N. R.G. 1794/2022

TRIBUNALE ORDINARIO DI TERNI
SEZIONE CIVILE

Nella causa civile iscritta al n. r.g. **1794/2022** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] giusta procura allegata al ricorso, ed elettivamente domiciliata presso il suo studio, sito in Terni, [redacted]

RICORRENTE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), in persona del suo legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv.to [redacted] in virtù di procura allegata alla comparsa di costituzione, ed elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore sito in Perugia, [redacted]

RESISTENTE

Il Giudice dott.ssa Francesca Grotteria,
a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 05.03.2024, ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

1. Con ricorso ex art. 702-*bis* c.p.c., *Parte_1* adiva l'intestato Tribunale al fine di sentir "*condannare l'* *Controparte_2* *per tutti i motivi in fatto e in diritto esposti in narrativa, al risarcimento in favore dell'odierna ricorrente sig.ra* *Parte_1* *di tutti i danni non patrimoniali quantificati complessivamente nell'importo di € 109.258,00 e/o in quella diversa somma che il Giudice riterrà di giustizia nonché al risarcimento di tutti i danni patrimoniali quantificati rispettivamente in € 1.952,00 IVA inclusa per l'acconto onorari di CTU liquidato dal Giudice nel corso del procedimento per ATP distinto al R.G. n. 636/21 (salvo aggiungere il saldo che il Giudice liquiderà con decreto nello stesso procedimento) e in € 6.100,00 IVA inclusa per onorari di CTP e/o in quella diversa somma che il Giudice riterrà di giustizia; - condannare l'* *[...]* *Controparte_2* *al pagamento integrale delle spese di lite e dei compensi professionali del presente procedimento da distrarsi in favore del Procuratore dichiaratosi antistatario".*

1.1. A sostegno delle suesposte conclusioni, la ricorrente deduceva: - che, in data 11.02.2015, era stata ricoverata presso il reparto di chirurgia digestiva e unità fegato dell *Controparte_2* *[...]* per essere sottoposta ad intervento di plastica addominale, riduzione di voluminoso laparocele e lipectomia riduttiva post-chirurgico; - che, a seguito dell'intervento, la ferita chirurgica era andata incontro a complicanza infettiva trattata con terapia antibiotica e medicazioni; - che, in seguito, l'esame batteriologico delle urine era risultato positivo per escherichia coli e per

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

klebsiella pneumoniae e l'esame batteriologico del liquido peritoneale era risultato positivo per staphylococcus aureus; - che, successivamente, era stata sottoposta ad ulteriori interventi, sempre complicati da infezioni del sito chirurgico; - che, nel corso della degenza, le era stato diagnosticato da un neurogolo un "*disturbo depressivo maggiore cronicizzato con crisi di ansia e stato ansioso generalizzato legato a patologia medica*", nonché, da una psicologa, un "*disturbo post-traumatico da stress cronico persistente in comorbidità con un 300.4 (F34.1), disturbo depressivo permanente di grave entità con episodio depressivo maggiore persistente ed ansia grave*" corrispondente ad un danno biologico permanente di natura psichica nella misura del 22%; - che, in conseguenza degli episodi di *malpratice* sanitaria, aveva, inoltre, subito un danno complessivamente valutabile in un'inabilità temporanea assoluta giorni 90, un'inabilità temporanea parziale al 50% per giorni 150 ed in un danno biologico permanente valutabile nella misura del 15%; - che, aveva, allora, introdotto un procedimento di accertamento tecnico preventivo (iscritto al n. R.G. di questo Tribunale al n. 636/21), nel corso del quale i periti incaricati, dott. *Persona_1* e dott. *Persona_2*, avevano depositato in data 18.06.2022 l'elaborato peritale definitivo, ove era stato confermato l'inadempimento dei sanitari nel trattamento della paziente e quantificato il danno biologico permanente nella misura complessiva del 20%, oltre ad un'invalidità temporanea totale di gg. 40 ed un'invalidità temporanea parziale di gg. 70 al 75% e di gg. 150 al 50%; - che, stante l'esito negativo del tentativo di conciliazione per mancata adesione della resistente *Controparte_2*, doveva esserle riconosciuto in questa sede il corrispondente danno conseguenza, nelle sue componenti patrimoniali e non patrimoniali da quantificarsi alla luce dei parametri offerti dalle Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano, anche tenendo conto dell'assenza delle condizioni per qualificare il caso clinico affrontato come problema tecnico di speciale difficoltà.

2. Si costituiva in giudizio l' *Controparte_1* chiedendo, previo mutamento del rito in ordinario, il rigetto delle domande attoree in quanto infondate in fatto ed in diritto.

2.1. Deduceva la resistente: - che i protocolli e le linee guida erano state rispettate, come evidenziato in sede di ATP, dai propri consulenti tecnici; - che, con particolare riguardo all'adeguatezza della terapia antibiotica, non trovava alcun fondamento né nelle linee guida né nella letteratura medica l'adeguatezza del ricorso alla dose addizionale intraoperatoria di antibiotico suggerita dai c.t.u., atteso che nessuna terapia antibiotica risultava idonea a contrastare la flogosi se indotta da un corpo estraneo quale, per l'appunto, una protesi, essendo l'espianto della suddetta l'unica via di contrasto; - che il successivo riformarsi del laparocele recidivo aveva reso necessario un successivo intervento in data 29.03.2016, la cui esigenza nulla però aveva che vedere con la situazione di infezione precedente, risoltasi prima del ricovero del mese di marzo 2016; - che il successivo rigetto delle protesi e delle sacche ascessuali sottocautanee aveva reso necessario un ulteriore ricovero, effettuato in data 15.10.2016, il quale, tuttavia, non era affatto correlabile al precedente intervento del 2015, essendo trascorsi ben 7 mesi ed essendo stati isolati germi totalmente diversi da quelli della ISC del primo intervento chirurgico; - che, infine, la "setticimia da stafilococchi" rilevata nel corso dell'intervento del 2018, caratterizzato da risultati finali soddisfacenti sia esteticamente che chirurgicamente, non era

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

in alcun modo addebitabile al precedente intervento; - che, in ogni caso, la ricorrente era una paziente affetta da obesità grave (BMI: 53) - per questo facilitata alla profilazione di batteri a livello cutaneo - già soggetta ad instabilità emotiva e da patologia psichiatrica (in alcun modo correlata all'intervento dei sanitari operanti presso la struttura), nonché già sottoposta a precedente intervento e con valutazione ASA III, sicché il suo trattamento, affrontato con la diligenza e la perizia del caso, presentava comunque una particolare difficoltà.

