* fosse affetta da una mera fistola aveva indotto i medici a sospendere una terapia in atto che certamente non era idonea a curare la parvenza di fistola urinosa.

Tale ricostruzione non è stata neppure contestata dall'odierna convenuta che in sede di assunti difensivi nulla ha ribattuto sul punto.

La condotta dei sanitari dell' *Controparte_6* ha quindi consentito all'infezione pelvica di progredire fino alla formazione di un ascesso tubo ovarico sinistro complicato da sepsi grave osservato e trattato successivamente presso **l'** *Controparte_7* a cui è addebitabile unicamente un ritardo nell'adempimento delle proprie prestazioni e ciò in due differenti occasioni: al momento del primo ricovero presso l'ospedale quando era ancora possibile un trattamento conservativo dell'organo in questione, ma anche con riferimento al secondo ricovero, momento in cui venne praticato con sette giorni di ritardo l'esecuzione dell'intervento demolitorio.

E valorizzando il giudizio di possibilità, anche al netto delle percentuali non indicate dai CCTTUU, ciò pare più che sufficiente ad accollare alla medesima struttura, come di qui a breve sarà chiarito, una percentuale – seppur inferiore – del danno biologico complessivamente residuato a seguito dell'inadempimento.

Si aggiunga che dalla relazione peritale emerge che solo in occasione del secondo intervento le condizioni fisiche della paziente fossero ormai compromesse al punto tale che solo un intervento demolitorio avrebbe potuto risolvere la grave infezione pelvica in atto.

Se da un lato l'asportazione dell'utero era a quel punto inevitabile, dall'altro lato i CCTTUU hanno evidenziato come tale intervento avrebbe potuto essere praticato già in sede di intervento laparoscopico del 19/11/2010: data in cui tale intervento avrebbe dovuto essere trasformato in un intervento laparotomico, individuato dai consulenti quale intervento maggiormente corretto vista la situazione clinica che presentava la paziente.

Ciò avrebbe permesso di risolvere l'infezione con sette giorni di anticipo rispetto alla poi praticata asportazione dell'utero in data 26/11/2010, con conservazione dell'ovaio destro.

In tal senso, la responsabilità della struttura sanitaria di [redacted] non è limitata esclusivamente alla mancata conversione dell'intervento, ma anche – e soprattutto – alle condotte poste in essere dai medici nel corso del ricovero protrattosi dal 25 al 27 ottobre 2010, coinvolgendo così la convenuta nell'errore medico concausante il danno.

Stante tali premesse, la difficoltà [redacted] relativa al caso in esame è consistita nello stabilire con esattezza quale percentuale di probabilità di successo avrebbe avuto la ricorrente - sia al momento di taglio cesareo sia nei momenti dei successivi ricoveri negli ospedali convenuti – di raggiungere un risultato a lei favorevole in punto di risoluzione positiva dell'infezione senza necessità di praticare un intervento demolitivo dell'organo riproduttivo.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ciò al fine di meglio chiarificare le percentuali di responsabilità in capo alle odierne convenute.

Sulla base delle risultanze espositive contenute nella relazione tecnica per le quali – come sopra chiarificato – statisticamente la percentuale dei casi in cui sia possibile raggiungere un risultato favorevole al paziente che ha contratto l'infezione in esame senza alcun intervento demolitivo è pari al 25%; ma non solo.

I CCTTUU hanno chiaramente affermato che se sottoposta a idonea terapia antibiotica *ab origine* l'infezione pelvica che attanagliò la *Parte_1* si sarebbe risolta con un trattamento conservativo consistente in una mera "*terapia antibiotica e controlli longitudinali di più giorni fino alla scomparsa di qualsiasi segno o sintomo suggestivo di infezione pelvica*".

Per altro, si sottolinea in tale sede che tale – corretto - trattamento sarebbe stato indicato [redacted] di [redacted] anche se nella pratica fu del tutto omesso poiché, come hanno avuto modo di fare notare i consulenti, "*all'epoca non v'era ancora evidenza della raccolta saccata annessiale sinistra evidenziata all'ecografia del 25/10/10*".

Tuttavia, si sottolinea come il dato rappresentato dai consulenti nella propria relazione – ovverossia che solo il 25% dei casi di infezione nosocomiale si risolve positivamente con mere terapie antibiotiche – sia rappresentativo di una situazione statistica unitaria che non tiene conto di alcuna variante temporale. Ciò che non è invero ben esplicitato, è la *variazione nel tempo di tale percentuale*: tale mancanza non permette appieno di comprendere *se* e *di quanto* il rischio di un esito nefasto delle terapie antibiotiche aumenti con il passare del tempo.

In tal senso si può nondimeno affermare che la vicinanza temporale tra la data del parto – il 02/10/2010 – e il repentino manifestarsi dei dolori addominali nella paziente – che la indussero a recarsi al P.S. il 10/10/2010 – oltre che la sopra menzionata considerazione dei CCTTUU per i quali se trattata tempestivamente l'infezione nosocomiale in esame può essere risolta con mere terapie antibiotiche, inducono a ritenere che la *Parte_1* avesse, quantomeno già al momento del primo ricovero all' *Controparte_6* di [redacted] buone probabilità di riuscita dall'infezione pelvica che la attanagliava, presumibilmente di gran lunga superiori al 25%, se solo fosse stata individuata una corretta diagnosi e di conseguenza trattata correttamente la problematica in atto. Senza contare che la [redacted] probabilità di riuscita l'avrebbe avuta certamente l'ospedale presso il quale era stato praticato l'intervento chirurgico di taglio cesareo, ovverosia la struttura *CP_5* di *CP_3* l'avere posto in essere tutte le misure idonee a contenere il fenomeno di contrazione delle infezioni nosocomiali avrebbe senza alcun dubbio ridotto quantomeno il rischio di interventi di asportazione di organi riproduttivi.

