

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI PALERMO
TERZA SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice, dott.ssa Giovanna Nozzetti, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella controversia iscritta al n. 2943 del registro generale affari civili dell'anno 2016

TRA

P. M., nato *omissis* il *omissis* (C.F. *omissis*), rappresentato e difeso dall'avv. Roberto Ficili (ficiliroberto@pec.ordineavvocatomarsala.it) giusta procura rilasciata su documento cartaceo e depositata in copia informatica, ed elettivamente domiciliato nello studio dell'avv. Michele Tolve

ATTORE

E

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) Civico -Benfratelli - G.Di Cristina di Palermo - P.I. 05841770828, in persona del Direttore Generale, rappresentante legale *pro-tempore*, rappresentata e difesa dagli avv.ti Caterina Rizzotto e Francesco Palma, per mandato depositato in copia nel fascicolo informatico

CONVENUTA

OGGETTO: *responsabilità sanitaria; risarcimento danni*

Conclusioni: PER L'ATTORE: previa rinnovazione delle indagini peritali a mezzo di collegio extradistrictum, come in atto di citazione, memorie ex art. 183 co. 6 c.p.c e note critiche alla CTU; PER LA CONVENUTA: come in comparsa di risposta

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con l'atto di citazione notificato il 10.2.2016, G. P. convenne in giudizio l'ARNAS Civico – Di Cristina – Benfratelli esponendo che il 23.10.2006 era stato sottoposto ad intervento di osteosintesi con F.E.A. (fissazione esterna assiale) alla gamba destra presso l'Azienda ospedaliera e in quella sede aveva contratto l'osteomielite dovuta alla penetrazione nell'osso dello stafilococco *aureus*; che il 25.5.2007 gli erano stati tolti i mezzi di sintesi (presso il reparto di ortopedia e traumatologia dello stesso ospedale) ma, alla fine del medesimo anno, l'arto operato si presentava gonfio e turgido, con secrezione di pus dal precedente sito di impianto dei mezzi di sintesi, e l'attore aveva grossissime difficoltà alla deambulazione o alla stazione eretta; che a seguito di visita specialistica e successivo esame colturale sulla ferita femorale, eseguito il 10.1.2008 presso il Servizio di Microbiologia e Virologia dello stesso ospedale, era stata diagnostica la presenza del batterio ed erano iniziate le cure del caso attraverso numerosissime sedute in camera iperbarica; che tuttavia il batterio non era stato debellato e l'osteomielite distale al femore e ginocchio destri si era cronicizzata.

Dedusse, quindi, che la patologia infettiva insorta era ascrivibile a negligenza dei sanitari dell'ARNAS nei cui confronti formulò i seguenti addebiti:

1. L'infezione non era stata adeguatamente prevenuta attraverso l'asepsi della sala operatoria, dei mezzi di sintesi utilizzati, dei ferri chirurgici, dello stesso personale medico e paramedico che aveva avuto accesso alla sala operatoria;
2. Era mancata l'adozione di terapia antibiotica prima dell'intervento (*prassi consueta e consigliata dalle*

linee guida internazionali in vigore presso gli ospedali);

3. L'infezione non era stata *successivamente correttamente riconosciuta e trattata (senza un antibiogramma e terapia antibiotica specifica) consentendo la cronicizzazione del processo infettivo;*

4. *era stata omessa la precisa registrazione, nella cartella clinica, dei dati relativi all'evoluzione della ferita chirurgica;*

5. *era stata omessa l'informazione sulla possibilità di verifica dell'infezione nosocomiale di specie.*

Si sostenne dunque che il contagio era avvenuto ad opera di un batterio tipicamente nosocomiale a causa di difetti o carenze di carattere organizzativo all'interno della struttura ospedaliera e a inadeguatezza concernenti le procedure di profilassi volte ad impedire o limitare le infezioni batteriche nosocomiali e, assumendo che l'infezione avesse peggiorato il proprio stile di vita essendogli residuati postumi invalidanti macro permanenti decisamente peggiori rispetto a quelli che avrebbe potuto sopportare in relazione alla sua condizione fisica prima dell'intervento subito presso l'Azienda convenuta, implicanti un danno biologico permanente del 50%, domandò la condanna della convenuta al risarcimento dei danni non patrimoniali e di quelli patrimoniali, corrispondenti alle spese mediche sostenute e alle spese legali della fase stragiudiziale.

Costituendosi in giudizio, l'ARNAS difese l'operato del proprio personale, escludendo qualunque profilo di *malpractice*, e contestò espressamente la sussistenza del nesso causale tra l'intervento chirurgico e l'infezione diagnosticata il 10.1.2008, quattordici mesi dopo l'intervento, osservando che l'attore era giunto al Pronto Soccorso per gravissimo politrauma a seguito di incidente stradale, per cui, in considerazione dell'esposizione delle fratture, era stata eseguita profilassi antibiotica pre – operatoria con farmaci antibiotici ad ampio spettro, era stata inoltre somministrata terapia antibiotica in loco durante l'intervento e anche nel post operatorio, fino a tre giorni dopo, quando il paziente era stato trasferito presso l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'A.O. Villa Sofia ove era rimasto ricoverato fino al 2.12.06 per la prosecuzione delle cure ortopediche; l'Azienda convenuta aveva posto in essere e documentato tutte le misure cautelative di profilassi necessarie a scongiurare il pericolo di infezione nosocomiale.

Contestò comunque nel *quantum* l'avversa pretesa risarcitoria, ritenendola spropositata e non sorretta da adeguato supporto probatorio.

