

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice Unico del Tribunale di Sassari dr. G.Sanna ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa iscritta al n. 2048 del RGAC per l'anno 2020 e promossa da

C. A. elett.te dom.ta presso i proc.avv.ti MOSSA FRANCESCO e MARIA GIOVANNA MARRAS che la rappresentano e difendono per delega a margine dell'atto introduttivo del giudizio

ATTTRICE

CONTRO

AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA SARDEGNA elett.te dom.ta presso il proc.avv.to COSSELLU CATERINA che la rappresenta e difende per delega a margine della comparsa di costituzione e risposte

CONVENUTA

OGGETTO : risarcimento danni da responsabilità sanitaria;

CONCLUSIONI: come da foglio telematico di precisazione delle conclusioni

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con ricorso ex art. 702 bis cpc C. A. conveniva in giudizio ATS SARDEGNA e, premesso che in data 10.12.2013 era stata ricoverata presso l'Ospedale San Francesco di Nuoro in seguito alla comparsa di una sintomatologia vertiginosa associata a disequilibrio, cefalea e sensazione transitoria di restringimento del campo visivo, che il ricovero avveniva presso l'U.O. di Neurologia del nosocomio nuorese, dove, all'esito degli esami effettuati in data 11.12.2013 (TC cranio e RMN encefalo con mdc), le veniva diagnosticato probabile Neurinoma dell'Ottavo nervo cranico sinistro, con idrocefalo ostruttivo tetraentricolare, essendo stata individuata la presenza di una "... voluminosa formazione espansiva solida extraassiale, localizzata a livello dell'angolo ponto-cerebellare di sinistra, conformata a cono di gelato, in stretto rapporto con l'emergenza del nervo steatoacustico, di 2,8 x 2,5 cm, dalle caratteristiche di segnale e di enhancement dopo mdc compatibili con un neurinoma del nervo VIII..."; che in data 13.12.2013 veniva dimessa e in pari data veniva ricoverata presso l'Ospedale di Ozieri reparto di Neurologia e il giorno dopo, il 14.12.2013, presso l'U.O. di Neurochirurgia dell'ASL di Sassari.

Esponava che al momento del ricovero si trovava in buone condizioni cliniche generali

seppure lamentasse la persistenza di vertigini e cefalea e durante la degenza praticava terapia medica con Decadron e Perfalgan con miglioramento clinico; che in data 20.01.2014 era stata sottoposta ad intervento chirurgico di Craniotomia per l'asportazione di Schwannoma dell'VIII nervo cranico sinistro, eseguito dal Dr. R. B.; che in data 30.01.2014 veniva dimessa e dal foglio dimissione si evinceva l'avvenuta "... asportazione subtotale della lesione (è stato lasciato un piccolo residuo tenacemente adeso al tronco encefalico e al VII nc)" e le veniva prescritta terapia di dimissione.

Precisava che dopo l'intervento era stata trasferita dalla sala operatoria al reparto di Rianimazione – terapia intensiva - per cure post operatorie immediate e subito dopo dal reparto Rianimazione al reparto di neurochirurgia , in camerata con altre degenti, senza alcun isolamento precauzionale.

