



VERBALE TRATTAZIONE SCRITTA

E

SENTENZA EX ART.281-SEXIES CPC

Il giorno 08/11/2023 è chiamato a trattazione scritta ex art. 127-ter Cpc il procedimento **R.G. 17622/2020**.

Il Giudice

Lette le note scritte depositate per l'odierna udienza;
provvede, all'esito della camera di consiglio, al deposito telematico contestuale della motivazione e del pedissequo dispositivo della seguente decisione.



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale Ordinario di Roma

Sezione XIII Civile

in persona del giudice Alberto Cisterna, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 17622/2020 del R.G.A.C.

TRA

Parte_1 (C.F. C.F._1), assistito e difeso dagli avvocati [redacted] e [redacted]

attore

E

Controparte_1
[...] (C.F. P.IVA_1), in persona del legale rappresentante pro tempore, assistito e difeso dall'avvocato [redacted]
[redacted]

convenuta

oggetto: responsabilità professionale sanitaria

conclusioni:

per parte attrice: «Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione: a. accertare e dichiarare la responsabilità esclusiva di natura contrattuale e/o extracontrattuale della Controparte_2

[...] nella causazione dei danni biologici (danno e maggior danno) cagionati al Dr. Parte_1 a seguito delle prestazioni sanitarie eseguite in suo favore come meglio descritte in premessa; b. accertare e dichiarare che dalla condotta professionale posta in essere dai sanitari della struttura sanitaria convenuta in favore del Dr. Parte_1 è derivato un maggior danno, nonché un danno alla salute di quest'ultimo da cui sono residuati postumi invalidanti di natura permanente quantificati nella misura del 30 % dell'integrità psicofisica, nonché una invalidità temporanea assoluta per giorni 90 ed un'invalidità temporanea parziale ad un tasso medio del 50 % per giorni 130; c. per l'effetto, condannare la [...]

Controparte_1 in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento di tutti i danni, nessuno escluso, subiti dal Dr. Pt_1 [...] che si quantificano nella misura di € 150.000,00 a titolo di danno biologico, oltre ad € 1.500,00 quale rimborso per le spese mediche sostenute dall'attore in occasione delle diverse prestazioni sanitarie resesi necessarie a causa della condotta degli

operatori della convenuta di cui in premessa, così per un totale di € 161.500,00, così calcolato in base ai criteri adottati presso il Tribunale di Roma di cui alla Tabella dell'anno 2018, oltre alle altre voci di danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c., che dovranno essere liquidate in via equitativa o secondo giustizia tenuto conto del grave pregiudizio arrecato alla vita di relazione dell'attore, nonché del danno morale anche a titolo di pecunia doloris per gli ulteriori interventi chirurgici che ha dovuto subire l'attore, oltre al danno derivante dalla perdita di chances di guarigione che saranno a lui precluse a causa delle menomazioni fisiche, danni questi, che verranno determinati alla stregua delle risultanze di causa e, soprattutto, alla luce della CTU medico-legale e specialistica di cui si richiede sin d'ora l'ammissione, ovvero nella diversa misura, maggiore o minore – da determinarsi all'esito della predetta CTU, oltre gli interessi e rivalutazione monetaria dal dì dell'evento sino all'effettivo soddisfo. Con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio da distrarsi in favore degli avvocati costituiti»;

per parte convenuta: *«in via principale per declaratoria di nullità della espletata CTU per violazione degli artt. 194 comma 2 c.p.c. e 90 comma 1 disp. att. c.p.c. e per lesione del diritto di difesa di cui all'art. 24 Cost. e del contraddittorio di cui all'art. 101 c.p.c. della [REDACTED] nonché per violazione dell'art. 194 avendo indagato extra petita, circa fatti costitutivi della pretesa mai allegati dall'istante, con conseguente rinnovo della stessa ex art. 196 c.p.c.; In via gradata ed in ogni caso, per il rigetto della domanda attorea in quanto infondata e non provata, Con vittoria di spese e attribuzione ex art. 93 c.p.c. che si indicano in complessivi euro 12.000,00 oltre accessori di legge».*

FATTI DI CAUSA E RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione, notificato il 05.03.2020, Parte_1 esponeva: che all'inizio dell'anno 2013 esso attore aveva iniziato ad accusare una sintomatologia doloroso-disfunzionale localizzata sul rachide con diffusione algica al gluteo ed all'arto inferiore sx, dunque nel febbraio 2014, era stato