Accordati i termini per l'appendice di trattazione scritta, la causa è stata istruita mediante le disposte indagini medico – legali affidate alla dott.ssa Paola Pugnetti e l'esame del teste indicato da parte attrice.

Sulla natura della responsabilità della struttura sanitaria

Il *thema decidendum* della controversia è evidentemente centrato sull'asserita responsabilità dell'Azienda Ospedaliera in relazione alle prestazioni sanitarie rese all'attore sin dal momento del ricovero presso il Pronto Soccorso nell'ottobre 2006, alle quali sarebbero conseguite l'insorgenza dell'infezione da stafilococco *aureus* e la cronicizzazione dell'osteomielite distale al femore e ginocchio destri.

Va, allora, ricordato, in punto di diritto, che a partire dalla nota sentenza 1 luglio 2002, n. 9556, la Suprema Corte ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale il rapporto che lega la struttura sanitaria pubblica o privata al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di «spedalità» o di «assistenza sanitaria») che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti — con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13 aprile 2007, n. 8826) — e che ha ad oggetto l'obbligo di quest'ultima di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario, sia prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero, ecc.).

Si tratta di un contratto a prestazioni corrispettive da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista del manifestarsi di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità, va inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi

dipendenti o di suoi collaboratori esterni — esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario — e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, sicchè neppure rileva la circostanza che il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, *Cass.*, sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; *Cass.* 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (*rectius*, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, *Cass.*, sez. III, 17.5.01 6756; 24.1.2007 n. 1516; vds. anche *Cass.*, S.U., n. 9556/2002, cit.).

La responsabilità che dall'esplicazione dell'attività del terzo direttamente consegue in capo al soggetto che se ne avvale riposa invero sul principio *cuis commoda et eius incommoda* o, più precisamente, nell'appropriazione o avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore derivano.

Malgrado l'inapplicabilità (*ratione temporis*) all'odierna fattispecie della legge 8.3.2017 n. 24 c.d. Gelli-Bianco, alla stregua del richiamato indirizzo giurisprudenziale la struttura sanitaria risponde direttamente e a titolo contrattuale di tutte le ingerenze dannose che ai dipendenti, ai terzi preposti e in generale ai soggetti della cui opera si è comunque avvalsa sono state rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato, e cioè dei danni che i medesimi hanno potuto arrecare in ragione di quel particolare contatto cui sono risultati esposti nei loro confronti i creditori/danneggiati (cfr. *Cass.* 20.4.2016 n. 7768; *Cass.* 26.6.2012 n. 10616).

Ne consegue che il riparto dell'onere probatorio è retto dai medesimi criteri fissati in materia contrattuale e, in particolare, dal principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, per cui il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto (fondato sul contatto sociale) ed allegare l'inadempimento del medico, restando a carico di quest'ultimo (e della struttura sanitaria) l'onere di provare l'esatto adempimento, stante la presunzione di colpa a suo carico.

E però, nelle obbligazioni c.d. di comportamento, non ogni inadempimento è rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno (*Cass.* SS.UU. sentenza 11 gennaio 2008, n. 577). Pertanto, nelle cause di responsabilità professionale medica, *il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza astrattamente efficiente alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno* (*Cass. civ. sez. un.* 11 gennaio 2008, n. 577; *Cass. civ.* 26 febbraio 2013, n. 4792; *Cass. civ.* 21 luglio 2011, n. 1593; 12 dicembre 2013 n. 27875).

Più recentemente, tuttavia, la Suprema Corte è tornata ad ulteriormente a delineare, in termini precisi e maggiormente rigorosi, condivisi dall'odierno Decidente, l'onere assertivo e probatorio gravante sul danneggiato. Si è infatti osservato che la presunzione contenuta nell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non anche dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta dell'obbligato e il danno di cui si domanda il risarcimento.

Deve, al riguardo, considerarsi che la previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nell'opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova positiva dell'adempimento o della sua esattezza, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla.

Tale maggiore vicinanza al debitore non sussiste, tendenzialmente, in relazione al nesso causale tra condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere il principio generale sancito dall'art. 2697 c.c. che onera l'attore della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa. (*Cass.* 29315/17).

E ciò vale sia in riferimento al nesso causale materiale (derivazione dell'evento lesivo dalla condotta illecita inadempiente), che in relazione al nesso di causalità giuridica (ossia alla individuazione delle singole conseguenze pregiudizievoli dell'evento lesivo).

Ne discende che nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il pregiudizio di cui chiede il risarcimento, e tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio c.d. "del più probabile che non", la causa del danno, con la conseguenza che, se al termine dell'istruttoria detto nesso non risulta provato, per essere la causa del danno rimasta assolutamente incerta, la domanda dev'essere rigettata (Cass. 18392/17; 4792/13; 17143/12).

Soltanto una volta che il danneggiato abbia dimostrato che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie è causalmente riconducibile all'operato dei sanitari sorge, per la struttura sanitaria e/o per il medico, l'onere di provare che l'inadempimento non sussiste o è stato determinato da causa non imputabile (vds. in questi termini anche Cass. 28991/2019).

Dunque, contrariamente a quanto sostenuto dalla difesa attorea (che, richiamando un indirizzo non più attuale, sostiene che *il paziente è esonerato dall'onere della prova del nesso di causalità materiale tra inadempimento e danno, risultando sufficiente la semplice allegazione dell'inadempimento che determina l'obbligo, a carico della struttura sanitaria, di esperire la prova liberatoria*), secondo la più recente (e condivisa) giurisprudenza di legittimità (vds. anche la sentenza 12872/2020), il nesso causale, quale elemento strutturale dell'illecito (contrattuale o extracontrattuale), quale relazione esterna tra comportamento ed evento, svincolato da qualsiasi giudizio di prevedibilità soggettiva, costituisce oggetto di un apprezzamento logicamente prioritario rispetto al giudizio sulla colpa.