Lamentava che sin dal giorno della dimissione avvenuta in data 30.01.2014 aveva avvertito la fuoriuscita di liquido sieroso dalla medicazione della ferita chirurgica ed al risveglio, il giorno successivo riscontrava abbondante liquido di esudazione sul cuscino; che in data 31.01.2014 si era presentata immediatamente presso l' Ospedale Civile S.S. Annunziata di Sassari nel quale veniva immediatamente ricoverata nello stesso reparto di Neurochirurgia con diagnosi all' accettazione "Fistola liquorale" ; che durante questo ricovero le uniche cure che venivano praticate si riducevano alla semplice medicazione della ferita chirurgica e PL (punture lombari) e che solo all'aggravarsi delle condizioni cliniche in data 6.2.2014 venivano richieste TAC e/o RMN , condizioni talmente gravi che in data 7.02.2014 precipitava in "stato di coma da causa organica" e si rendeva necessario il trasferimento nel reparto di Rianimazione; che solo all'esito degli esami in data 06.02.2014 emergeva la positività al batterio dell'Enterobacter Aerogenes e che la paziente aveva contratto un'infezione tipicamente nosocomiale, infezione (operatoria o post-operatoria) che ha avuto peraltro modo di progredire dalla zona operata (Extracranica) a tutto l'encefalo (intracranica) oltrepassando la barriera meato-encefalica; che quindi si rendevano necessari altri due interventi di neurochirurgia stante la gravissima espansione del processo settico come emerso dalla RMN encefalo del 20.02.2014 ; che all'infezione in atto si sovrapponeva poi un'ulteriore infezione e si aggiungevano altre complicanze: polmonite bilaterale complicata da sovrapposizione batterica (in coincidenza di isolamento di altro germe nosocomiale con riscontro positivo nel broncoaspirato: Pseudomonas (accertamento effettuato in data 27/02/2014. ascesso corneale, sofferenza epatica, patologia dell'emostasi in sepsi (con necessità di molteplici trasfusioni), grave ipostenia e ipotonia arti, alterazione cognitiva. Vieppiù, durante il ricovero si rendeva necessario l'instaurazione di trattamento neuromotorio; che in data 14.03.2014 veniva dimessa dall'Ospedale Civile S.S. Annunziata" di Sassari e trasferita presso il Centro di cura e Riabilitazione Santa Maria Bambina di Oristano con diagnosi di ricovero "I.s.d. globale secondaria ad exeresi neurinoma dell'VIII complicato da meningite"; che presso il Centro di cura e Riabilitazione Santa Maria Bambina di Oristano veniva sottoposta a una serie di trattamenti riabilitativi specifici e ad alcuni controlli clinici strumentali, una TC cranio senza m.d.c. in data 31.03.2014 e visita medica specialistica neurologica del Dr. R. B., presso l'ambulatorio di neurochirurgia P.O. San Martino di Oristano in

data 01.04.2014 e che, infine, in data 11.07.2014 veniva dimessa dal Centro di cura e Riabilitazione Santa Maria Bambina di Oristano, con terapia anticomiziale e senza previsione alcuna di controlli neurologici e valutazioni strumentali a medio/lungo termine.

Lamentava, quindi, che dopo le dimissioni dalla struttura di riabilitazione Santa Maria Bambina di Oristano si resa conto che era impossibile il ritorno alla vita normale, non riusciva ad affrontare come prima sia l'attività lavorativa che i rapporti necessari per il suo espletamento in quanto a causa della terapia anticomiziale, già subito dopo la dimissione dal centro riabilitativo, si trovava in condizione di sonnolenza e depressione con disforia marcata ed alterazioni comportamentali alquanto negative proprio dal punto di vista relazionale: che proprio a causa delle sue condizioni si era rivolta, per un corretto inquadramento con completamento diagnostico e terapeutico, all'Ospedale IRCS Cà Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; che all'esito degli esami praticati veniva sottoposta ad una visita Neuropsicologica dalla quale risultavano: "cadute prestazioni o ridotte performance in prove di attenzione, di recupero lessicale, memoria a breve e lungo termine (inclusa la working memory), di integrazione visiva e fronti-esecutive. Il coinvolgimento cognitivo, di entità lieve-moderata, evidenzia una prevalente impronta 'disesecutiva' ed è in linea con il danno 'frontale' visualizzato al brain imaging. Concomitanza umore deflesso, ansia e momenti di irritabilità" ed in seguito veniva sottoposta a visita neurologica dalla quale risultava che: "la paziente è affetta da epilessia di tipo assenze e deficit di tipo attentivo, di interazione sociale e memoria ascrivibili al danno frontale bilaterale (prevalente a dx) in esiti di meningo encefalite" a seguito della quale emergeva un danno Biologico psichico del 10% e la Commissione Medica per l'accertamento Invalidità Civile le aveva riconosciuto attrice invalidità con riduzione permanente della capacità lavorativa nella percentuale pari al 67 %. ; evidenziava che la situazione apparentemente stabilizzata veniva modificata il 15/11/2016, quando la medesima veniva ricoverata presso Ospedale S. Francesco di Nuoro per il presentarsi di crisi epilettiche generalizzate subentranti (con ripetizione episodi convulsivi durante la degenza) con diagnosi alle dimissioni "di recidiva critica in paziente affetta da epilessia sintomatica parziale con secondaria generalizzazione. Si consigliano periodici controlli presso l'ambulatorio per la epilessia..."; che in data 11/01/2017, aveva avuto una nuova crisi compulsiva e, rinvenuta priva di coscienza nel posto di lavoro, veniva subito accompagnata al pronto soccorso del presidio ospedaliero San Francesco di Nuoro con la conclusione che il quadro clinico risultava aggravato in quanto la paziente risultava affetta da epilessia di tipo assenze e tonico clonica generalizzata e presentava deficit di interazione sociale e memoria ascrivibili al danno frontale bilaterale (prevalente a dx) in esiti di meningo encefalite".