sottoposto ad intervento chirurgico di *“emilaminectomia foraminotomia sx di stabilizzazione interspinosa con back fuse”* presso l' Controparte_1 di Roma; che il successivo 31.03.2014 era stato nuovamente ricoverato presso il predetto Istituto per sottoporsi ad intervento chirurgico di *“riapertura, emilaminectomia e snectomia L3-L4 sx, neurolisi L5-S1 sx”*; che in data 7 aprile 2014 era stato ricoverato presso l' Controparte_1 dove veniva sottoposto ad altro intervento chirurgico di *“toiletta, rinforzo della natura madre, rimozione del dispositivo back-fuse”* e era stato dimesso in data 28.04.2014 con diagnosi: *“deiscenza della ferita chirurgica lombare e sospetta meningo encefalite secondaria in paziente già sottoposto ad intervento di stabilizzazione L5-L1”*; che nonostante i numerosi interventi chirurgici, il suo stato di salute non era migliorato, ma anzi peggiorato con sintomatologia doloroso-disfunzionale a carico della colonna a livello L/S e degli arti inferiori (specialmente a sx); che, infatti, dalla fine dell'anno 2014 esso attore aveva subito numerosi trattamenti sanitari con molteplici cicli di neuro-riabilitazione oltre a ripetuti accertamenti diagnostici per cercare di recuperare la funzionalità e limitare i dolori che si erano ormai cronicizzati; che ad oggi, il quadro clinico dell'attore era caratterizzato da: *“Marcata contrattura della muscolatura paravertebrale; dolente la pressione digitale in corrispondenza delle apofisi spinose. Movimenti limitati nel loro complesso per circa 1/2 e riferiti dolenti. Rachide D/L/S: porta busto ortopedico; cicatrice chirurgica in regione lombare; marcata contrattura antalgica della muscolatura paravertebrale; riferita dolente la digitopressione in corrispondenza di tutta la colonna; movimenti di flessione-estensione ridotti di circa 1/2. Movimenti di inclinazione e rotazione laterale limitati di circa 1/2 ed accusati dolenti. Manovra di Lasègue positiva a 30° bilateralmente, molto evidente a sn”*; che, conseguentemente, la deambulazione era possibile con due bastoni canadesi e a piccoli passi; la flessione della colonna è limitata già ai gradi intermedi, la palpazione delle spinose e dei muscoli paravertebrali lombari è dolente, Valleix + lungo L5 ed S1 a Sn, ipo-estesia a carico arto inferiore sx in territorio L3-L4-L5, tanto da non riuscire né salire né a

camminare sulle punte dei piedi e sui talloni; che secondo la consulenza medico-legale la responsabilità della CP_2 convenuta doveva evidenziarsi a partire della errata indicazione chirurgica che aveva portato necessariamente al II° intervento per trattare l'ernia discale L3-L4 che era stata trascurata in occasione del primo ricovero e del primo intervento, a ciò è seguito necessariamente un III° intervento per l'insorgenza della spondilo-discite e della sospetta meningo-encefalite poi, fortunatamente, risoltasi senza conseguenze particolarmente nefaste.

2. Tanto premesso, e svolte ulteriori considerazioni anche quanto all'ammontare del risarcimento richiesto, parte attrice rassegnava le conclusioni di cui in premessa.

3. Si costituiva in giudizio la Controparte_1
[...] il quale deduceva: che, in via preliminare, avrebbe dovuto accertarsi la tempestiva costituzione in giudizio di parte attrice onde doversi dichiarare estinto il procedimento ex art. 307, co. 4 Cpc; che, ancora in via preliminare, l'azione era da dichiararsi improcedibile per difetto di contraddittorio ex art. 102 Cpc nei confronti dei soggetti medici autori dei fatti in quanto l'attore riconduce l'azione non a fatto proprio di essa struttura convenuta, bensì a condotta dell'operatore chirurgico del personale sanitario addetto alla stessa e tuttavia non chiamato in giudizio; che, l'atto di citazione era da dichiararsi inammissibile ex art. 164 Cpc per violazione dell'*editio actionis*, per non aver parte attrice sufficientemente individuato e qualificato i fatti materiali lesivi del diritto e la relativa fattispecie costitutiva, nonché per violazione della *vocatio in ius* attesa la mancata indicazione del Tribunale innanzi al quale la domanda è stata proposta; che, ancora, la domanda era da dichiararsi inammissibile non avendo precisato la norma di diritto violata e quindi se si tratta di responsabilità ex art. 1228 c.c. od anche di responsabilità ex art. 2043 c.c., o art. 2049 c.c. o, ancora, ex art. 2236 c.c.; che, nel merito, a seguito

del primo intervento del 4.2.2014 il paziente aveva ripreso la deambulazione autonoma senza deficit di nuova insorgenza e con miglioramento della sintomatologia algica come da cartella clinica; che, infatti, il successivo 8.2.2014 era stato dimesso a domicilio con prescrizione di Tachipirina 1 gr al bisogno, controllo ferita chirurgica a 3 giorni e controllo ambulatoriale a 30 giorni; che in data 31.3.2014 il paziente era stato nuovamente ricoverato per una progressiva insorgenza di sintomatologia algica a carico degli AAII con claudicatio neurogena dopo un iniziale periodo di benessere a seguito dell'intervento precedentemente eseguito; che, in data 1.4.2014, era sottoposto ad intervento di riapertura emilaminectomia L3-L4 sn e neurolisi L5-S1 sn; che, conseguentemente, la nuova insorgenza di sintomatologia algica era da attribuirsi alla non osservanza delle norme comportamentali e posturali consigliate dai sanitari; che in relazione al terzo ricovero, si poteva parlare di una possibile complicanza di infezione in situ chirurgico e, tuttavia, a seguito degli esiti degli esami culturali il paziente era stato sottoposto a terapia antibiotica specifica con successivo miglioramento delle condizioni.

4. Tanto premesso, e svolte ulteriori considerazioni anche quanto all'ammontare del risarcimento richiesto, parte convenuta rassegnava le conclusioni di cui in premessa.

5. Disposta consulenza collegiale, la causa è chiamata all'odierna udienza per la decisione.

6. La domanda è fondata e, pertanto, deve essere accolta.

7. Si devono prendere in considerazione le eccezioni preliminari articolate da parte convenuta; al riguardo si osserva quanto segue:

a) parte attrice si è costituita il 10.03.2020, ovvero cinque giorni dopo la notifica via pec della citazione (05.03.2020), e dunque nell'osservanza del termine previsto dall'art. 165 Cpc (10 giorni);