3. La causa veniva istruita secondo il rito sommario di cognizione, con l'acquisizione del fascicolo del procedimento espletato *ex* art. 696-*bis* c.p.c., previa sottoposizione al collegio peritale incaricato in sede di a.t.p. di alcuni chiarimenti, resi con elaborato integrativo depositato in data 30.11.2023. Infine, in data 05.03.2024, veniva discussa.

4. La domanda è fondata e merita accoglimento nei limiti che seguono.

4.1. È noto che l'accettazione di un paziente in ospedale, ai fini di un ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto tra il paziente e la struttura sanitaria (v. *ex multis,* Cass., SS.UU., 577/08, Cass. 11719/2021, Cass. 18610/2015, Cass. 9085/06, Cass. 10297/04, Cass. 11316/03, Cass. 11001/03, Cass. 3492/02). Si tratta di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di spedalità), a forma libera (v. Cass. 7256/2011 e Cass. 8826/07), in virtù del quale la struttura sanitaria deve fornire al paziente un servizio articolato, genericamente definito di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno – oltre ad una serie di obblighi di protezione e accessori – anzitutto la principale prestazione medica (v. Cass., SS.UU., 577/08 e Cass., SS.UU., 9556/02, Cass. 1267/2019, Cass. 3685/2018, Cass. 1698/06 e Cass., 571/05). Ne discende che la struttura risponde, oltre che ai sensi dell'art. 1218 c.c. per l'inadempimento dei suddetti obblighi di protezione e accessori ad essa direttamente riferibili, anche ai sensi dell'art. 1228 c.c. per i fatti ascrivibili ai sanitari in essa operanti, pur se, eventualmente, non alle sue dipendenze (v. le stesse Cass., SS.UU., 577/08 e Cass, SS.UU., 9556/02, nonché Cass. 1043/2019, Cass. 7768/2016, Cass. 1620/2012, Cass. 13953/07 e Cass. 8826/07).

4.2. La natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria comporta, tra l'altro, che, sul danneggiato, grava esclusivamente l'onere di provare l'esistenza del rapporto contrattuale, di allegare dettagliatamente l'inadempimento della struttura e di provare il nesso di causalità tra tale inadempimento e il danno subito, mentre è la struttura sanitaria a dover dimostrare l'esatto adempimento della prestazione o l'impossibilità della stessa derivante da causa ad essa non imputabile (v. Cass., SS.UU., 577/08, Cass. 10050/2022, Cass. 26907/2020, Cass. 24073/2017, Cass. 12516/2016, Cass. 21177/2015, Cass. 8995/2015, Cass. 5590/2015, Cass. 22222/2014, Cass. 20547/2014 e Cass. 27855/2013, nonché, per il condivisibile richiamo del principio della vicinanza della prova nelle ipotesi di incompletezza o difettosa tenuta della cartella clinica, Cass. 26428/2020, Cass. 6209/2016, Cass. 12218/2015, Cass. 10060/2010, Cass. 8826/07 e Cass. 11488/04; per i più recenti chiarimenti della Suprema Corte in merito al riparto dell'onere probatorio sul nesso causale tra l'evento dannoso e l'inadempimento del medico o della struttura, con particolare riferimento al c.d. "doppio ciclo causale", si vedano Cass. 2980/2023; Cass. 13872/2020, Cass. 852/2020, Cass.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

28991/2019, Cass. 29331/2019, Cass. 30988/2018, Cass. 26700/2018, Cass. 20812/2018, Cass. 19199/2018, Cass. 2061/2018, Cass. 29315/2017, Cass. 18392/2017 e Cass. 8665/2017).

4.3. I suddetti principi sono stati da ultimo recepiti dalla Legge 24/2017, il cui art. 7, primo comma, recita testualmente: "*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*".

4.4. Tanto premesso in diritto, deve constatarsi che i fatti di causa sono sostanzialmente pacifici e possono essere brevemente ripercorsi alla luce dell'elaborato peritale, potendosi poi procedere a valutare la fondatezza della domanda, con particolare riguardo all'accertamento del nesso causale tra le azioni ed omissioni dei sanitari dipendenti della Struttura sanitaria convenuta che hanno avuto in cura la paziente in più occasioni tra il 2015 ed il 2018 ed alle specifiche conseguenze che da dette condotte sono derivate.

4.5. Deve premettersi, a tal fine, che l'elaborato peritale redatto dal dott. *Persona_2* , specialista in Malattie Infettive e dal dott. *Persona_1* specialista in Medicina Legale e Neurologia, in sede di procedimento ex art. 696-*bis* c.p.c. è chiaro e completo, sia in punto di fatto che con riguardo ai percorsi logico-argomentativi che ne sorreggono le conclusioni, anche alla luce dei chiarimenti depositati nel presente giudizio in data 19.11.2023, nonché, infine, in ragione degli ampi riferimenti alla letteratura scientifica, anche internazionale e in considerazione della valutazione del danno non patrimoniale patito dalla paziente in base alle "Tabelle SIMLA 2016" (Linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico), il tutto corredato dal puntuale riscontro delle osservazioni presentate dai consulenti di parte.