Concludeva che il complesso quadro clinico aveva comportato nell'attrice un comprensibile stravolgimento con peggioramento della qualità di vita con coinvolgimento dei familiari i quali, lavorando nello stesso contesto costituito dal Bar-ristorante gestito dalla C., ne subiscono di riflesso il mutato stato di salute. C. A., infatti, è astenica con ipostenia e parestesie agli arti inferiori, con difficoltà al mantenimento di stazione eretta ed in particolare quando si sottopone a minimi stress psicofisici e durante l'attività lavorativa (in cui cerca di reinserirsi con notevole difficoltà). la stessa

soffre di frequenti episodi di cefalea (con attacchi di forte intensità quattro/cinque alla settimana in media); la stessa soffre, altresì, di una grave sindrome vertiginosa con perdita dell'equilibrio, che spesso si accompagna ai frequenti episodi di incontenibile irritabilità.

Aggiungeva che oltre a questa sintomatologia fisica, da un punto di vista psicologico la stessa soffriva notevolmente e si sentiva ingiusta vittima per la situazione in cui si trova, quale conseguenza diretta delle complicanze derivate dalla meningoencefalite settica che l'ha portata a rischio di vita, più precisamente si sentiva assolutamente defraudata per la verosimile perdita della possibilità di avere figli, per la obbligatorietà della terapia anticomiciale che deve assumere a vita e che rende assai problematica una maternità.

Sul presupposto dell'errato trattamento medico effettuato nei suoi riguardi, prima a seguito dell'intervento chirurgico effettuato dopo a causa della grave infezione nosocomiale che ha avuto effetti devastanti sulla sua vita anche personale chiedeva il risarcimento di tutti i danni subiti patrimoniali e non patrimoniali, questi ultimi sotto tutti i profili enunciati e determinati fisici, psicologici e relazionali, nella misura accertata in causa .

Dava atto di avere espletato consulenza tecnica preventiva con la partecipazione al procedimento di tutti i soggetti legittimamente interessati.

Si costituiva ATS contestando la domanda proposta in ordine ai fatti e danni lamentati nel ricorso introduttivo sostenendo la totale assenza di responsabilità per essere stati rispettati tutti i protocolli e le cure professionalmente adeguate in relazione al caso di specie, sia da parte dei Sanitari che ebbero in cura la ricorrente, sia da parte dell'Azienda convenuta.

In particolare evidenziava che durante il ricovero precedente (03.01.2014-30.01.2014) a quello per cui è causa, in data 20.01.2014 il dott. B. aveva eseguito sulla paziente C. A. un delicato intervento neurochirurgico (con monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio con sistema NIM Medtronic) di craniectomia retro-sigomidea sinistra e asportazione subtotale del neurinoma di grandi dimensioni di cui la paziente era portatrice (schwannoma dell'ottavo nervo cranico con iniziale compressione sul tronco e distorsione del quarto ventricolo; sottolineava come la chirurgia del neurinoma (nonostante sia la terapia ottimale con un bilancio rischi-benefici a favore dei benefici) fosse molto complessa, sia per la sede che per la tipologia della lesione. Il neurinoma è infatti un tumore solido, in genere (come nel caso concreto) molto vascolarizzato, che trae strettissimi rapporti anatomici con strutture vascolari e neurologiche (nervi cranici e tronco) vitali e con la parete mediale della rocca petrosa (sede dell'apparato acustico e vestibolare) e che la chirurgia di siffatte lesioni, in tutte le casistiche, appariva gravata da un tasso di complicanze la cui incidenza varia a seconda delle situazioni anatomiche del cranio, delle dimensioni del tumore, della dislocazione dei nervi cranici direttamente coinvolti e del coinvolgimento del tronco dell'encefalo.