Se è poi vero che, in sede civile, l'accertamento del nesso causale tra condotta del medico o della struttura sanitaria ed evento dannoso, pur ispirandosi ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 c.p. (secondo i quali un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo), nonché al criterio della cosiddetta causalità adeguata (sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili), presenta notevoli differenze in relazione al regime probatorio applicabile, in quanto soltanto *nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio"*, non può tuttavia trascurarsi che in materia civile non è sufficiente una relazione espressa in termini di mera possibilità o probabilità, dovendo l'indagine essere condotta secondo *la regola c.d. della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non"*, (Cass. Civ. S.U. 11.1.08 n. 576; 29.2.2016 n. 3893; 22.2.2016 n. 3428).

Con specifico riguardo alla causalità omissiva - rilevante riguardo ai sempre più frequenti casi di responsabilità sanitaria derivante da omessa o intempestiva diagnosi, mancata adozione del trattamento terapeutico appropriato, ritardato intervento chirurgico - *nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto; il giudice, pertanto, è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato* (cfr. Cass., sez. III, 18 luglio 2011, n. 15709), il tutto secondo un criterio di "credibilità razionale" o "probabilità logica", in base alle effettive circostanze fattuali (cfr. sul punto Cass. Pen., Sez. IV, 12 novembre 2013, n. 8073) e secondo un giudizio ex ante (c.d. prognosi postuma), condotto con riferimento al tempo in cui fu posta in essere la condotta (attiva o omissiva) illecita.

Si tratta di uno standard di "certezza probabilistica" non ancorato *"esclusivamente alla determinazione quantitativa - statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconfidente"*, ma che deve essere "verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana). Nello schema generale della probabilità come relazione logica va verificata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di conferma (sulla valorizzazione del criterio dell'*alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica* quale regola che presiede il giudizio qualificatorio del nesso eziologico cfr., tra le tante, Cass., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619; Cass., sez. Un. 10 gennaio 2008, n. 576; Cass.,

Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 582; Cass., sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 584; Cass., n. 10741/2009, cit.; Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

Le risultanze peritali e l'insussistenza del nesso causale

Nel caso di specie, l'attore inferisce l'esistenza del nesso causale tra l'intervento di osteosintesi della frattura femorale e l'insorgenza del processo infettivo da una serie di elementi che consentirebbero di reputare soddisfatti il criterio cronologico, quello topografico, di validità lesiva e di esclusione di altre cause: il germe responsabile dell'infezione sarebbe tipicamente nosocomiale; la localizzazione del batterio nell'arto operato e precisamente nella sede della ferita chirurgica e nei distretti limitrofi; la tempistica e le manifestazioni della sepsi; l'assenza di un processo infettivo, in corso o in incubazione, al momento dell'ammissione in ospedale.

Il ragionamento presuntivo, esplicito anche nella relazione del CTP dell'attore, dott. Domenico Barone, e fermamente contestato dalla difesa della comparente, risulta però adeguatamente confutato dalle convincenti valutazioni compiute dall'ausiliario nominato, all'esito di un'accurata disamina della documentazione sanitaria prodotta da parte attrice e di valutazioni correttamente centrate sugli addebiti di negligenza mossi all'operato del personale dell'azienda convenuta.

Si è innanzitutto posto in evidenza, da parte dell'ausiliario, che l'attore aveva riportato un politrauma della strada da caduta sull'asfalto mentre si trovava alla guida del proprio motociclo e, dall'entità del complesso delle lesioni e dalla tipologia delle fratture all'arto inferiore destro, ha desunto che si era trattato di un politrauma ad alta energia. Giunto a mezzo ambulanza del 118 all'area di emergenza dell'ARNAS, era stato eseguito un pronto intervento rianimatorio a causa della *"notevole perdita ematica" conseguente al "gravissimo trauma con esposizione di fratture all'arto inferiore destro"*.

Stabilizzato dal punto di vista emodinamico e respiratorio, aveva eseguito TC encefalo ed esami radiologici per il preciso inquadramento del politrauma; condotto, quindi, in sala operatoria era stato sottoposto ad intervento di revisione chirurgica della frattura esposta pluriframmentaria del femore destro con perdita di sostanza ossea, con somministrazione di antibiotici in loco e sintesi con fissatore esterno; l'intervento era stato completato con l'esecuzione di *"sutura per strati"* (vds. descrizione atto operatorio); stesso trattamento era stato riservato alla frattura esposta della gamba dx; nel corso dell'intervento l'anestesista segnalò somministrazione di terapia antibiotica che il paziente continuò anche nei giorni successivi, certamente fino alla dimissione del 30.10.2006 (come ben si evince anche dalla lettera ai sanitari della II Ortopedia del CTP, pag. 119 dell'allegato denominato *"cartella clinica n. 5620220062"* del fascicolo di parte convenuta, trascritta anche alla pag. 14 dell'elaborato peritale).

Dalla sala operatoria della Chirurgia d'Urgenza, il paziente fu trasferito presso il reparto di Anestesia e Rianimazione II ove fu sottoposto, oltre alle necessarie terapie mediche – in particolare antibiotiche e di contrasto all'edema perilesionale encefalico - anche a trasfusione di n. due emazie concentrate, ed eseguì consulenze specialistiche (ripetute consulenze ortopediche e neurochirurgiche, otorinolaringoiatrica e maxillo – facciale).