5. Ciò posto, risulta che, in data 11.02.2015 la paziente è stata ricoverata presso l *Controparte_1* *[...]* "*a causa di un voluminoso laparocele sottoembelicale dolente non riducibile e displasia cutanea, con addome pendulo che giungeva a metà coscia in posizione eretta*" ed è stata ivi sottoposta, il giorno seguente ad "*intervento di plastica addominale e lipectomia riduttiva*", all'esito del quale, in data 04.03.2015, un campione della ferita chirurgica è risultato, all'esame microbiologico positivo per staphylococcus hemoliticus, mentre, in data 6.03.2015 nuovi campioni della ferita chirurgica sono risultati postivi per staphylococcus epidermidis, sensibile a quasi tutti gli antibiotici testati (pp. 8-9 dell'elaborato). Due giorni dopo le dimissioni, avvenute il 10 marzo, la paziente ha accusato febbre e ha notato di perdere liquido dall'addome. Per tale ragione è tornata in ospedale, ove è rimasta ricoverata dal 12 al 19 marzo e sottoposta a terapia antibiotica e detersione della ferita.

5.1. Nel corso degli esami effettuati nella primavera del 2015 risultava ulteriormente positiva a Staphylococcus Epidermidis, Escherichia Coli, Klebsiella Pneumoniae e Staphylococcus Aureus.

In data 22.07.2015 era sottoposta a intervento di "*incisione mediana mesogastrio-pubica estesa fino alla fascia con reperimento della protesi impiantata precedentemente*", nel corso del quale si è proceduto a rimozione dell'intera protesi "*rigettata*" e all'applicazione "*dei punti in prolene fra protesi residua e fascia muscolare"*. Al termine dell'intervento, l'esame batteriologico è risultato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

positivo per stafilococco aureo, sensibile a quasi tutti gli antibiotici testati; successivamente, in data 02.09.2015 è stata dimessa.

5.2. In data 28.03.2016 è stata nuovamente ricoverata per "*laparocele recidivo intasato*" e sottoposta in pari data ad intervento di "*colecistectimia, adesiolisi, correzione laparocele con protesi biologica"*; il decorso clinico è stato descritto come regolare, ma, in data 15.10.2016, la paziente è stata nuovamente ricoverata in ospedale, dato che a settembre è stata sottoposta a prelievo di materiale purulento dalla ferita chirurgica per esame microbiologico, risultato positivo per "*proteus mirabilis e stafilococco aureus*" (p. 13 dell'elaborato").

5.3. Il 21.10.2016 è stata nuovamente ricoverata in ospedale (con dimissioni il 15.11.2016) per un intervento di "*espianto delle protesi*" e "*plastica riduttiva cutanea ai fianchi*", il cui decorso clinico è risultato "*regolare, eccetto piccola necrosi cutanea al crocicchio delle incisioni*".

5.4. Infine, un ultimo intervento è stato praticato alla paziente in data 26.04.2018 (con dimissioni in data 05.06.2018) per "*laparocele mediamo plurirecivido, addome pendulo, basalioma della coscia sinistra*", trattato con escissione del basalioma e plastica protesica di laparocele.

5.5. Alla visita della paziente effettuata dai periti in data 02.02.2022 è risultato che la stessa (di peso ancora superiore ai 100 kg) presenta un addome "globoso con numerose cicatrici" ed "assenza dell'ombelico" (p. 17).

5.6. I c.t.u. hanno, inoltre, dato atto di un certificato medico neurologico datato 12.04.2017, attestante uno stato depressivo, noto sin dal 2014, ma "*aggravato dagli insuccessi terapeutici*"; del referto di una psicologa, datato 26.4.2020, ove parimenti si attesta che "*seppur vero che la Sig.ra nel 2014 aveva avuto un lieve episodio di depressione maggiore, lo stesso non si sarebbe ripresentalo con tale gravità da permettere l'evoluzione in un disturbo dell'umore persistente ed una comorbidità con un disturbo post traumatico da stress*" (p. 15 della c.t.u.); nonché che, durante il ricovero nel reparto di Chirurgia [redacted] di Terni, nell'aprile 2018, in anamnesi è stato segnalato uno "stato ansioso depressivo" (p. 38 della c.t.u.).

6. La visita della perizianda e l'esame della documentazione clinica sopra rapidamente ripercorsa ha permesso ai periti di accertare l'inadempimento dei sanitari, in considerazione di numerosi profili di negligenza, imprudenza ed imperizia.

6.1. In particolare, alla pagina 24 dell'elaborato si legge che "*non vi sono dubbi sul fatto che nel 2015 l'infezione sia stata contratta a causa dell'intervento e sia ad esso correlata. Numerose critiche si possono inoltre avanzare sull'operato dei medici che si sono avvicendati nelle cure della paziente in particolare su due punti: 1) il ritardo con cui si è fatta diagnosi di infezione per l'inadeguatezza delle indagini di laboratorio e strumentali e la quasi totale assenza di consulenze specialistiche microbiologiche e/o infettivologiche; 2) l'inadeguatezza delle cure approntate che sono risultate incomplete inappropriate e pertanto inefficaci. Tutto ciò ha prodotto la cronicizzazione delle infezioni, le recidive del laparocele, la necessità di sempre nuovi interventi con le conseguenze di ordine organico e psicologico in valutazione*".