Precisava inoltre che nella gestione della vicenda della C. i Sanitari ATS hanno seguito un protocollo collaudato e utilizzato nei centri più importanti italiani e stranieri, che - al termine della difficile e delicata asportazione del neurinoma - prevede una attenta sutura durale, l'utilizzo di collante biologico epidurale, chiusura con supporti durali

sintetici ad alta penetrabilità fibroblastica per conferire maggiore tenuta della breccia durale e patch di muscolo autologo, in caso di apertura di cellule mastoidee (in quanto possibile causa di fistole liquorali paradosse, rinoliquorree, e contaminazione da parte di flora batterica locale dei seni paranasali) e scrupolosa chiusura a strati dei tessuti molli e della cute e che nel post-operatorio sono state effettuate rachicentesi evacuative, terapia corticosteroidica, terapia antibiotica come da protocolli chirurgici moderni, fasciatura compressiva della ferita, medicazioni seriate e che all'atto delle dimissioni dal reparto avvenute il 30 gennaio 2014 la ricorrente non presentava complicanze di alcun genere.

Quanto al successivo ingresso nel reparto in data 31.1.2014 evidenziava che emergeva dalla cartella clinica che l'obiettività neurologica risultava nella norma, la paziente non presentava segni clinici di infezione in atto, era apiretica e la ferita presentava un piccolo gemizio liquorale senza segni locali di flogosi. Su tali basi si iniziava, secondo i consolidati protocolli internazionali, un trattamento mediante medicazione compressiva della ferita e rachicentesi evacuative. Il quadro clinico era stazionario, la paziente era stabilmente apiretica, a partire dal 04/02 non si osservava più alcuna perdita liquorale dalla ferita (veniva deciso comunque di proseguire le rachicentesi al fine di facilitare comunque la chiusura della ferita dato l'effetto inibitorio sulla cicatrizzazione stessa del liquido cefalo-rachidiano) e che gli esami ematochimici effettuati mostravano lieve leucocitosi ma gli indici di flogosi erano nella norma (PCR 0,31 in data 05/02/2014, cfr. referto che si produce - doc 6); inoltre l'esame colturale del liquor prelevato durante la rachicentesi evacuativa del 04/02 risultava negativo per crescita batterica (cfr. referto che si produce doc. 5). La TC cranio eseguita il 04/02 (cfr referto a firma dott. P. L. che si produce) mostrava gli esiti chirurgici e l'assenza delle complicanze per contro evidenziate nel ricorso.

Sottolineava, quindi, che il protocollo applicato era quello migliore ed in grado di risolvere la fistola e ridurre al minimo le complicanze meningitiche e trovava completa conferma oltre che nelle linee guida, negli studi e nella migliore bibliografia - anche internazionale - relativa agli argomenti trattati, concludeva per il rigetto della domanda. Previo mutamento del rito in ordinario, la causa veniva istruita con produzioni documentali e consulenza tecnica di ufficio e presa in decisione sulle conclusioni assunte dalle parti all'udienza a tal fine fissata non avendo ATS Sardegna aderito alla proposta di definizione della procedura effettuata dal Giudice all'udienza del 16.6.2021.

## MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda appare fondata e deve essere accolta.

Parte attrice ha con il suo ricorso allegato di avere subito un intervento chirurgico presso l'Ospedale Santissimi Annunziata di Sassari all'esito del quale era stata dimessa il 30 gennaio 2014 e di nuovo ricoverata il 31 gennaio 2014 in quanto recatasi nella propria abitazione aveva notato che la ferita derivante dall'intervento era umida e il cuscino sul quale aveva appoggiato la testa bagnato.