b) quanto alla violazione del contraddittorio ex art. 102 Cpc per non aver citato in giudizio i medici operanti, si osserva che secondo quanto disposto dall'art. 7, comma 1, l. 24/2017 *«La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose»*; la struttura sanitaria accetta, infatti, il rischio d'impresa connesso all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione (cfr. Cass. civ., sez. III, n. 28987/2019); il litisconsorzio necessario rivendicato da parte convenuta attiene al caso di chiamata in giudizio della sola compagnia assicurativa regolato dall'art. 12, co. 7 l. 24/2017 privo di applicazione per la mancata approvazione del decreto attuativo; resta, in ogni caso, salva l'azione di rivalsa da esercitare secondo le modalità previste dalla citata legge 24/2017;

c) infondata è la censura di nullità ex art. 164 Cpc per violazione dell'*editio actionis*; premesso che *“la nullità dell'atto di citazione per "petitum" omesso od assolutamente incerto, ai sensi dell'art. 164, quarto comma, cod. proc. civ., postula una valutazione caso per caso, dovendosi tener conto, a tal fine, del contenuto complessivo dell'atto di citazione, dei documenti ad esso allegati, nonché, in relazione allo scopo del requisito di consentire alla controparte di apprestare adeguate e puntuali difese, della natura dell'oggetto e delle relazioni in cui, con esso, si trovi la controparte”* (Cass. civ., sez. II, n. 1681/2015), si deve, nel caso di specie, escludere che la domanda sia indeterminata attese le diffuse ed argomentate controdeduzioni della controparte, affrontate nel merito nei propri scritti difensivi, anche in risposta alla consulenza di parte del dott. CP_3 (prodotta in allegato alla memoria ex art. 183 n.2 Cpc) richiamata in citazione;

d) infondata è, altresì, la contestazione circa la mancata individuazione del tribunale competente, posto che l'intestazione della citazione è indirizzata al "*Tribunale civile di Roma*" (v. anche decreto ex art. 168-bis Cpc emesso dopo la costituzione del convenuto) va comunque dato atto della tempestiva comparsa di costituzione di parte convenuta che, in ogni caso, sana il vizio della *vocatio in ius* con efficacia ex tunc;

e) l'indicazione della norma di diritto sostanziale dedotta a fondamento della domanda (art. 1218 ect.) non assume alcun rilievo defensionale sia perché compete al decidente la qualificazione giuridica della fonte normativa della responsabilità sia perché è lo stesso legislatore ad avere individuato tale fonte a seconda che sia dedotto un comportamento della struttura o del personale dipendente (v. art. 7, co. 1, legge 24/2017;

f) quanto alla eccezione di nullità della CTU sollevata da parte convenuta nelle note conclusionali del 18.8.2023, si impongono le seguenti considerazioni: la

CP_2 convenuta ha contestato che, depositato in PCT il giuramento telematico da parte dei CTU in data 23.09.2023 con cui si comunicavano alle parti la data e il luogo di inizio delle operazioni peritali, sia seguita l'ordinanza del 29.09.2021 con la quale il giudice pro-tempore aveva disposto l'inizio delle operazioni peritali "*in data da concordare e comunicare alle parti, ai difensori e in telematico*"; ha, conseguentemente, dedotto il convenuto che né il difensore, né il consulente tecnico di parte avevano ricevuto alcuna notificazione/comunicazione riguardo l'inizio delle operazioni peritali, che si erano pertanto svolte in loro assenza; e, quindi, all'udienza fissata per l'esame della CTU parte convenuta aveva eccepito la nullità della consulenza peritale, eccezione rigettata dal giudice pro-tempore "*sul presupposto che nella dichiarazione di giuramento (depositata telematicamente dai Periti prima dell'udienza di conferimento incarico) fosse stata indicata la data di inizio delle operazioni peritali*"; sul punto si osserva che: a) la data di inizio delle operazioni peritali era stata nel

giuramento telematico depositato dai CTU e che l'indicazione data dal giudice dovesse soltanto operare laddove i consulenti non vi avessero già provveduto per cui nessun dubbio poteva insorgere circa la data di inizio delle operazioni peritali non essendovene una diversa da quella indicata; b) è vero che ai sensi degli artt. 194, comma 2, c.p.c. e 90, comma 1, disp. att. c.p.c., alle parti deve essere data comunicazione del giorno, ora e luogo di inizio delle operazioni peritali e che l'omissione (anche di una) di tali comunicazioni sia, di per sé, ragione di nullità della consulenza, la quale si consuma, tuttavia solo quando, avuto riguardo alle circostanze del caso concreto, ne sia derivato un pregiudizio del diritto di difesa per non essere state le parti poste in grado di intervenire alle operazioni, pregiudizio che non ricorre ove risulti che le parti, con avviso anche verbale o in qualsiasi altro modo, siano state egualmente in grado di assistere all'indagine o di esplicitare in essa le attività ritenute convenienti (Cass. civ., sez. II, n. [3047/2020](#); vedi anche Cass. civ., sez. II, n. 3047/2020); c) nel caso di specie parte convenuta si è limitata a contestare genericamente la pretesa omissione, senza però specificare quale sia stata l'effettiva lesione del diritto di difesa per la mancata partecipazione al solo momento dell'inizio delle operazioni peritali; d) circostanza, invero dirimente, è che dagli allegati alla relazione depositata emerge che la "bozza" dell'elaborato era stata inviata al convenuto e, purtuttavia, non erano pervenute note critiche, fattispecie questa non solo non contestata, ma persino dedotta dalla stessa parte convenuta che nelle citate note ha dedotto che *«Solo con la notifica della bozza di relazione, la difesa della concludente prendeva contezza dello svolgimento dell'accertamento peritale in essere»* (pag. 2); a rigore l'elaborato non era stato perfezionato e la parte convenuta, omettendo di formulare le prescritte osservazioni, ha essa stessa – nella propria traiettoria argomentativa – contribuito al cagionarsi della pretesa nullità (art. 157, co. 3, Cpc).