Con indicazione della opportuna terapia medica (rif. alla lettera di cui alla già citata pag. 119), il paziente fu quindi trasferito alla II Ortopedia del CTO – P.O. Villa Sofia di Palermo.

Non v'è alcuna traccia documentale dell'iter clinico seguito all'ingresso presso detto nosocomio, non essendo stata prodotta la cartella clinica della degenza, protrattasi (a quanto è dato sapere) per oltre un mese (fino al 2.12.06).

La produzione documentale riprende, infatti, a far data dal 10.5.2007, epoca in cui il P. fu ricoverato in regime di DH presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'ARNAS per effettuare intervento chirurgico di rimozione dei mezzi di sintesi. L'obiettività, prima dell'intervento, era caratterizzata da buon posizionamento dei fissatori esterni a femore e gamba dx, assenza di dolore, di secreti patologici e di deficit vascolo – nervosi periferici apprezzabili. Anche gli esami laboratoristici e strumentali risultarono nella norma. I mezzi di sintesi vennero rimossi il 25.5.2007.

Si registra quindi nuovamente un *"vuoto"* nella produzione documentale: sebbene il teste M. abbia riferito che già a maggio - giugno il P. aveva cominciato ad avvertire problemi all'arto operato, lamentando *gonfiore alla gamba, dolore, turgore e perdita di secrezione di pus in corrispondenza delle ferite chirurgiche*, e che nel mese di settembre successivo aveva effettuato una visita presso il reparto di Ortopedia dell'Ospedale Civico, manca agli atti ogni documentazione sanitaria relativa al periodo di poco meno di sette mesi intercorso tra l'intervento e il certificato del dott. Francesco Pomara datato 19.12.2007, che, in occasione del consulto, annotò, quanto all'anamnesi *"riferisce dolore alla gamba destra da circa*

due settimane con secrezione di pus in sede di rimozione dei mezzi di sintesi”, all’esame obiettivo “*dolore alla digitopressione in sede, termotatto positivo, gonfiore e tumefazione gamba, secrezione pus in sede di rimozione mezzi di sintesi*”; e consigliò l’esecuzione di esame colturale pus in sede della ferita.

Il 14.1.2008 venne quindi refertato l’esame colturale su tampone ferita femore destro richiesto il 10.1.08, evidenziandosi la presenza di rare colonie di *Staphylococcus aureus*; l’antibiogramma era caratterizzato da resistenza del batterio solo alla Penicillina.

Vennero quindi eseguite 40 sedute di camera iperbarica dal 29.1.08 all’1.4.08 presso il I Servizio di Anestesia e Rianimazione e Terapia Iperbarica dell’ARNAS.

Agli atti è prodotto un successivo referto di esame colturale su “materiale purulento del terzo distale femore destro” datato 26.9.2012 positivo a “*Staphylococco aureo coagulasi positivo*” privo dell’antibiogramma, a seguito del quale il paziente venne ricoverato dall’1.10.2012 al 12.10.2012 presso la Casa di Cure Triolo – Zanca di Palermo con diagnosi di “*Osteomielite 3° distale femore e ginocchio dx cronica riacutizzata*”, ove fu sottoposto ad “artrocentesi e drenaggio” e dimesso con prescrizione di terapia medica antibiotica e cicli di camera iperbarica. Risultano documentate 45 sedute di camera iperbarica presso l’AOU Policlinico P Giaccone di Palermo dal 28.1.2013 al 20.3.2013.

Il 22.4.2013 il P. si sottopose a scintigrafia ossea trifasica e il 13.5.2013 i medici della Medicina Iperbarica del Policlinico consigliarono ai colleghi della clinica ortopedica, *per il paziente P. M. di anni 53, affetto da osteomielite femore dx*, la prosecuzione della terapia iperbarica per un ulteriore ciclo di otto sedute al mese da ripetersi per i prossimi tre mesi.

Ripercorsa, quindi, la storia clinica dell’attore, la dott.ssa Pugnetti ha ritenuto di poter *motivatamente affermare che l’odierno attore, affetto da fratture multiple esposte di femore e di gamba dx conseguenti a severo politrauma della strada patito nel primo pomeriggio del 23.10.20106, fu correttamente sottoposto ad intervento di revisione e sintesi delle fratture all’arto inferiore destro, presso l’A.R.N.A.S. Ospedale Civico e Benfratelli di Palermo, alla stessa data, intorno alle ore 19:00, dopo la necessaria e corretta stabilizzazione dei parametri vitali di un paziente politraumatizzato grave. Come si evince anche in letteratura, dopo la rianimazione e la stabilizzazione del paziente, le fratture esposte devono essere sottoposte ad intervento chirurgico nel più breve tempo possibile, preferibilmente entro sei ore dal trauma. Nel caso in esame il traumatizzato fu ricevuto presso l’area di emergenza alle ore 17:05 e l’intervento chirurgico ortopedico ebbe inizio alle ore 19:15 con l’induzione dell’anestesia: dopo due ore e dieci minuti dall’accesso al P.S. furono eseguiti, oltre all’attività rianimatoria e di stabilizzazione del malato, tutti i necessari accertamenti per il corretto inquadramento delle lesioni traumatiche, così che il paziente giunse in sala operatoria per l’attività chirurgica urgente sulle fratture esposte dell’arto inferiore destro.*

Ha pertanto giudicato corretti **i tempi e la scelta del trattamento chirurgico, nel caso in esame:** “L’utilizzo del fissatore esterno riduce il rischio operatorio per il ridotto sanguinamento, l’assenza di alesaggio endomidollare e per tempi relativamente brevi di seduta operatoria; non trascurabile è anche la riduzione delle giornate di degenza media prevista.”