Più precisamente allegava di avere subito un intervento chirurgico di Craniotomia per

l'asportazione di Schwannoma dell'VIII nervo cranico sinistro, eseguito dal Dr. R. B.; che in data 30.01.2014 veniva dimessa e dal foglio dimissione si evinceva l'avvenuta "... asportazione subtotale della lesione (è stato lasciato un piccolo residuo tenacemente adeso al tronco encefalico e al VII nc)" e di essere stata ricoverata, sempre nel medesimo reparto, il 31 gennaio 2014 con diagnosi all'accettazione di presenza di fistola liquorale.

A fronte di detti fatti chiaramente enunciati e alla luce dello svolgimento e decorso della patologia la cui evoluzione è dimostrata dalla documentazione prodotta da entrambe le parti deve osservarsi che la C., non allega con riferimento all'intervento chirurgico in che cosa sia consistita la violazione della *leges artis*, dei protocolli previsti per detto intervento, la imperizia addebitabile all'operatore e ciò trovandoci in presenza di un intervento chirurgico di notevole difficoltà, sia per il sito nel quale si deve operare, sia per l'apparato (neurologico del cranio) interessato, sia per la massa da rimuovere. Ciò comporta in primo luogo che le condizioni della C., che si sono verificate successivamente all'intervento non possono essere messo in rapporto di causa con l'intervento stesso, dovendosi ritenere lo stesso pienamente riuscito per il fine per il quale era stato effettuato. A riguardo deve essere sottolineato che neppure il consulente tecnico di ufficio, adito in via preventiva e in collegio con un neurochirurgo, ha rinvenuto alcun rilievo di responsabilità in capo al professionista che vi aveva adempiuto.

Liberato il campo da un punto di vista causale dalla assenza di responsabilità nella esecuzione della operazione deve per contro essere preso in considerazione il secondo fattore allegato dalla C. e più precisamente la infezione da lei contratta in occasione del ricovero ospedaliero, in termini di certezza dopo l'operazione subita, essendosi i primi sintomi appalesati il giorno successivo alle sue dimissioni e essendo stato accertato, a seguito delle analisi effettuate, che l'infezione era riconducibile all'*Enterobacter Aerogenes-stafilococco aureo*, batterio ritenuto comunemente di origine nosocomiale.

Rispetto alla infezione patita la C. non solo lamenta l'avvenuta contrazione in sede ospedaliera ma anche il suo tardivo accertamento, ritenendo che il lasso di tempo trascorso tra il ricovero e l'avvenuto accertamento era stata la causa della malattia conseguita dalla stessa e della sua incisione sulla integrità fisica.

In proposito occorre, comunque, sempre tenere presente i principi che, in tempi recenti la Cassazione ha enunciato in tema di responsabilità professionale medica, con particolare riferimento al nesso di causalità e di relativo onere della prova.

È stato a riguardo affermato, con un orientamento che può dirsi ormai consolidato, che, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, incombe al danneggiato dare la prova, anche a mezzo di presunzioni, del nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione. Ciò sul presupposto che nelle obbligazioni di diligenza professionale sanitaria il danno evento consta della lesione

non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, cioè il perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore, ma del diritto alla salute, che è l'interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato (così le sentenze 11 novembre 2019, n. 28991 e n. 28992 conformi alla sentenza 26 luglio 2017, n. 18392).

Siffatti principi vanno applicati al caso in esame sussistendo in termini di certezza, derivata dalla contestualità con il ricovero della contrazione dell'infezione e dalla mancata esplicita contestazione da parte della convenuta che detta infezione fosse avvenuta aliunde.

Deve di conseguenza ritenersi provato che le condizioni di salute della C. hanno subito un aggravamento, dopo l'operazione chirurgica, dovute esclusivamente alla infezione contratta durante la sua permanenza in ospedale successivamente all'operazione e prima delle sue dimissioni avvenute il 30 gennaio 2014.

Tra le obbligazioni incombenti alla struttura sanitaria, pacificamente esiste anche l'obbligazione di garantire l'assoluta sterilità non soltanto dell'attrezzatura chirurgica ma anche dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo nonché dei luoghi ove i pazienti sono ricoverati,

A riguardo la Corte di Cassazione ha affermato, in un caso di infezione batterica contratta in ambiente operatorio, che il debitore (cioè la struttura sanitaria) risponde anche dell'opera dei terzi della cui collaborazione si avvale, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., con ciò ampliando ad ogni aspetto, anche facente capo a terzi, inerente la sanificazione dell'ambiente ove si svolge la attività di cura delle persone.