6.2. Ebbene, secondo i periti, in occasione del primo intervento sono risultate inadeguate sia la profilassi effettuata con un antibiotico non corrispondente alle specifiche linee guida nazionali (che

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

consigliano la *Parte_2* come antibiotico di scelta), sia l'omessa somministrazione di una dose aggiuntiva di cefazolina anche in considerazione della mole della paziente e della durata dell'intervento. Inoltre, a inizio marzo 2015, "*malgrado che tutti i segni, i sintomi, i dati di laboratorio e strumentali indicassero in modo inequivocabile la presenza di una grave infezione dei tessuti nella sede dell'intervento, la paziente fu dimessa a domicilio senza fare alcuna menzione dell'infezione nella diagnosi di dimissione e senza alcuna terapia antibiotica"* (p. 25 dell'elaborato).

6.3. Ed ancora "*dopo pochi giorni, il 12-3-15, la paziente si ricoverò nuovamente (secondo ricovero) con diagnosi di "rottura della ferita chirurgica" per essere ancora una volta frettolosamente dimessa, questa volta con diagnosi di infezione della ferita, il 19-3-15 ,dopo pochi giorni di terapia antibiotica con imipenem, cilastatina e dal 15-3-15 con augmentin per os. Colpisce nel leggere la cartella clinica l'incompletezza delle notizie anamnestiche e dell'esame obbiettivo: non si fa menzione del precedente isolamento dalla ferita dello stafilococco emolitico MDR, resistente proprio ad entrambi gli antibiotici utilizzati, per giunta per pochi giorni, per curare l'infezione della ferita. Nessuna consulenza specialistica e nessun esame strumentale fu effettuato per diagnosticare l'entità e gravità dell'infezione*".

6.4. Anche nel corso dei trattamenti dell'estate del 2015, la paziente è stata curata "*con antibiotici per tempi ridotti, a volte inappropriati e sottoposti, senza una rivalutazione da parte dell'infettivologo intervenuto soltanto in un'unica occasione durante i sei mesi del ricovero (Org_1 , gentamicina, tigacil)*".

6.5. Ed ancora, nel corso del ricovero dell'aprile 2016, nonostante le contrarie risultanza colturali, la paziente è stata "*dimessa con una diagnosi che paradossalmente non contemplava affatto la presenza di infezione (laparocele recidivo intasato, pregresso rigetto di protesi, calcolosi della colecisti)*".

6.6. Infine, soltanto nel corso del sesto ed ultimo ricovero del 2018 la paziente ha ottenuto la guarigione dall'infezione addominale, a seguito di un "*lungo intervento di oltre 5 ore, con l'espianto di altro materiale protesico infetto ed una terapia antibiotica efficace con avocin e vancocina (antibiotico attivo sugli stafilococchi resistenti) mai utilizzato in precedenza*".

6.7. In sostanza, "*non sono state adottate tutte le cautele e gli accorgimenti necessari nel caso in questione, indubbiamente complesso per le condizioni generali e locali della paziente né sono state rispettate le regole tecniche e i protocolli scientifici del trattamento delle complicanze infettive della chirurgia addominale, a cominciare dalla profilassi antibiotica del primo intervento, non conforme alle linee guida nazionali* […] *le terapie antibiotiche praticate successivamente non furono sempre appropriate e furono in genere condotte per tempi ridotti rispetto a quelli necessari per eradicare le infezioni, senza le necessarie rivalutazioni dello specialista Infettivologo*" (p. 30 dell'elaborato).

7. Può, dunque, dirsi accertato, nei termini sopra ripercorsi, l'inadempimento dei sanitari, ai quali non giova l'art. 2236 c.c. invocato in comparsa, atteso che la speciale difficoltà, eventualmente riconducibile all'intervento chirurgico in sé ovvero, al più, al caso clinico nel suo complesso, non è certamente estensibile anche al trattamento antibiotico pre-operatorio e alle cautele post-operatorie che proprio le critiche condizioni cliniche della paziente richiedevano con maggior prudenza.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

7.1. A riguardo, giova evidenziare che la responsabilità del medico in ordine al danno subito dal paziente presuppone la violazione dei doveri inerenti allo svolgimento della professione, tra cui il dovere di diligenza da valutarsi in riferimento alla natura della specifica attività esercitata; tale diligenza non è quella del buon padre di famiglia, ma quella del debitore qualificato ai sensi dell'art. 1176, comma 2, c.c. che comporta il rispetto degli accorgimenti e delle regole tecniche obbiettivamente connesse all'esercizio della professione e ricomprende, pertanto, anche la perizia (v. Cass. 23918/2006).

7.2. Ed, allora, deve ulteriormente precisarsi che, per giurisprudenza costante, la limitazione di responsabilità alle ipotesi di dolo e colpa grave di cui all'art. 2236, comma 2, c.c., non ricorre con riferimento ai danni causati per negligenza o imperizia, ma soltanto per i casi implicanti risoluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà che trascendono la preparazione media o non ancora sufficientemente studiati dalla scienza medica; peraltro, spetta al medico provare che il caso era di particolare difficoltà e al paziente quali siano state le modalità di esecuzione inidonee ovvero, alternativamente, a questi spetta provare che l'intervento era di facile esecuzione e al medico che l'insuccesso non è dipeso da suo difetto di diligenza (v. Cass. 2334/2011; Cass. 20790/2009 e Cass. 10297/2004).

7.3. Nel caso di specie, come anticipato in premessa, anche a voler ritenere che l'intervento fosse di speciale difficoltà nella sua esecuzione ovvero di difficile riuscita per la complessità del caso clinico, il collegio peritale ha accertato che le infezioni alle quali sono riconducibili gli esiti infausti degli interventi eseguiti alla paziente a partire dall'anno 2015 e fino a quello (correttamente riuscito) del 2018, sono dovute non già a complicanze peculiari, fuori dalla norma e scarsamente approfondite nella letteratura scientifica, bensì ad una gestione del caso clinico (sia pur complesso) caratterizzata da negligenza e imprudenza, atteso che non sono state adottate tutte le cautele e gli accorgimenti necessari alla luce delle regole tecniche e dei protocolli scientifici del trattamento delle complicanze infettive della chirurgia addominale, a cominciare dalla profilassi antibiotica del primo intervento, non conforme alle linee guida nazionali, per proseguire con le terapie antibiotiche praticate successivamente, che non sono state sempre appropriate ed anzi, in genere, condotte per tempi ridotti rispetto a quelli necessari per eradicare le infezioni, senza le necessari rivalutazioni dello specialista infettivologo (v. p. 30 della c.t.u.).