8. D'altra parte si evidenzia che la sentenza della Cassazione sezioni unite n. 5624/2022 ha affermato che *"le parti possono sollevare rilievi critici sulla CTU – relativi alla valutazione delle risultanze dell'elaborato peritale e diretti a sollecitare il potere valutativo del giudice – per la prima volta, in sede di comparsa conclusionale"*, per cui in ogni caso alcuna preclusione si è consumata anche per questo profilo segnato dall'inerzia del convenuto in corso di operazioni peritali.

9. Ancora, parte convenuta contesta la nullità della CTU per violazione dell'art. 194 c.p.c., per aver i consulenti compiuto accertamenti tecnici, medico-legali, esulanti dai compiti di indagine loro affidati dal *thema decidendum* cristallizzato dall'attore; in particolare, parte convenuta asserisce che i consulenti abbiano censurato la condotta della Struttura sanitaria in relazione all'insorgere di infezione nosocomiale, tenendo in conto di un aspetto mai dedotto da controparte a fondamento delle proprie pretese risarcitorie non emendate neanche con la prima memoria ex art. 183 co. 6 Cpc.

10. Sul punto si rendono necessari due ordini di riflessioni: in primo luogo, pur non avendo la parte attrice nella citazione specificamente menzionato l'infezione incorsa tra il primo e il secondo intervento come causa del danno, lo stesso atto introduttivo rinvia alla consulenza di parte medico-legale resa dal dott. CP_3 la quale evidenzia che *"la spiegazione del quadro neurologico verificatosi nel pz., dopo i due interventi subiti (specie dopo il secondo), sia certamente da attribuire all'insorgenza della sepsi"* (pag. 7); inoltre la stessa parte convenuta nella propria comparsa di costituzione (pag.7) e nelle proprie note citate riferisce che l'esame colturale del liquor evidenziava una *"crescita di S.Epidermidis"* e una *"complicanza infettiva con verosimile interessamento meningeo"* cui fa, parimenti, riferimento parte attrice nell'atto di citazione laddove afferma che le dimissioni del 28.4.2014 erano avvenute con la seguente diagnosi: *"deiscenza della ferita chirurgica lombare e sospetta meningo encefalite secondaria in paziente già sottoposto ad intervento di stabilizzazione L5-L1"*.

11. Non si tratta, quindi, della deduzione operata dai Ctù - senza conferimento del relativo incarico - di un fatto storico (la sepsi) che abbia consistenza costitutiva del diritto azionato, ma di un evento che si è inserito nella sequenza causale innescata dalla originaria malpractice che connota il primo intervento assumendo i connotati, appunto, di una meningo encefalite “secondaria”.

12. In altri termini individuato il *primum movens* del danno nell'errore commesso nel primo intervento, era onere della Struttura dedurre il corretto adempimento delle procedure di prevenzione infettiva che resta periferico nelle allegazioni di parte attrice e si inserisce piuttosto nel ciclo causale inaugurato il 4.2.2014 (Cassazione n. 31886 del 06/12/2019); d'altronde i Ctù non hanno acquisito alcun ulteriore documento rispetto a quanto allegato dalle parti e la valutazione espressa appartiene alle competenze dei consulenti nel senso sopra cennato (*«In tema di consulenza tecnica di ufficio, in virtù del principio dispositivo e dell'operare nel processo civile di preclusioni, assertive ed istruttorie, l'ausiliare del giudice, nello svolgimento delle proprie attività, non può - nemmeno in presenza di ordine del giudice o di acquiescenza delle parti - indagare di ufficio su fatti mai ritualmente allegati dalle parti, né acquisire di sua iniziativa la prova dei fatti costitutivi delle domande o delle eccezioni proposte e nemmeno procurarsi, dalle parti o dai terzi, documenti che forniscano tale prova. A tale regola può derogarsi soltanto quando la prova del fatto costitutivo della domanda o dell'eccezione non possa essere oggettivamente fornita dalle parti con i mezzi di prova tradizionali, postulando il ricorso a cognizioni tecnico-scientifiche, oppure per la prova di fatti tecnici accessori o secondari e di elementi di riscontro della veridicità delle prove già prodotte dalle parti»* (Cassazione citata n. 31886); e non v'è alcun disallineamento tra le parti sulla cronologia degli eventi susseguitesì, per cui l'insorgenza della meningo encefalite - in ossequio ad un'antica massima per cui *causa causae est causa causati* - rappresenta una deviazione del decorso etiologico di una vicenda che non avrebbe avuto inizio nel caso di corretto adempimento del primo

intervento ad opera dei sanitari (cfr. *ex multis* Cass. civ. sez. III, ordinanza n. 17696/2020).

13. Conclusivo, sul punto, le considerazioni dei Ctù: *“Altra scelta errata: in occasione del primo intervento non è stata eseguita profilassi antibiotica perioperatoria, come prescritto dalle linee guida in materia (v. pag. 53) ma sono state somministrate soltanto quattro dosi da 2 gr di piperacillina sodica giornaliere, dopo l'intervento. Ancora più grave: dopo che un esame colturale del 24 febbraio 2014 aveva già dimostrato la presenza, di un germe resistente a tutte le penicilline, lo staphylococcus epidermidis, in un campione di non si sa quale materiale biologico, al momento del secondo intervento chirurgico, il 1.4.2014, non sarebbe stata praticata profilassi antibiotica perioperatoria ma solo Piperacillina (penicillina ad ampio spettro) nel post operatorio 2 gr il giorno dell'intervento e due dosi da 2 gr il giorno seguente. Dopo 6 giorni, il 7.4 il Dott. Pt_1 veniva ricoverato d'urgenza con sintomi di sospetta meningoencefalite secondaria e deiscenza della ferita chirurgica. Durante questo ricovero venivano accertate infezione liquorale, infezione della secrezione paravertebrale e infezione della ferita chirurgica, tutte da staphylococcus epidermidis. E' del tutto evidente come i trattamenti sopra descritti di profilassi antibiotica perioperatoria chirurgica fossero errati e che, in loro vece, sarebbero stati consigliabili altri e più incisivi interventi antimicrobici, dettati anche dalle linee guida”* (pag.60); tanto che durante il terzo ricovero *“sono state accertate infezione liquorale da Staphylococcus epidermidis (10.04.2014), infezione della secrezione paravertebrale da Staphylococcus epidermidis (16.04.2014), infezione della ferita chirurgica da Staphylococcus epidermidis (19.04.2014). Tali infezioni del sito chirurgico e, per diffusione, del liquor, sono da interpretare come infezioni nosocomiali dipendenti da criticità nella organizzazione dell'Istituto [REDACTED] (pag.55).*