Ha precisato, inoltre, la Corte, che lo stafilococco aureo è un batterio di frequente (anche se non esclusiva) origine nosocomiale, nozione che può essere data come pacifica, e che, proprio per questa sua frequente origine, appartiene alla conoscenza comune che lo stafilococco aureo è un batterio particolarmente resistente agli antibiotici, ivi compresi quelli affini alla penicillina.

Ciò porta in capo alla struttura sanitaria l'obbligo di una particolare attenzione alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio e postoperatorio, e, proprio per la sua frequenza, l'insorgenza di un'infezione del genere non può considerarsi un fatto né eccezionale né difficilmente prevedibile. Conseguente che l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene dell'ambiente nel quale si è sviluppata l'infezione è naturalmente a carico della struttura.

Orbene, come già enunciato, la struttura sanitaria convenuta non neppure allegato i fatti sulla base dei quali riteneva di avere predisposto quanto necessario per perfetta sanificazione dell'ambiente ospedaliero nel quale la C. è stata ricoverata e neppure che la ricorrente avesse contratto per sua colpa l'infezione predetta. Alla inesistenza delle allegazioni e conseguito il mancato adempimento dell'onere probatorio incombente alla resistente.

Acclarata la responsabilità della struttura ospedaliera in ordine all'infezione contratta dalla C. deve ora procedersi alla verifica degli effetti che detta infezione ha prodotto sulla integrità psico-fisica della ricorrente.

Con accertamento tecnico preventivo collegiale espletato nel contraddittorio delle parti i ctu incaricati, esaminati in maniera analitica e puntuale i documenti medici prodotti

dalle parti, pur non esprimendo alcun giudizio in ordine alla tempestività e idoneità delle cure praticate alla C. dopo il ricovero del 31.1.2014 concludevano che “i postumi residuati alla Sig.ra C. A. in conseguenza del processo meningitico, escludendo quanto dipendente dalla patologia di base, possiamo identificare due condizioni cliniche:

- una epilessia di tipo generalizzato (con necessità di terapia farmacologia adeguata e costante) con frequenza attuale delle crisi di circa una crisi ogni tre mesi associata ad una forma parziale tipo piccolo male (brevissime assenze con frequenza delle crisi di circa 3-4 episodi nelle 24 ore);

- una sindrome di tipo psichico che da parte attrice viene definita “frontale o prefrontale” ma che gli scriventi ritengono più opportuno identificare con il termine di sindrome psico-organica da sofferenza corticale diffusa.

Ciò in quanto la dicitura “frontale” limita a questa regione cerebrale la sofferenza organica escludendo quella di altre regioni (la RMN rileva una sofferenza cortico-sottocorticale praticamente di tutto l'encefalo) sia perché, nel caso, mancherebbero alcuni elementi fondamentali per poter identificare una sindrome frontale vera e propria. La scelta da parte degli scriventi di usare il termine di “sindrome psico-organica da sofferenza corticale e sottocorticale diffusa” deriva pertanto da una certa elasticità mentale e dal buon senso che permette di identificare con maggior precisione la base organica della sindrome giustificando inoltre la non ottimale coincidenza tra i sintomi riferiti e la vera e propria sindrome “frontale o prefrontale”. Si fa inoltre notare che, a parte la definizione etiopatologica diversa, non cambia la valutazione quantitativa dell'influenza reale della sindrome sul benessere psicofisico e sulle capacità lavorative e sociali dell'astante (valutazione del danno biologico).”

I medesimi ctu passano poi a quantificare l'incisione delle lesioni sofferte sulla integrità fisica della C. in verità operando in detta quantificazione in maniera del tutto generica e senza evidenziare quanto l'una (epilessia) fosse causa dell'altra.