Corretta fu anche l’esecuzione della profilassi per le infezioni chirurgiche, con somministrazione di “antibiotici in loco” nel corso dell’intervento chirurgico e di antibiotici nel periodo peri- e post-operatorio, secondo protocolli ben consolidati, risultando documentalmente smentita la tesi di parte attrice (neppure sostenuta dall’invero sbrigativo e superficiale parere del consulente di parte) circa la mancata somministrazione di terapia antibiotica prima dell’intervento.

A tale proposito, nella scheda anestesiológica relativa all’intervento ortopedico del 23.10.2006 sono indicati Targosid 800mg e BBK8 2fl in 100ml, mentre nei fogli di terapia è riportata la somministrazione di Targosid, BBK8 e Dalacin fino al momento della dimissione in data 30.10.2006. Tali antibiotici rappresentano farmaci adeguati per la **profilassi antibiotica delle infezioni chirurgiche post-operatorie, a maggior ragione in caso di fratture esposte**. Infatti, le infezioni del sito chirurgico rappresentano una delle più comuni complicanze della chirurgia, la cui incidenza aumenta fino a quattro volte nelle fratture esposte, rispetto a quelle chiuse. Per tale motivo, “La prevenzione delle infezioni chirurgiche rappresenta uno dei presupposti fondamentali per garantire il successo della procedura intrapresa”.

Inoltre, la pronta stabilizzazione delle fratture esposte riduce la percentuale di complicanze settiche, in particolare con l’esecuzione di tecniche che interessino i tessuti molli con un minimo approccio, così come nell’applicazione di fissatori esterni per le fratture diafisarie, come avvenuto nel caso di specie.

Si è inoltre contestato, da parte dell’ausiliario, il presupposto di fondo da cui muove l’addebito di

responsabilità del CTP del P. nei confronti del personale dell'Azienda convenuta, ossia che quello che infettò la ferita chirurgica fosse un germe tipicamente nosocomiale. Secondo la dott.ssa Pignetti, infatti, la resistenza del batterio soltanto alla Penicillina (come si evince dall'antibiogramma dell'esame colturale refertato il 14.1.2008), caratteristica comune a buona parte degli stafilococchi ormai diffusi nella popolazione generale, è indicativa del fatto che si tratti di un patogeno contaminante della cute e non di un germe nosocomiale.

Tale elemento, unito al fatto che si era trattato di una frattura gravemente esposta e per ciò stesso gravata da un rischio più elevato di contaminazione batterica c.d. esogena e da una maggior incidenza di sfavorevole evoluzione in osteomielite, - come riconosciuto anche dal dott. Cascio, alla pag. 3 del nel parere allegato alle note critiche del CTP di parte attrice - alla corretta profilassi attuata prima, nel corso e durante l'intervento e alla documentata adozione, da parte dell'Azienda, delle procedure di sanificazione e di sterilizzazione prescritte dalle linee guida in materia, ha ragionevolmente condotto il CTU ad escludere che l'infezione del terzo distale di femore destro possa causalmente ricondursi, più probabilmente che non, all'intervento di osteosintesi con FEA eseguito nell'immediatezza del sinistro stradale dell'ottobre 2006, *essendo subentrati altri momenti di rischio di contaminazione batterica della regione interessata dalla frattura post traumatica.*

Si è in particolare sottolineato da parte della dott.ssa Pignetti

- che *l'operato dei sanitari dell'A.R.N.A.S. Ospedale Civico di Palermo, in relazione alla complicità infettiva successivamente insorta, può considerarsi corretto in tutte le fasi di assistenza (nell'esecuzione dell'atto chirurgico, nel decorso post-operatorio e nel corso della degenza, nonché al momento della rimozione dei mezzi di sintesi), come da protocolli e linee guida dell'epoca, così come sopra argomentato, anche con riferimento a letteratura specialistica. Nel corso dei sette giorni di ricovero successivi all'intervento il paziente fu costantemente sottoposto a controlli ortopedici per i traumi fratturativi a carico dell'arto inferiore destro (oltre che a controlli neurochirurgici e maxillo-facciali per i restanti gravi traumi cranio-facciali), a controlli laboratoristici, oltre che alla costante attività rianimatoria e alla continua terapia medica, anche antibiotica ad ampio spettro per il controllo delle infezioni in paziente politraumatizzato e con fratture esposte all'arto inferiore destro;*

- che *l'assenza di documentazione relativa al successivo ricovero del paziente dal 30.10.2006 in ambiente ortopedico presso altra azienda ospedaliera non consente di ricondurre causalmente l'infezione diagnosticata a distanza di sette mesi e mezzo dall'intervento di rimozione dei mezzi di sintesi (e a quindici mesi di distanza dall'osteosintesi) all'attività sanitaria svolta presso l'A.R.N.A.S. di Palermo;*

- che il solo isolamento dello stafilococco aureo sulla ferita e dunque sulla cute non può considerarsi diagnostico di osteomielite, mentre la diagnosi di osteomielite del femore dx si ebbe soltanto nel mese di ottobre 2010, a distanza di quattro anni dal trauma fratturativo. Le linee guida per le infezioni delle protesi ortopediche, che la dott.ssa Pignetti ha ritenuto applicabili per analogia al caso di specie, *indicano che le infezioni tardive (insorte dopo un anno dall'intervento) non possono essere collegate all'intervento chirurgico.*