14. Ciò premesso, il decidente stima ragionevoli, convincenti e coerenti con i dati documentali le considerazioni rassegnate nell'elaborato peritale. Analizzando l'iter preliminare all'intervento chirurgico, si rileva che il sig. Pt_1 si era sottoposto ad accertamenti clinico-strumentali da cui era emerso

un quadro degenerativo a livello lombo-sacrale. E infatti, lo stato dell'arte su cui i sanitari si trovarono ad operare teneva conto di una *"Lombosciatalgia sinistra, claudicatio neurogena con autonomia di marcia di circa 10 minuti, conseguenti a manifestazioni spondilistiche e degenerative delle articolazioni interapofisarie, ernia discale espulsa in sede mediana e laterale sinistra a livello L3-L4, ampia protrusione circonferenziale ad ampio raggio con impegno foraminale bilaterale a livello L4-L5, ernia discale in sede mediana e laterale sinistra con impegno foraminale a livello L5-S1."* (pag.51). Secondo quanto indicato dal collegio peritale *"tali accertamenti, avendo a base la sintomatologia lamentata dal periziando, quale lombalgia con disturbi sciatalgici localizzati all'arto inferiore sinistro, con ridotta autonomia di marcia, prima di porre indicazione a un intervento chirurgico, avrebbero consigliato di eseguire dapprima una terapia medica e fisioterapica conservativa"*. Lo specialista, tuttavia, decise di trattare chirurgicamente il paziente, optando per una foraminotomia sinistra di L5, senza praticare erniotomia o discectomia e, altresì, di trattare una inesistente listesi mediante l'inserimento del dispositivo interspinoso "Bac-Fuse". Il sanitario decise, però, di non trattare l'ernia espulsa presente al livello L3-L4. Di più: secondo le linee-guida in materia si sarebbe dovuto eseguire la citata profilassi antibiotica perioperatoria (v. sopra): il 24.2.2014, venti giorni dopo l'intervento chirurgico praticato, a seguito dell'esame colturale di materiale pervenuto in siringa, il paziente era risultato "positivo" per la presenza di *Staphylococcus epidermidis*.

15. Annotano i Ctu: *"è stato scelto di trattare una listesi non descritta, con un dispositivo non congruo allo scopo ed è stato scelto di non trattare un'ernia espulsa. Ne è testimonianza il fatto che dopo 40 giorni dal primo intervento di rimozione dell'ernia L5-S1, il 14.03.2014 è stato necessario sottoporre il paziente a RM della colonna lombo-sacrale, per poi sottoporlo a distanza di poco meno di due mesi dal primo, a intervento di erniectomia L3-L4. Con una strategia di trattamento chirurgico ben condotta e scevra di complicanze, non si sarebbe ottenuta la restitutio ad integrum, ma si sarebbe potuta*

ottenere un risultato funzionale migliore” (pag. 55-56); quindi, in sequela e in risposta ai quesiti, la relazione evidenzia:

a) che «dopo il ricovero dal 3 all’8 febbraio 2014, alla dimissione veniva posta diagnosi di “discopatia ed instabilità L5-S1 sinistra”. Tale diagnosi era incompleta: non veniva specificato infatti che la discopatia era plurima, consistendo di “ernia discale espulsa in sede mediana e laterale sinistra a livello L3-L4, ampia protrusione circonferenziale ad ampio raggio con impegno foraminale bilaterale a livello L4-L5 e ernia discale in sede mediana e laterale sinistra con impegno foraminale a livello L5-S1”, come documentato dalla RM del 20.1.2014. Soprattutto, la diagnosi era inesatta: non c’era alcuna prova di instabilità L5-S1 sinistra e non erano mai stati praticati accertamenti specifici in tal senso. Dopo il ricovero dal 31.3 al 4.4.2014, la diagnosi di dimissione è stata “E.D. L3-L4 sn, stenosi L5-S1” Tale diagnosi poteva essere considerata corretta, anche se piuttosto sintetica, dato che l’ernia discale L3-L4, come si è visto, era già stata dimostrata sia dalla prima RM, già citata, che dalla seconda RM in data 14.3.2014, dopo il primo intervento, che dimostrava “stenosi del forame di coniugazione L5-S1 di sinistra con tessuto che oblitera il grasso della sua porzione inferiore”. Dopo il ricovero dal 7.4.2014 al 28.4.2014 la diagnosi di dimissione era “deiscenza della ferita chirurgica lombare e sospetta meningoencefalite secondaria in paziente già sottoposto ad intervento di stabilizzazione L5-S1. Ipertensione arteriosa. Alterata glicemia a digiuno”. La diagnosi poteva essere considerata corretta ma era incompleta mancando qualsiasi accenno alla spondilodiscite post chirurgica L3 L4 da streptococcus epidermidis, che era il principale focolaio da cui l’infezione si era estesa a livello del liquor e del tessuto nervoso e che venne correttamente diagnosticata con le RM del 3.5.2014 e del 5.5.2014, pochi giorni dopo le dimissioni dal [REDACTED] durante il ricovero a [REDACTED] ;