Ciò comporta una rideterminazione dell'entità della lesione permanente con riferimento alla epilessia inquadrata dai consulenti al massimo del parametro 2) che comprende “Forme controllate farmacologicamente, con sporadiche crisi moderatamente incidenti sulle normali attività quotidiane, ma con necessità di astenersi da attività potenzialmente pericolose per sé o per gli altri, anche in relazione a dosaggi terapeutici necessari”. Tenuto conto che emerge dalla relazione peritale che le crisi rilevate avvenivano a distanza di circa tre mesi l'una dall'altra e andavano scemando nel tempo, che le crisi giornaliere avvenivano per un lasso di tempo alquanto breve e ininfluente deve ritenersi che la lesione debba essere inquadrata nel minimo del parametro 2) con la determinazione di 11 punti percentuali di inabilità permanente. Deve a sostegno di detto inquadramento essere evidenziato che le limitazioni relative alla vita di relazione in quanto pericolose è stato allegato solamente che era stata proposta la revisione della patente, mancando comunque una certificazione che la stessa sia stata revocata e che la C. non possa più guidare, ed inoltre l'incisione della patologia sulle sue condizioni di vita va a coincidere anche con la patologia residua di cui si dirà più avanti. Deve ritenersi acclarato quindi che la inabilità permanente conseguita alla epilessia possa essere determinata in 11 punti percentuali.

Per quanto riguarda la valutazione del danno psichico hanno riferito i consulenti che

“sia che si accetti la imprecisa definizione di “sindrome prefrontale” o di quella generica di “sindrome psico-organica da sofferenza diffusa”, bisogna fare alcune considerazioni:

- la valutazione di tali sindromi è estremamente difficoltosa in quanto sono interessate numerosi abilità complesse, i deficit non sono agevolmente rilevabili con un esame clinico standard e richiedono una discreta esperienza da parte dell'esaminatore. La maggiore disabilità concerne la capacità di giudizio critico e le alterazioni del comportamento, con inevitabili ripercussioni sulle funzioni lavorative e socio-relazionali. Le forme gravissime sono equiparabili, dal punto di vista valutativo, agli stadi di demenza avanzati, in relazione alle correlate alterazioni cognitive e comportamentali, la cui entità può risultare tale da pregiudicare l'autonomia personale.
- la valutazione quantitativa del danno biologico cresce all'aumentare della gravità del quadro clinico; pertanto abbiamo quattro classi:

#### CLASSE VALUTAZIONE

forma lieve 10-20%

forma moderata 21-35%

forma grave 36-60%

forma gravissima 61-80%

Nella fattispecie la sindrome prefrontale nelle forme lievi/moderate prevedrebbe la presenza di turbe mnesiche (nel caso in oggetto solo riferite ma non obiettate nel test somministrato se non in lievissima maniera), di deficit dell'attenzione (solo riferiti ma assolutamente assenti durante l'approfondito colloquio e nel test somministrato), di un rallentamento ideativo e torpore psichico (durante il colloquio gli scriventi sono dovuti intervenire per ridurre la loquacità manifestata -pertanto non rilevati) e di deficit della capacità di critica (non rilevati).

Per le forme considerate di maggiore gravità i disturbi mnesici dovrebbero interferire sulla coscienza della consequenzialità degli eventi passati con sensibile difetto della memoria di I disturbi della concentrazione dovrebbero portare ad una estrema distraibilità con difficoltà a concentrarsi su attività cognitive intenzionali. I disturbi intellettivi dovrebbero portare ad un rallentamento ideo-motorio e dell'eloquio con incapacità a formulare giudizi astratti su avvenimenti concreti e scarsa compartecipazione emotiva del narrato.

Nelle forme ancora più gravi si assocerebbe un marcato rallentamento psico-motorio con tendenza alla ripetitività di gesti o parole e alla imitazione dell'esaminatore fino a giungere al mutismo acinetico. Per non parlare della così detta moria frontale con euforia immotivata, tendenza agli scherzi, fatuità e giochi di parole, perdita dei freni inibitori con ostentazione di tratti fino al momento contenuti della personalità sino a manifestazioni ipomaniacali.

Nel caso oggetto della nostra valutazione sono completamente assenti alcuni elementi che invece sono normalmente presenti nella forme gravi.