7.4. Le risultanze sopra esaminate impongono di ritenere sufficientemente provato l'inadempimento ascritto ai sanitari, così come prospettato nel ricorso introduttivo.

8. Ciò posto, risulta altresì provata la correlazione causale tra l'omissione dell'adeguata profilassi antibiotica e le conseguenze dannose lamentate dalla paziente, per i motivi di seguito precisati.

8.1. Giova premettere, a riguardo, che i periti, nel corso delle loro indagini, non hanno mai rimeditato le conclusioni raggiunte, né in ordine al colposo inadempimento dei sanitari, né con riguardo al nesso causale tra detto inadempimento e il danno lamentato dalla paziente, ma si sono limitati, in sede di elaborato definitivo, in accoglimento delle osservazioni dei c.t.p. di parte convenuta, a ridurre la percentuale di invalidità pregressa e che comunque sarebbe residuata a carico della paziente anche a

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

fronte di un primo intervento eseguito a regola d'arte e perfettamente riuscito, per i motivi poi più approfonditamente chiariti in sede di elaborato integrativo e che di seguito verranno esposti.

8.2. Può, allora, dirsi compiutamente provato che le attuali condizioni della paziente, nonché l'inabilità temporanea patita dalla stessa, siano eziologicamente riconducibili agli episodi di *malpractice* sanitaria sinora descritti, sia pur nei limiti di seguito precisati.

8.3. In primo luogo, quanto al maggior periodo di inabilità temporanea strettamente correlato ai profili di inadempimento sopra ripercorsi, già in sede di accertamento tecnico preventivo, il collegio peritale incaricato ha concluso che "*specificatamente considerando i periodi di ricovero quasi ininterrotti, fra l'11 febbraio 2015 e il 2 settembre 2015, quelli successivi del 2016 e del 2018, per quanto riguarda la inabilità temporanea sotto il profilo biologico, possono essere valutati orientativamente 40 (quaranta) giorni di inabilità temporanea assoluta, 70 (settanta) giorni di inabilità temporanea parziale al 75%, 150 (centocinquanta) giorni di inabilità temporanea parziale al 50%, in più rispetto ai 20-30 giorni di inabilità temporanea che sarebbero residuati in ogni caso dopo un intervento andato a buon fine senza complicazioni*" (p. 32 dell'elaborato).

8.4. Con maggior dettaglio, in sede di chiarimenti resi nel presente giudizio, il medesimo collegio ha ulteriormente precisato la percentuale di invalidità temporanea parziale da attribuire ai 20-30 giorni di inabilità temporanea che sarebbero residuati in ogni caso dopo un intervento andato a buon fine senza complicazioni, così rispondendo all'apposito quesito loro sottoposto "*considerando 30 (trenta) giorni di invalidità temporanea in una normale evoluzione post chirurgica scevra di complicanze, si può valutare orientativamente un graduale miglioramento della situazione clinica e funzionale della paziente, quindi 10 (dieci) giorni di invalidità temporanea totale al 100%, 10 (dieci) giorni di invalidità temporanea parziale al 75% e ulteriori 10 (dieci) giorni di invalidità temporanea parziale al 50%*" (v. p. 4 dei chiarimenti).

8.5. Inoltre, anche l'invalidità permanente differenziale lamentata dalla ricorrente (condizione rispetto alla quale devono escludersi concrete possibilità di "*attenuazione o miglioramento dei postumi con interventi o terapie ad hoc*" - v. p. 32 dell'elaborato) è stata posta dai periti in diretta derivazione causale con i plurimi e reiterati inadempimenti dei sanitari operanti presso l'Azienda ospedaliera convenuta, secondo il corretto criterio della "*probabilità relativa*" (ovvero da apprezzare con riferimento alla specificità del caso (e non soltanto alla mera probabilità statistica, v. Cass. 4024/2018 e Cass. 15991/2011).

8.6. In particolare, i periti, rettificando, come sopra anticipato, le conclusioni rassegnate nella bozza dell'elaborato in punto di invalidità pregressa, hanno concluso che, se anche l'intervento del febbraio 2015 fosse stato eseguito a regola d'arte, la situazione addominale della paziente (con sintomatologia dolorosa, gli esiti cicatriziali residuati e la sindrome depressiva cronicizzata preesistente) avrebbe comunque dato luogo ad un'invalidità permanente intorno al 10%. D'altro canto, i maggiori esiti cicatriziali, gli attendibili disturbi algici gastrointestinali e l'attendibile peggioramento dei sintomi depressivi riconducibili ai plurimi interventi hanno comportato una maggiore invalidità del 10%.

8.7. In particolare, in sede di chiarimenti, i periti, quanto all'invalidità pregressa, hanno evidenziato che "*secondo le Linee Guida della Org_2 (2016 Org_3 – pag. 341), gli esiti di ernioplastica*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

in assenza di complicanze sono valutati il 2-3% di invalidità permanente. È del tutto evidente che un intervento come quello effettuato nel 2015, che ha necessitato dell'applicazione di una protesi dual-mesh, anche se avesse avuto successo senza complicanze, non avrebbe potuto minimamente dare esiti valutabili solo nel 2-3%, anche considerando le aderenze intra-addominali che si sarebbero senz'altro riformate e la naturale evoluzione in un soggetto obeso con la muscolatura addominale già sfiancata. Pertanto, in questo caso, una valutazione dell'invalidità permanente comunque residuata ad un intervento eseguito a regola d'arte e senza complicanze successive, deve a giudizio del Collegio orientativamente attestarsi intorno al 10% (p. 5 dei chiarimenti).