b) “riguardo al primo errore di diagnosi, riguardante la pretesa instabilità L5-S1 sx, si è già scritto che in realtà non esistevano elementi diagnostici clinici e strumentali che lo giustificassero. Riguardo la mancata diagnosi di spondilodiscite durante il terzo ricovero, non si può dire che non fossero state fatte le indagini cliniche e strumentali necessarie alla diagnosi, per cui l’ipotesi più probabile è che non fossero stati

correttamente interpretate, anche se i dati illustrati nel referto della RM del rachide del 14.4.2014 appaiono in realtà altamente compatibili con la diagnosi in questione”

c) “durante i tre ricoveri al Controparte_1 prima degli interventi, il paziente ha firmato dei moduli di consenso informato con informazioni relative al possibile non successo degli interventi, e ai rischi, fra cui le infezioni superficiali o profonde che potevano rendere necessario un reintervento o terapie antibiotiche specifiche”;

d) “come già scritto a pag. 52-53 di questa relazione, gli accertamenti clinico strumentali praticati al Dott. Parte_1 avevano mostrato manifestazioni artrosiche intersomatiche ed interapofisarie, ernia discale espulsa in sede mediana e laterale sinistra a livello L3-L4, ampia protrusione circonferenziale ad ampio raggio con impegno foraminale bilaterale a livello L4-L5, ernia discale in sede mediana e laterale sinistra con impegno foraminale a livello L5-S1. Tali accertamenti, avendo a base la sintomatologia lamentata dal periziando, quale lombalgia con disturbi sciatalgici localizzati all’arto inferiore sinistro, con ridotta autonomia di marcia, prima di porre indicazione a un intervento chirurgico, avrebbero consigliato di eseguire dapprima una terapia medica e fisioterapica conservativa. Optato invece per una soluzione chirurgica, per il primo intervento, il 4 febbraio 2014, fu scelto di praticare una foraminotomia sinistra di L5, senza erniotomia o discectomia, trascurando l’ernia espulsa a livello L3-L4, il che costrinse al secondo intervento del 1 aprile 2014; inoltre si decise di trattare una instabilità L5-S1 di cui non c’era alcuna prova (listesi) mediante l’inserimento del dispositivo interspinoso “Bac-Fuse”, non congruo oltretutto allo scopo” --- «Il trattamento chirurgico poi eseguito il 18 aprile 2014, durante il terzo ricovero al di toilette della ferita, rinforzo della dura madre e rimozione del dispositivo Bac Fuse, fu corretto, come sostanzialmente corretta fu la terapia pluriantibiotica prescritta e quella antidiabetica, che migliorarono le condizioni generali del paziente pur non giungendosi ancora alla diagnosi di spondilodiscite, che, una volta correttamente diagnosticata, necessitò di una prolungata terapia specifica antibiotica per via locale e generale (tre ricoveri di circa 20 giorni ciascuno presso L’ Organizzazione_1 di Cortina, alternati

a proseguimento domiciliare della terapia antibiotica per vie generale, fino al 22.9.2014)”;

e) “La scelta del primo intervento chirurgico non poteva ritenersi adeguata rispetto al caso specifico, oltretutto essendo non provata la diagnosi di instabilità L5 S1 sn. La profilassi antibiotica, obbligatoria per le linee guida rispetto ai tipi di intervento eseguiti durante il primo e il secondo ricovero presso CP_1 non furono eseguite correttamente secondo le linee guida, tanto più quando, al momento del secondo intervento, già si sapeva della presenza di un germe resistente a tutte le penicilline”;

f) “in più momenti dei due primi ricoveri presso CP_1 il trattamento, chirurgico nel primo ricovero e medico-infettivologico nel primo e nel secondo ricovero non sono stati seguiti in conformità alle metodiche medico-chirurgiche stabilite dalla prassi e dalla scienza medica»;

g) “si è privilegiato l'intervento chirurgico ove sarebbe stato opportuno adottare un atteggiamento più conservativo; si è scelto inizialmente un solo livello di intervento neurochirurgico (L5-S1 sn) mentre le ernie discali più gravi erano a due livelli (L3-L4 e L5-S1), per di più presupponendo che ci fosse anche una instabilità L5-S1 del tutto non dimostrata; si è adottata una insufficiente profilassi antibiotica perioperatoria al primo intervento, replicata anche al secondo, malgrado fosse già stata dimostrata la presenza di germi penicillino resistenti; anche se nel terzo ricovero le strategie terapeutiche sono state più corrette ed efficaci, non è stata posta diagnosi di spondilodiscite ove sussistevano tutti gli elementi per sostenerla e la effettiva terapia della stessa è stata lasciata alla responsabilità di interventi terapeutici successivi, specie quelli presso l' Organizzazione_1 di Cortina d'Ampezzo”;

h) “esistevano tutti gli elementi per intraprendere una corretta esecuzione dei trattamenti nei vari momenti in cui il periziando è stato ricoverato presso il [REDACTED]. Il non averli intrapresi costituisce responsabilità colposa della struttura. Inoltre non bisogna dimenticare che la contaminazione della ferita chirurgica con il batterio responsabile dell'infezione è avvenuta, con maggiore probabilità che non, durante il

ricovero presso il [REDACTED] derivandone una responsabilità anche per le presumibili non sufficienti misure di prevenzione delle infezioni nosocomiali presso la stessa struttura".