L'ausiliario ha inoltre fornito esaustive e convincenti repliche alle osservazioni –in qualche punto persino ineleganti e gratuitamente offensive della notoria professionalità del CTU – del CTP dott. Barone e persino a quelle, quanto meno irrituali, contenute nelle *“note esplicative specialistiche del prof. Antonio Cascio”*, mai designato quale consulente di parte dell'attore. Il che giustificava ampiamente la decisione del Giudice di non dare corso alla sollecitata rinnovazione delle operazioni peritali, giudicata addirittura *“incomprensibile”* dalla difesa del P., sebbene non fossero stati denunciati vizi procedurali o metodologici nell'operato del consulente, lesione del contraddittorio, incompletezza dell'elaborato anche rispetto ai chiarimenti e alle precisazioni sui rilievi critici formulati.

D'altra parte nessuna obiezione era stata prontamente formulata dalla difesa attorea rispetto alla designazione della dott.ssa Pignetti, di cui sono note la competenza e l'impermeabilità rispetto agli interessi particolari delle parti, la designazione di un consulente *extra districtum* non appariva né doverosa né opportuna, in considerazione della evocazione in giudizio della sola Azienda Ospedaliera (e non di singoli sanitari), mentre il coinvolgimento di uno specialista infettivologo nel collegio medico non è stato neppure sollecitato da parte attrice, che infatti si è parimenti avvalsa della sola consulenza del dott. Barone, medico – legale, e non ha ritenuto di designare quale proprio CTP alcun infettivologo (salvo poi veicolare irrualmente nel processo le note del prof. Cascio).

Dovrebbe inoltre essere conosciuto al difensore della parte attrice, che ha ingiustamente insinuato

un'acritica adesione del Decidente alle conclusioni del proprio ausiliario, che non sono affatto infrequenti, per questo Giudice, il richiamo dei CCTTUU e anche il discostamento dalle valutazioni espresse nell'elaborato peritale, ove siano offerti – anche tramite l'apporto dei CCTTPP – fondati elementi che lo giustifichino e che, nel caso di specie, sono invece del tutto assenti.

Le critiche del dott. Barone alle “*forzate conclusioni espresse dal CTU*” che, a suo avviso, “cozzano con qualsiasi minimo criterio di logica medico legale” possono infatti essere condensate come segue (le sottolineature sono opera dell'estensore):

1. il processo infettivo patito dal paziente è stato accertato sin dalla prima ora durante il ricovero ospedaliero e di ciò i medici si avvidero subito tanto da attivare *un protocollo antibiotico energico* (e sul punto è lo stesso CTP a smentire la mancata adozione di terapia antibiotica specifica denunciata da parte attrice);
2. *cercare di individuare vie perverse di infezione a carico del paziente è diabolico (addirittura!) e inconducibile, tanto è vero che il paziente è stato infettato durante il ricovero e i sanitari che l'avevano in cura lo hanno ben documentato;*
3. *nel nostro caso sono stati trovati germi tipici della sala operatoria pseudomonas aeruginosa particolarmente aggressivi poiché farmaco antibiotico resistenti;*
4. *perlomeno per la prima ora immediatamente dopo il ricovero per stessa ammissione dei medici operatori il paziente ha patito una complicanza che ha determinato un danno previsto, prevedibile e non correttamente e definitivamente fronteggiato;*
5. *il paziente non si è mai sottratto a nessuna delle terapie proposte dagli stessi sanitari operatori e poi da altri sanitari che hanno proposto persino inutili terapie palliative (vedi la camera iperbarica...) la cui utilità nel caso in specie, con i mezzi di sintesi lasciati in situ, è stata una sofferenza veramente inutile;*
6. *l'infezione è iniziata durante il ricovero nell'immediatezza dei fatti e si è manifestata dopo qualche giorno e non dopo 4 anni come vorrebbe far credere il CTU;*
7. *non abbiamo nessuna altra causa possibile alla determinazione delle complicanze presentate dal paziente*

Si tratta di affermazioni in larga misura addirittura smentite documentalmente o contraddette dalle considerazioni del CTU – queste sì – sorrette da riferimenti scientifici tratti da pertinente bibliografia riportata in nota nell'elaborato.

1. Non vi è innanzitutto alcuna evidenza documentale del fatto che il processo infettivo si sarebbe manifestato immediatamente e sarebbe stato riconosciuto e documentato dai sanitari: nell'atto introduttivo si era anzi sostenuto, chiaramente, che le prime manifestazioni dell'infezione si sarebbero avute dopo la rimozione dei mezzi di sintesi, *alla fine del medesimo anno (2007)*, e soltanto successivamente, nella prima memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c. (probabilmente alla luce delle contestazioni dell'ARNAS circa la sussistenza del nesso causale), si è affermato che non meglio specificate complicanze, con evidente difficoltà di deambulazione, si sarebbero manifestate fin sa subito; in contrasto persino con la deposizione del teste M., addotto dall'attore, secondo il quale “*a seguito della rimozione dei ferri, mezzi di sintesi, intorno a maggio/giugno, (il P.) cominciò ad avvertire problemi;*”
2. I sanitari attuarono, dunque, prontamente corretta terapia antibiotica pre-, peri-operatoria e post-operatoria *non perché accertarono “il processo infettivo patito dal paziente”, ma perché si trovarono di fronte ad un paziente grave politraumatizzato con fratture del massiccio facciale e frattura pluriframmentaria esposta del terzo distale del femore destro e della tibia omolaterale e pertanto a rischio di infezioni. Le fratture esposte, per definizione, sono caratterizzate da lesioni a carico dei tessuti molli che, mettendo in comunicazione la sede della frattura ossea con l'ambiente esterno permettono la contaminazione del sito di frattura da parte di microrganismi, nonché la penetrazione eventuale di corpi estranei nella ferita* 12. *Il protocollo applicato dai sanitari dell'A.R.N.A.S di Palermo, pertanto, deve ritenersi pratica corretta e dovuta quale profilassi delle infezioni in fratture esposte, secondo quanto riportato in letteratura e in base alle buone pratiche cliniche ormai da tempo acquisite, come pure riconosciuto dal prof. Cascio nel parere allegato dal CTP (“l'ARNAS Ospedale Civico di Palermo ha verosimilmente messo in atto i protocolli per il controllo delle infezioni ospedaliere e di quelle chirurgiche);*
3. Il batterio isolato su tampone della ferita non era lo pseudomonas aeruginosa, bensì lo *Staphylococcus aureus*, patogeno ubiquitario, che frequentemente colonizza la pelle delle persone: il paziente era portatore di una frattura comminuta ed esposta, conseguenza di un sinistro stradale, per cui il campo operatorio