8.8. Con riguardo, invece, all'invalidità direttamente imputabile ai sanitari, i periti hanno premesso che "*il caso specifico della Sig.ra Pt_3 deve essere interpretato, a giudizio del Collegio, per analogia, non potendo ovviamente essere contemplato come tale nella casistica del Barème della SIMLA"*. (p. 5 dei chiarimenti). Una volta prescelto, come parametro da applicare in via analogica, il barème relativo ad una forma moderata di "ernia non trattata" (pag. 342 delle SIMLA), i consulenti hanno poi sottolineato che i successivi interventi chirurgici inadeguati hanno dato luogo ad una serie di danni-evento di natura psico-fisica medicalmente valutabili (ossia *"gli attendibili dolori addominali lamentati dalla perizianda, i disturbi digestivi, la deiscenza della ferita, il sovvertimento anatomico, gli esiti cicatriziali, la ripercussione sul preesistente malessere psichiatrico"*, p. 5-6 dei chiarimenti), i quali, complessivamente, giustificano una valutazione nella misura del 10% di invalidità permanente, ossia il massimo grado di invalidità indicato nel bareme applicato in via analogica.

9. Ebbene, anche ai fini della valutazione del danno-evento lamentato in ricorso, non possono che condividersi le conclusioni dell'elaborato peritale, in quanto rassegnate non soltanto all'esito della valutazione dei documenti di causa alla luce della letteratura scientifica e dei *baremes* elaborati dalla letteratura medico-legale, ma anche in ragione dell'esame diretto della paziente, espletato nel corso della visita peritale espletata in data 02.02.2022, nonché previa puntuale risposta alle osservazioni svolte dai consulenti di parte.

9.1. Tanto premesso, può ora procedersi alla liquidazione del danno non patrimoniale patito dalla ricorrente ed ascrivibile all'operato dei sanitari a partire dai valori stimati dai periti, per poi interrogarsi in ordine alla natura onnicomprensiva ed integralmente riparatrice del pregiudizio dell'importo così liquidato.

9.2. A tal fine, non potendosi utilizzare, a norma dell'art. 7, co. 4, l. 24/17, la tabella prevista dall'art. 138 cod. ass. (in quanto non ancora definitivamente approvata), né i parametri previsti dall'art. 139 cod. ass., i quali riguardano la liquidazione di danni non patrimoniali derivanti da lesioni di lieve entità, la liquidazione del danno non patrimoniale va effettuata, nel caso di specie, applicando le Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano (le quali tengono conto di tutte le componenti non patrimoniali del danno, compresi il danno morale e quello esistenziale ordinariamente connessi a ciascun grado di invalidità, e garantiscono uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale: v. *ex multis* Cass. Cass. 5474/2023; Cass. 1553/2019, Cass. 17018/2018, Cass. 11754/2018, Cass. 9950/2017, Cass. 3505/2016, Cass. 20895/2015, Cass. 5243/2014 e Cass. 12408/2011), nella versione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

vigente al momento dell'emanazione della pronuncia, ossia quella dell'anno 2021 (v. Cass. 2167/2016, Cass. 19211/2015 e Cass. 5254/2014).

9.3. Deve ulteriormente premettersi che, nel procedere alla liquidazione del maggior danno biologico da invalidità permanente patito dalla sig.ra *Pt_1* (di anni 51 all'epoca dell'evento dannoso) interamente addebitabile alla *CP_3* sanitaria convenuta a titolo di colpa, deve procedersi dapprima a quantificare in termini monetari il danno totale dalla stessa patito per poi sottrarre dai singoli importi così ottenuti il valore del pregiudizio psico-fisico che sarebbe comunque conseguito anche in presenza di un diligente operato dei sanitari, in virtù della condizione patologica preesistente inficiante la paziente (la quale già incideva su tutti e tre gli aspetti presi in considerazione dai consulenti per valutarne l'invalidità permanente attuale, ossia la sintomatologia algica addominale, la sindrome psichiatrica ed il danno estetico da esito cicatriziale, menomazioni tutte concorrenti con quelle attualmente riscontrate, le quali ne rappresentano un aggravamento, v. Cass. 26851/2023; Cass. 28986/2019).

9.4. In applicazione dei criteri tabellari citati, può, innanzitutto, statuirsi che l'inabilità temporanea differenziale tra l'inabilità temporanea complessiva patita dalla ricorrente e quella alla quale questa sarebbe comunque andata incontro in presenza di un primo intervento correttamente eseguito e ben riuscito è pari ad € 3.960,00 per 40 giorni di inabilità temporanea totale, ad € 5.197,50 per ulteriori 70 giorni di inabilità temporanea al 75% e ad € 7.425,00 per altri 150 giorni di inabilità temporanea al 50%, per un totale pari ad € 16.582,50.

9.5. Quanto all'invalidità permanente, alla luce del criterio di calcolo differenziale sopra esposto, può dirsi che il maggior danno non patrimoniale patito dalla paziente sia pari ad € 45.627,00 (di cui € 32.310,00 per il danno biologico ed € 13.317,00 per il danno morale).