Alla luce di quanto sopra esposto e di quanto emergente nella relazione dei consulenti, alla ricorrente deve quindi essere riconosciuto un danno biologico permanete pari al 15% - comprensivo delle algie, degli effetti disestetici operati dalle plurime cicatrici e del danno anatomico connesso sia alla reazione infettiva che alle duplici manovre chirurgiche, attribuibile all'operato di ciascuna struttura sanitaria resistente.

Va inoltre condivisa l'indicazione offerta dai CCTTUU in ordine al periodo di inabilità temporaneo di 47 giorni al 100% (totale), di 15 giorni al 75%, di 20 giorni al 50% e infine di 20 giorni al 25%, stante le considerazioni esposte dai CCTTUU.

Lo scrivente non ritiene opportuno riconoscere alcuna personalizzazione del danno risarcibile posta la carenza di allegazioni della ricorrente in punto di eventuali e peculiari condizioni di vita: nulla è emerso infatti con riguardo alla persona della *Parte_1* – a eccezione dell'età e al numero di figli – e alla specifica e personalissima incidenza sulla medesima della lesione patita.

Il principio dell'unitarietà del danno non patrimoniale, per il quale tale danno di intende onnicomprensivo di qualsiasi lesione di interesse o valore costituzionalmente protetto, obbliga il giudice di merito a tenere conto, ai fini risarcitori, di tutte le conseguenze derivanti dal danno. Per

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

tale ragione, dunque, il risarcimento spettante all'attrice va riconosciuto e liquidato, in moneta attuale, in complessivi euro 50.688,75 conforme alle tabelle di Milano aggiornate all'anno 2021.

Devalutata alla data di scadenza del periodo di invalidità temporanea la somma si riduce a euro 49.939,66 e che, successivamente rivalutata sino alla data odierna e comprensiva degli interessi compensativi maturata anno per anno è pari a euro 60.555,82. Su tale somma dovranno essere aggiunti gli interessi nella misura legale maturati a decorrere dalla data odierna sino a quella dell'effettivo soddisfo.

Tale importo, riconosciuto il vincolo di solidarietà nei confronti della ricorrente, essendo il danno causalmente riconducibile a ciascuna delle condotte, attive od omissive, poste in essere da tutte le strutture sanitarie, nei soli rapporti interni tra questi ultime deve essere ripartito come segue: 50% a carico dell' *Controparte_5* di *CP_3* 35% a carico dell' *Controparte_6* di [redacted] e infine 15% a carico dell' *Controparte_7* con conseguente diritto dei coobbligati in solido di ripetere la somma eventualmente corrisposta in favore dell'attrice in eccedenza rispetto alla propria quota.

Nessuna spesa medica è stata documentata.

L'accoglimento della domanda attorea comporta l'applicazione del criterio della soccombenza di modo che le parti convenute vanno condannate, in solido tra loro, alla refusione delle spese sostenute dall'attrice per l'assistenza e la rappresentanza in giudizio che si liquidano come da dispositivo sulla base dei compensi medi previsti dal d.m. 55/2014 per le sole fasi concretamente espletate di esame e studio e introduttiva del giudizio, tenuto conto della causa e della tipologia di attività professionale in concreto svolta e dell'aumento spettante nella misura del 30% stante la pluralità di parti convenute.

Vista l'ammissione dell'attrice al beneficio del gratuito patrocinio tali spese vanno distratte in favore dello Stato. Nell'attesa dell'istanza di liquidazione che sarà depositata dall'Avv. [redacted] e al fine di evitare un ingiusto vantaggio patrimoniale dello Stato, il relativo importo sarà pari alla metà ex art. 130 d.p.r. 115/2002.

P.Q.M.

Il Tribunale di Monza accoglie le domande di parte attrice e, per l'effetto,

CONDANNA

l *Controparte_12* e *Controparte_13* e l *[...]* *Controparte_1*, in persona dei legali rappresentanti p.t., a corrispondere all'attrice, in solido tra loro e a integrale soddisfazione del danno non patrimoniale subito, la complessiva somma di euro 60.555,82, già rivalutata e comprensiva degli interessi compensativi maturata alla data odierna, su cui andranno corrisposti i soli interessi moratori eventualmente maturati da tale ultima data sino a quella del saldo effettivo;

DISPONE

che tra i coobbligati in solido, nei soli rapporti interni tra loro, le quote di corresponsabilità siano ripartite nella misura del 50% a carico dell' *Controparte_5* di *CP_3* (e in questa sede dell' *CP_12* di *CP_3*, 35% a carico dell' *Controparte_6* di [redacted] e 15% a carico dell' *Controparte_1*), con conseguente diritto dei coobbligati in solido di ripetere la somma eventualmente corrisposta in favore dell'attrice in eccedenza rispetto alla propria quota;

CONDANNA

l' *Controparte_12* e l' *Controparte_1*, in persona dei legali rappresentanti p.t., a rifondere all'attrice le spese di lite sostenute nel presente giudizio che,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

liquidate in complessivi euro 2587,00 per compensi, oltre 15% per spese generali, c.p.a. e I.V.A. come per legge, vanno distratte in favore dello Stato ex art. 130 d.p.r. 115/2002.

Così deciso in Monza in data 27/01/2022.

Il Giudice

Carlo Albanese

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it