16. A fronte di questo compendio la parte convenuta ha dedotto che "Il dr Parte_1 è affetto da Sindrome da Fallimento della Chirurgia Spinale (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS) - In letteratura la incidenza di tale condizione varia ampiamente con valori dal 5 al 36%. - Variabilità dovuta ovviamente a diversi criteri diagnostici e di rilievo statistico. - In ogni caso è un rischio possibile, in particolare quando si interviene per patologia spinale degenerativa» (pag. 10 note) e a seguire "Si tratta di una condizione ovviamente iatrogena che riconosce però un discreto numero di fattori di rischio, alcuni di questi presenti nel caso del paziente, come il diabete mellito, responsabile di una polineuropatia che ne ha aggravato in deficit motorio. Per quanto riguarda i due interventi subiti negli anni successivi presso l' CP_4 contribuiscono anche essi alla definizione di un quadro FBSS. Va però sottolineato che la condizione di stenosi lombare plurisegmentaria, rilevata all' CP_4 verosimilmente è connessa anche ad una progressione della patologia artrosico-degenerativa e non può essere considerata come una conseguenza delle precedenti procedure chirurgiche"; si tratta di una valutazione meramente congetturale non riscontrata neppure dell'indicazione di una convergente letteratura scientifica, quanto al danno iatrogeno indicato come mera "complicanza" operatoria mette conto ricordare che la classificazione dell'evento lamentato dal sig. Pt_1 quale "complicanza" censita nella letteratura scientifica di riferimento non assume, infatti, valore dirimente ai fini della decisione considerato che - secondo gli approdi della giurisprudenza in materia - onde poter poi stabilire in concreto se sussista o meno una condotta negligente, imprudente o imperita «nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui

ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile» (Cassazione n. 13328 del 30/06/2015; e conf. Cassazione n. 35024 del 29/11/2022) e, conseguentemente, almeno «in caso di prestazione professionale medico-chirurgica di "routine", spetta al professionista superare la presunzione che le complicanze siano state determinate dalla sua responsabilità, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento; ne consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "complicanze intraoperatorie", ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio» (Cassazione n. 24074 del 13/10/2017).

17. In ordine alla quantificazione del danno i Ctu hanno evidenziato una *“Sindrome da fallimento della chirurgia vertebrale (Failed Back Surgery Syndrome – FBSS), consistente in esiti di stabilizzazione lombosacrale ora rimossa, esiti di spondilodiscite L3-L4 e raccolta simil-liquorale purulenta da infezione da Staphylococcus epidermidis con importante quadro algico-disfunzionale, limitazione della stazione eretta e deambulazione con appoggio bilaterale su bastoni canadesi; esiti di secrezio meningo-encefalitico con stato confusionale e iperpiressia; sofferenza neurogena cronica a carico dei muscoli innervati dalle radici L4-L5-(S1) bilateralmente; grave stato depressivo maggiore con elevata quota d’ansia” da porre in “chiaro rapporto causale fra l’operato dei sanitari dell’*Controparte_1 *e i postumi” (pag. 65).*

18. Ciò posto il paziente *“preoperatoriamente, prima dei plurimi interventi di chirurgia vertebrale eseguiti in data 04.02.2014, 01.04.2014 e 18.04.2014, presso l’*Controparte_1 *era affetto da: “Lombosciatalgia sinistra,*

claudicatio neurogena con autonomia di marcia di circa 10 minuti, conseguenti a manifestazioni spondilosiche e degenerative delle articolazioni interapofisarie, ernia discale espulsa in sede mediana e laterale sinistra a livello L3-L4, ampia protrusione circonferenziale ad ampio raggio con impegno foraminale bilaterale a livello L4-L5, ernia discale in sede mediana e laterale sinistra con impegno foraminale a livello L5-S1».

19. Sussiste, quindi, un danno differenziale con riguardo alla «situazione clinica, preesistente agli interventi avvenuti durante i tre ricoveri in [REDACTED] comportava una invalidità preesistente, in concorrenza con gli attuali postumi di tali interventi, valutabile intorno al 20% (con riferimento indicativo prevalente alle Linee Guida della Org_2 e considerando con prudenza, dato il diverso riferimento normativo, anche le Linee Guida CP_5 per l'accertamento degli stati invalidanti» (pag. 65) per cui «la situazione attuale, come descritta al punto 4, configura una riduzione permanente della complessiva integrità psicofisica del soggetto nella misura del 45%. Di questo 45%, il 20%, come già scritto, deve essere considerato come invalidità preesistente, concorrente. Ne consegue che il maggior danno, attribuibile a responsabilità medica per i tre ricoveri del 2014 presso il Controparte_1 debba essere valutato nella misura del 25% a partire dal 20% preesistente. Anche in questo caso il riferimento è alle Linee Guida Org_3 del 2016» (pag. 66).

20. In applicazione delle Tabelle approvate dal Tribunale di Roma si perviene per l'IP alla seguente liquidazione: anni 65 al tempo del fatto; euro 228.121,45 (45%) - 50.918,08 (20%) = euro 177.203.37 alla data odierna.