10. Deve, tuttavia, precisarsi che i valori sopra riportati, per entrambe le voci di danno, alla luce del dato tabellare di riferimento, sia pur onnicomprensivo della sofferenza morale e del danno biologico medicalmente accertabile, oltre che della componente dinamico-relazionale del pregiudizio, è suscettibile di personalizzazione in ciascuna delle sue componenti, sempre che risulti provata la ricorrenza di "*circostanze eccezionali e specifiche*", diverse ed ulteriori rispetto a quelle che qualunque vittima che abbia patito le medesime lesioni deve sopportare, secondo l'*id quod plernmque accidit*, altrimenti già considerate nella liquidazione tabellare del danno (cfr. Cass. 24227/2022; Cass. 28988/2019; Cass. 7513/2018; Cass. 10912/2018, Cass. 23469/2018, Cass. n. 27482/2018).

10.1. In effetti, le tabelle offrono un sistema in due stadi: dapprima il c.d. punto, e in secondo luogo la eventuale c.d. personalizzazione, che è una integrazione del punto cui si deve ricorrere nel caso in cui l'accertata lesione biologica permanente abbia prodotto peculiari caratteristiche nel pregiudizio psicofisico subito dalla persona rispetto all'anteriorità della sua vita. Il che significa che deve essere dal giudice valutato se quanto allegato e, anche presuntivamente, provato dal danneggiato integri un danno più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età, dandone debitamente conto, con motivazione non stereotipata (e conseguentemente meramente apparente e pertanto inesistente), ai fini dell'incremento delle somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione del punto tabellare (cfr. Cass., 20/7/2023, n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

21630; v. anche Cass. 25138/2023, la quale chiarisce che trattasi di circostanze comprovabili anche per presunzioni).

10.2. Preliminarmente, deve, dunque, delinearsi la base di partenza utilizzata dai periti per stimare il danno non patrimoniale della paziente, globalmente inteso, per poi procedere a verificare se la ricorrente abbia patito conseguenze lesive, con specifico riguardo al profilo dinamico-relazionale ed esistenziale, non adeguatamente ristorate in quanto eccezionali e non ascrivibili alla normalità dei casi già presi in considerazione dai predetti parametri.

10.3. A riguardo, si osserva che il *barème* medico legale posto a fondamento dell'elaborato peritale, sia pur in via analogica, concerne l'ernia non trattata, con range valutativo dal 4 al 10%, valutazione effettuata alla pag. 342 delle SIMLA "*tenendo conto della sintomatologia e dell'incidenza sull'attività della vita quotidiana, in particolare su quelle che comportano impegno fisico*" sicché è evidentemente comprensivo sia della compromissione anatomica-organica, sia delle sue implicazioni in termini di sintomatologia dolorosa e di compromissione esistenziale.

10.4. D'altro canto, la Suprema Corte ha chiarito che, sebbene il grado di invalidità medico legale esprima la misura in cui il pregiudizio alla salute incide su "tutti gli aspetti" della vita quotidiana della vittima, ciò vale con riferimento a condizioni di vita comuni alla generalità delle persone fisiche, considerate in buona salute, avuto riguardo al genere ed alla età. Ne segue che in presenza di circostanze "specifiche ed eccezionali", tempestivamente allegate e comprovate dal danneggiato, le quali rendano il danno subito più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da lesioni personali dello stesso grado sofferte da persone della stessa età e condizione di salute, è consentito al giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio in sede di "personalizzazione" della liquidazione del danno biologico (così Cass. 27482/2018; cfr. anche Cass. 10912/2018; Cass. 23778/2014).

10.5. Ciò posto, nel caso di specie, la condizione psichiatrica della ricorrente (preesistente all'operato dei sanitari, ma della quale risulta provato, come sopra evidenziato, l'aggravamento in conseguenza dei plurimi esiti infausti delle numerose operazioni chirurgiche alle quali si è dovuta sottoporre nel corso di tre anni) deve certamente essere valorizzata, come da lei espressamente richiesto, in termini di personalizzazione del danno biologico, quale circostanza eccezionale e specifica che permette di qualificare come maggiormente gravose rispetto alla generalità dei pazienti della sua stessa età le conseguenze degli errori medici riverberatisi, sia in termini di inabilità temporanea che in termini di invalidità permanente le conseguenze da lei patite sotto il profilo esistenziale e dinamico-relazionale, avendo questi inciso su un quadro che, sotto tali aspetti, risultava già compromesso, ulteriormente aggravandolo.

10.6. Ne deriva che, visti i range di personalizzazione evincibili, per entrambe le componenti di danno, dalle Tabelle di Milano relative alla liquidazione del danno non patrimoniale, può dirsi equa un'ulteriore personalizzazione in aumento del danno biologico differenziale da invalidità permanente, stimato in complessivi € 32.310,00, nella misura del 30%, per un totale di € 42.003,00, che, sommato al valore del danno morale (sopra quantificato in € 13.317,00), permette di quantificare in complessivi € 55.320,00 il pregiudizio subito.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

10.7. Parimenti, per le medesime ragioni, deve essere personalizzato, in pari misura, il danno non patrimoniale da inabilità temporanea, stimato in € 16.582,50, con conseguente aumento della somma a tale titolo spettante alla danneggiata sino ad € 21.557,25.

10.8. La somma così ottenuta, pari a complessivi € 76.877,25 deve essere maggiorata degli interessi al saggio legale, calcolati sugli importi devalutati alla data del verificarsi dell'evento dannoso (da far coincidere con la data del primo intervento in cui il danno si è concretizzato), ossia il 12.02.2015 (trattandosi di importo già rivalutato e liquidato ai valori attuali: v. Cass. 7272/2012 e Cass. 5503/03), e progressivamente rivalutata, mediante applicazione degli indici annuali ISTAT, sino alla data di pubblicazione della presente ordinanza (data in cui il debito diventerà di valuta, producendo poi solo interessi; sul cumulo tra interessi e rivalutazione nella quantificazione del risarcimento del danno da fatto illecito v. *ex multis*, Cass. 12140/2016, Cass. 18243/2015, Cass. 12698/2014, Cass. 4184/06 e Cass. 9517/02).