doveva essere considerato “inquinato”;

4. Non v'è alcuna evidenza, negli esami laboratoristici, della presenza di un processo infettivo in atto durante i sette giorni di degenza presso il Pronto Soccorso e il reparto di rianimazione, anzi il progressivo decremento e la normalizzazione dei neutrofili denota la positiva reazione dell'organismo al processo infiammatorio, adjuvata dalla terapia antibiotica;

5. La precoce somministrazione di terapia antibiotica è la chiave principale della gestione delle fratture esposte perché la maggior parte dei pazienti ha ferite contaminate da microorganismi e l'uso di antibiotici riduce significativamente la percentuale di infezioni;

6. Non v'è modo di affermare, dunque, con ragionevole probabilità che il paziente sia stato infettato al momento dell'esecuzione dell'intervento di osteosintesi o comunque durante la breve degenza presso l'Azienda Ospedaliera, in quanto la documentazione sanitaria è manchevole della cartella clinica relativa al ricovero del paziente presso l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'A.O. Villa Sofia – Cervello, protrattosi dal 30 ottobre al 2 dicembre 2006; non può pertanto escludersi che l'infezione sia stata contratta presso altro nosocomio o altrimenti, considerato che le prime manifestazioni di cui vi è prova (cfr. il certificato del dott. Pomara) si ebbero a distanza di 14 mesi dall'intervento di osteosintesi e dopo circa 7 mesi dalla rimozione dei mezzi di sintesi; come evidenziato dalla dott.ssa Pugnetti l'esposizione delle fratture costituisce di per sé fattore di rischio importante – riconosciuto anche dal prof Cascio (il quale ha ritenuto doveroso evidenziare che *per osteomielite post traumatica si intende un'osteomielite (infezione dell'osso) che si sviluppa a seguito di fratture aperte contaminate o di trattamento chirurgico di fratture chiuse*) e prevalente rispetto all'infezione ospedaliera, come correttamente valutato anche dai sanitari dell'ARNAS che intervennero nell'immediatezza del trauma stradale eseguendo idonea terapia medica, antibiotica e chirurgica;

7. Risulta quindi smentito l'assunto del dott. Barone secondo la quale l'ipotesi dell'infezione nosocomiale esaurirebbe il novero delle possibili eziologie della complicanza insorta nel paziente;

8. L'affermazione del P., cui tanto il dott. Barone quanto il prof. Cascio hanno dato ampio credito, ossia che *“fin da subito dalla ferita chirurgica sarebbero fuoriuscite secrezioni”*, non solo non ha trovato alcun riscontro probatorio, ma è addirittura smentita sia documentalmente (proprio dal certificato del dott. Pomara del 19.12.2007), sia dalla testimonianza del M.; il dato anamnestico riportato nel referto del dott. Pomara *“Riferisce dolore alla gamba destra da circa due settimane con secrezione di pus in sede di rimozione dei mezzi di sintesi”* si pone poi in netto contrasto con la dichiarazione del teste, circa la comparsa di manifestazioni già a maggio – giugno 2007;

9. Ne risulta anzi confermata l'assenza di sintomatologia suggestiva del processo infettivo al momento della rimozione dei mezzi di sintesi, nel maggio 2007, e la correttezza di quanto annotato all'esame obiettivo sulla cartella clinica del ricovero in D.H. del 25.5.2007;

10. Non v'è alcuna evidenza di una visita effettuata dal P. presso il Reparto di Ortopedia dell'ARNAS nel mese di settembre 2007, non menzionata neppure nella CTP del dott. Barone né nell'atto introduttivo;

11. Durante la terapia in camera iperbarica (dal 2008), diversamente da quanto erroneamente affermato dal dott. Barone, il paziente non era affatto portatore di mezzi di sintesi, già rimossi dal 25.5.2007;

12. L'ossigenoterapia iperbarica non costituisce una *“inutile terapia palliativa”*, essendo indicata proprio per le infezioni acute e croniche dei tessuti molli, spesso associate a compromissione settica sistemica, e per l'osteomielite cronica refrattaria, essendo dotata di una potente azione battericida anche nei confronti di batteri difficili e antibiotico resistenti in quanto potenzia la funzionalità degli antibiotici e aumenta la capacità di difesa aspecifica del paziente attraverso un miglior funzionamento dell'immunità cellulare.