In ragione del tipo di sintomi e della loro intensità gli scriventi ritengono che il quadro psicopatologico residuo nella Sig.ra C. A. vada a collocarsi tra le forme di moderata entità a cui corrisponde un danno biologico del 25% (venticinque per cento); tale valutazione comprende anche la forma depressiva che rappresenta solo un aspetto della

sindrome frontale in genere e che al momento appare in ottimo compenso farmacologico.”

Siffatta conclusione deve essere pienamente condivisa essendo coerente sia con le caratteristiche che connotano la classe adottata sia con tutti gli elementi oggettivi e soggettivi emersi dalle prove offerte.

Concludendo gli esiti permanenti alla integrità fisica sono stati quantificati dal consulente tecnico di ufficio collegiale in 11 punti percentuali e 25 punti percentuale. Gli esiti permanenti nel totale vanno quantificati secondo le modalità previste dalla nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti sulla base della classificazione internazionale dell'organizzazione mondiale della sanità, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica. Modalità che prevedono in ipotesi di coesistenza di menomazioni plurime che interessano organi e apparati differenti tra loro prevede il così detto calcolo riduzionistico secondo la formula  $IT=IT1+IT2 - IT1 \times IT2$  ove IT1 equivale a 0,11 e IT2 a 0,25 con esito nel caso concreto pari a 33 punti percentuali (precisamente 33,25).

Di conseguenza l'invalidità permanente riportata dalla C. deve essere determinata in complessivi 33 punti percentuali.

I ctu hanno determinato, infine, in 172 giorni la inabilità temporanea totale riconducibile alla lunghissima degenza ospedaliera, in 50 giorni la inabilità temporanea al 75% e in 40 giorni la inabilità temporanea al 50%.

In applicazione delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano pacificamente in uso presso questo Tribunale alla C. a titolo di danno non patrimoniale derivante dalla invalidità permanente pari a 33 punti percentuale appare dovuta la somma di € 195.258,00 somma che comprende sia il danno biologico che il danno non patrimoniale (danno biologico € 131.044, danno non patrimoniale 64.214) e a titolo di inabilità temporanea la somma di € 22.720,50 (€17.028,00 inabilità temporanea totale, € 3.712,50 inabilità temporanea al 70%, € 1980,00 inabilità temporanea al 50%) e quindi complessivamente € 217.729,50.

La somma non necessita di rivalutazione essendo stata determinata all'attualità con applicazione delle tabelle 2021.

Non sono, invece, dovuti interessi compensativi.

Occorre richiamare, al riguardo, il recente orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui nei debiti di valore i cosiddetti interessi compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno causato dal ritardato pagamento dell'equivalente monetario attuale della somma dovuta all'epoca dell'evento lesivo. Tale danno sussiste solo quando, dal confronto comparativo in unità di pezzi monetari tra la somma rivalutata riconosciuta al creditore al momento della liquidazione e quella di cui egli disporrebbe se (in ipotesi tempestivamente soddisfatto) avesse potuto utilizzare l'importo allora dovutogli secondo le forme considerate ordinarie nella comune esperienza ovvero in impieghi più remunerativi, la seconda ipotetica somma sia maggiore della prima, solo in tal caso potendosi ravvisare un danno da ritardo, indennizzabile in vario modo, anche mediante il meccanismo degli interessi, mentre in ogni altro caso il danno va escluso (Cass. 1111/2020; Cass. /2018; Cass.3173/2016; Cass. 3355/2010 e Cass. 22347/2007).

Concludendo ATS Sardegna deve essere condannata al pagamento in favore di C. A. a titolo di risarcimento del danno da lei patito la somma complessiva di €217.978,50. Le spese seguono la soccombenza nella misura liquidata in dispositivo, oltre le spese di consulenza tecnica preventiva.

P.Q.M.

Definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza eccezione e deduzione reietta;  
1) Condanna ATS Sardegna a corrispondere in favore di C. A. la complessiva somma di € 217.978,00 oltre interessi dalla sentenza al saldo;  
2) Condanna ATS Sardegna al pagamento delle spese legale in favore di parte ricorrente liquidate in complessivi € 13.430,00 oltre accessori nella misura dovuta per legge e oltre le spese di consulenza tecnica preventiva nella misura liquidata in decreto.

Sassari 3.1.2022

Il Giudice  
G.Sanna