21. Quanto alla durata della inabilità assoluta e relativa i Ctu hanno dedotto che “Considerando i tre ricoveri presso CP_1 di cui il secondo è stato necessario per cercare di rimediare l'errata impostazione chirurgica del primo e il terzo per curare l'infezione presumibilmente iniziata già durante il primo ricovero e aggravata con il secondo, e i ricoveri successivi, necessari per curare la spondilodiscite e poi la compromessa situazione del rachide lombosacrale, si può valutare un periodo di inabilità temporanea assoluta della durata di 45 (quarantacinque) giorni e un periodo di inabilità temporanea relativa al 75% della durata di 130 (centotrenta) giorni e un

periodo di inabilità temporanea relativa al 50% di 50 (cinquanta) giorni" (pag. 66). Essendo prevista dalle Tabelle approvate la somma giornaliera di euro 128,07 pro-die si consegue la somma di euro 5.763,15 per Ita di 45 gg.; la somma di euro 12.487,80 per ITA al 75% per 130 gg.; la somma di euro 3.201,50 per ITA al 50% per 50 gg..

22. L'importo complessivamente dovuto a titolo di danno non patrimoniale è pari a euro 198.655,82; a tale somma occorre aggiungere la liquidazione del danno morale soggettivo rappresentato dal complesso delle sofferenze aggiuntive, dei patemi, delle preoccupazioni, delle crescenti difficoltà di adattamento patite dal sig. Pt_1 per effetto della reiterazione degli interventi e del pericolo letale rappresentato dalla contrazione della meningite encefalite. Tenuto conto della circostanza che si tratta di un danno differenziale non può applicarsi il range di aumento per tale componente del danno non patrimoniale per come previsto dalle Tabelle per cui si ritiene ragionevole ed equo un aumento dell'importo sopra indicato nella misura media del 15% per complessivi euro 228.454,20.

23. Trattandosi di debito di valore è necessario ora individuare il valore di riferimento per il calcolo del lucro cessante e l'individuazione del valore di applicazione dei coefficienti di rivalutazione anno per anno per ritardato pagamento, liquidati in conformità all'orientamento assunto sul punto dalla Corte di cassazione con la sentenza n. 1712 del 1995; tale sentenza, infatti, da un lato, riconosce la risarcibilità del lucro cessante derivato al danneggiato per la perdita dei frutti che avrebbe potuto trarre dalla somma dovuta se questa fosse stata tempestivamente corrisposta, danno liquidabile anche con l'attribuzione di interessi, e, dall'altro, esclude che si possa assumere a base del calcolo di tale danno la somma liquidata come capitale nella misura rivalutata definitivamente al momento della pronuncia; quanto al danno da lucro cessante, la Corte ha affermato che tale danno deve essere provato (anche con il ricorso a criteri

presuntivi) e può essere liquidato, in via equitativa, anche mediante l'attribuzione di interessi, la cui misura va determinata secondo le circostanze obiettive e soggettive inerenti al pregiudizio sofferto; quanto poi agli effetti negativi della svalutazione monetaria, la Corte ha, altresì, affermato che, nell'ambito della valutazione equitativa compiuta ai fini del ristoro del danno da lucro cessante e nei casi in cui vi sia un intervallo di tempo consistente tra l'illecito e il suo risarcimento, *«può tenersi conto (...) del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, calcolando gli interessi (per esempio, anno per anno) sul valore della somma via via rivalutata nell'arco del suddetto ritardo, oppure calcolando indici medi di svalutazione»*; a tale orientamento questo giudice ritiene di doversi allo stato adeguare, assumendo a base del calcolo degli interessi il capitale nel suo valore medio tra la data iniziale (4.2.2014) e quella finale (8.11.2023), tenendo conto degli indici medi di svalutazione del periodo, pubblicati dall' *Org_4* , oppure, stante la sostanziale equivalenza del risultato, prendendo a base la semisomma dei due valori considerati (valore iniziale alla data del fatto e valore finale alla data della presente pronuncia); quanto alla prova e alla liquidazione di tale danno, ritiene questo giudice che si possa far riferimento, in via presuntiva, alle usuali modalità di impiego del risparmio da parte delle famiglie italiane, e cioè ai rendimenti medi derivanti da investimenti in titoli di Stato - BOT, CCT, *Orga* depositi vincolati a termine (v. per riferimenti: SS.UU. 5/4/1986 n. 2368); quindi, al fine di effettuare il calcolo del lucro cessante per il ritardato adempimento della prestazione risarcitoria in presenza di un debito di valore occorre procedere al calcolo della semisomma tra l'importo di euro 228.454,20 e quello devalutato alla data del fatto illecito (4.2.2014); si consegue, così, l'importo di euro 210.055,21 $(191.656,21 + 228.454,20 : 2)$; sulla somma di euro 210.055,21 decorrono, quindi, gli interessi nella misura accordata per i depositi vincolati a termine al 31.6.2023 ossia 1.00 % (v. per riferimenti: SS.UU.

5/4/1986 n. 2368) dalla data del fatto (3.2.2014) a quella dell'odierna pronuncia (8.11.2023): la somma finale di euro 230.565,80.

24. Non risultano riportate nel fascicolo le asserite spese di cura, per tale ragione non prese in esame della Ctù.

25. Le spese di lite seguono la soccombenza e tenuto conto dell'accoglimento della domanda proposta da parte attrice e dei criteri di cui all'art.4 D.M. 55.2014 possono essere liquidate come da dispositivo e distratte in favore dei procuratori dichiaratisi antistatari attestandosi sul quadrante dei valori minimi per scaglione di valore.

P.T.M.

condanna parte convenuta al pagamento in favore di Parte_1 della somma di euro 230.565,80 oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;

condanna la medesima parte convenuta al pagamento delle spese di lite che liquida in euro 7.997,00 oltre Iva, Cpa, contributo spese generali al 15%, rimborso contributo unificato e rimborso compensi della consulenza tecnica d'ufficio liquidati in atti, con distrazione in favore dei procuratori dichiaratisi antistatari.

Così deciso in data 8.11.2023.

(firmato digitalmente)

sentenza redatta con la collaborazione della dott.ssa Giulia [REDACTED]