10.9. In conclusione, in applicazione della metodologia di calcolo complessivamente delineata in motivazione e con arrotondamenti applicati in via equitativa, parte convenuta deve essere condannata a risarcire in favore di *Parte_1* , a titolo di danno non patrimoniale, l'importo di € 83.240,00, oltre a interessi dalla data della presente pronuncia al saldo.

11. È inoltre dovuto a parte ricorrente il rimborso richiesto a titolo di danno patrimoniale in relazione agli acconti versati ai CTU nel corso del procedimento per ATP distinto al R.G. n. 636/21, per € 1.952,00 IVA inclusa (debitamente documentati, v. all.ti 12-14 al ricorso), oltre alle spese sostenute per remunerare il proprio di c.t.p., Prof. *Persona_3* quantificate in € 6.100,00, IVA inclusa (v. notula, all. 15 al ricorso), il tutto oltre a interessi legali.

11.1. A quest'ultimo riguardo deve infatti precisarsi che le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte - la quale ha natura di allegazione difensiva tecnica - rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate, a meno che il giudice non si avvalga, ai sensi dell'art. 92, co. 1, c.p.c., della facoltà di escluderle dalla ripetizione, ritenendole eccessive o superflue.

11.2. Nel caso di specie, gli importi che la ricorrente è chiamata a rimborsare al proprio consulente possono allora dirsi adeguatamente documentati dalla parcella in atti, la quale reca un compenso complessivamente congruo, tenuto conto della particolare complessità della vicenda esaminata (caratterizzata da numerosi esami, trattamenti ed interventi chirurgici), nonché della sostanziale adesione del collegio peritale alle conclusioni già rassegnate dal consulente di parte (v. in argomento Cass. 24188/2021, Cass. 4692/2020, Cass. 17022/2018, Cass. 3380/2015, Cass. 84/2013 e Cass. 6056/90).

11.3. Le spese di lite seguono la soccombenza ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e sono liquidate come da dispositivo, tenuto di valori compresi tra i minimi ed i medi di cui alla tabella allegata al D.M. 55/2014 (come aggiornata dal D.M. 37/2018 per il procedimento per ATP e come aggiornata al D.M. 147/2022 per il presente giudizio), ma in base al valore commisurato al *decisum* della domanda di condanna parzialmente accolta - ricompreso nello scaglione da € 52.001,00 ad € 260.000,00 (cfr. Cass., SS.UU., 32061/2022) - alla tipologia e alla complessità della controversia, nonché alla natura sommaria del presente giudizio e alla semplicità dell'istruttoria svolta, caratterizzata dalla mera chiamata dei

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897

consulenti d'ufficio a chiarimenti. Le spese così liquidate devono essere distratte in favore del difensore della ricorrente, dichiaratosi antistatario (dichiarazione in alcun modo sindacabile dal giudice: v. da ultimo Cass. 8436/2019).

11.4. Infine, vanno posti (nei rapporti interni tra le parti, e ferma restando la solidarietà passiva *ex lege* di tutte le parti nei confronti del consulente: v. Cass. 3239/2018, Cass. 17739/2016, Cass. 23133/2015, Cass. 25179/2013 e Cass. 28094/09) a carico della resistente, sempre in base al criterio della soccombenza, gli onorari dei c.t.u., sia nella misura liquidata dal giudice nel corso del procedimento di consulenza tecnica preventiva con provvedimento depositato in data 20.03.2024 (r.g. 636/21), sia nell'ulteriore misura liquidata nel presente procedimento con decreto del 20.03.2024 in corrispondenza dei chiarimenti resi dai periti.

P.Q.M.

- accertata la responsabilità contrattuale ex artt. 1218 e 1228 c.c. dell' *[...]* *Controparte_1* per i motivi di cui in motivazione, condanna la resistente al pagamento in favore della ricorrente *Parte_1* delle seguenti somme:
  a) € 83.240,00, oltre a interessi nella misura di legge dalla data del deposito della presente pronuncia al saldo, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale;
  b) € 8.052,00, oltre a interessi nella misura di legge dalla data del deposito della presente pronuncia al saldo, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale (onorario già corrisposto al collegio peritale e compenso spettante al proprio c.t.p.);
- condanna l *Controparte_1* alla rifusione in favore di *Parte_1* delle spese processuali, che liquida: a) in € 3.000,00 (di cui € 800,00 per la fase di studio, € 800,00 per la fase introduttiva, ed € 1.400,00 per la fase istruttoria) oltre spese forfettarie (15%), CPA e IVA se dovuta e in € 414,33 per le spese vive (C.U., marca e spese di notifica), per quel che concerne il procedimento di consulenza tecnica preventiva; b) in € 10.000,00 (di cui 1.400,00 per la fase di studio, € 1.600,00 per la fase introduttiva, € 3.000,00 per la fase istruttoria e/o di trattazione, ed € 4.000,00 per la fase decisionale), oltre spese forfettarie (15%), CPA e IVA se dovuta, nonché in € 414,33 per spese vive (C.U., marca e spese di notifica), per quel che concerne il presente giudizio, disponendone la distrazione in favore del difensore di parte ricorrente, avv. [redacted] dichiaratosi antistatario;
- pone l'onorario dei c.t.u. (nella misura liquidata in data 20.03.2024 dal giudice competente nel corso del procedimento di accertamento tecnico preventivo avente r.g. 636/21, nonché nell'ulteriore misura liquidata con provvedimento depositato, parimenti, in data 20.03.2024 nel presente procedimento) a carico della parte resistente.

Si comunichi alle parti costituite.

Terni, 21/03/2024

Il Giudice

dott.ssa Francesca Grotteria

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-897