13. Ulteriori cicli di OTI, in associazione e non a terapia antibiotica, sono stati infatti prescritti sia nell'ottobre 2012 dai sanitari dell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia della Casa di Cure Triolo Zanca, sia da quelli dell'A.O. Policlinico; non risulta agli atti che il P. si sia rivolto all'ARNAS o ad altra struttura sanitaria successivamente alla conclusione del primo ciclo di ossigenoterapia iperbarica (1.4.2008) e l'esecuzione dell'esame colturale presso laboratorio privato del 21.9.2012, il che lascia presumere che in detto intervallo temporale si sia registrato un effettivo miglioramento della condizione dell'arto.

Il Tribunale condivide dunque le conclusioni cui è pervenuta la dott.ssa Pugnetti, sia in punto di esclusione dei profili di colpa ascritti al personale dell'Azienda convenuta sia quanto all'impossibilità di ascrivere casualmente l'infezione da Stafilococco aureo e l'insorgenza dell'osteomielite *a difetti o carenze di carattere organizzativo all'interno della struttura ospedaliera e a inadeguatezza delle procedure di profilassi volte ad impedire o limitare le infezioni nosocomiali*, come invece sostenuto da parte attrice.

Si è già rammentato, nel precedente paragrafo, che nella materia della responsabilità civile la causalità assolve *"alla duplice finalità di fungere da criterio di imputazione del fatto illecito e di regola operativa per il successivo accertamento dell'entità delle conseguenze pregiudizievoli del fatto che si traducono in danno risarcibile"* (Cass. 21619/2007) e che, con specifico riferimento alla responsabilità professionale, *non essendo l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie (ovvero la morte) "immanenti alla violazione delle "leges artis"", potendo "avere una diversa eziologia", all'onere del creditore/danneggiato "di allegare la connessione puramente naturalistica fra la lesione della salute, in termini di aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie, e la condotta del medico", si affianca - "posto che il danno evento non è immanente all'inadempimento", anche quello "di provare quella connessione"* (così Cass. Sez. 3, sent. n. 28991 del 2019; Cass. Sez. 3, 12872/2020).

Rispetto, poi, alla causalità omissiva - rilevante riguardo ai sempre più frequenti casi di responsabilità sanitaria derivante da omessa o intempestiva diagnosi, mancata adozione del trattamento terapeutico appropriato, ritardato intervento chirurgico –*nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto; il giudice, pertanto, è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato* (cfr. Cass., sez. III, 18 luglio 2011, n. 15709), il tutto secondo un criterio di "credibilità razionale" o "probabilità logica", in base alle effettive circostanze fattuali (cfr. sul punto Cass. Pen., Sez. IV, 12 novembre 2013, n. 8073) e secondo un giudizio ex ante (c.d. prognosi postuma), condotto con riferimento al tempo in cui fu posta in essere la condotta (attiva o omissiva) illecita.

Si tratta di uno standard di "certezza probabilistica" non ancorato *"esclusivamente alla determinazione quantitativa - statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente"*, ma che deve essere "verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana). Nello schema generale della probabilità come relazione logica va verificata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di conferma (sulla valorizzazione del criterio dell'*alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica* quale regola che presiede il giudizio qualificatorio del nesso eziologico cfr., tra le tante, Cass., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619; Cass., sez. Un. 10 gennaio 2008, n. 576; Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 582; Cass., sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 584; Cass., n. 10741/2009, cit.; Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

In termini pratici, la regola del "più probabile che non" *"implica che rispetto ad ogni enunciato si consideri l'eventualità che esso possa essere vero o falso, ossia che sul medesimo fatto vi siano un'ipotesi positiva ed una complementare ipotesi negativa"*, sicchè, tra queste due ipotesi alternative, *"il giudice deve scegliere quella che, in base alle prove disponibili, ha un grado di conferma logica superiore all'altra: sarebbe infatti irrazionale preferire l'ipotesi che è meno probabile dell'ipotesi inversa"*.

Alla luce delle risultanze delle indagini peritali e delle condivisibili considerazioni che le sorreggono e che confutano adeguatamente le obiezioni della difesa attorea, non essendo possibile ritenere maggiormente probabile l'eziologia nosocomiale dell'infezione da stafilococco aureo e la genesi iatrogena dell'osteomielite né ravvisandosi nell'operato dei sanitari dell'azienda ospedaliera i profili di negligenza, imprudenza o imperizia indicati nell'atto introduttivo del giudizio e nella relazione del CTP del P. (costituiscono invece una non consentita modifica delle allegazioni gli inediti profili di inesattezza della prestazione lusingati dal prof. Cascio, peraltro fondati sul postulato indimostrato e anzi smentito che l'infezione si fosse manifestata nell'immediatezza o al momento della rimozione dei mezzi di sintesi), non può che pervenirsi al rigetto delle pretese attoree.

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate, in favore della parte vittoriosa, secondo i parametri introdotti dal DM. 55/14 e in conformità ai valori medi tabellari (cause di valore indeterminato, fino ad € 260.000,00) per tutte le fasi ad eccezione di quella istruttoria, per la quale si reputa appropriata

l'applicazione del coefficiente riduttivo del 30%, tenuto conto che l'istruzione della causa si è esaurita nell'espletamento della disposta CTU (avverso la quale l'ARNAS non ha formulato rilievi) e nell'esame del teste addotto da parte attrice.

Vanno definitivamente poste a carico dell'attore le spese occorse per l'espletata CTU, liquidate con separato decreto.

P.Q.M.

Definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa ogni diversa domanda, eccezione o difesa;

rigetta le domande proposte da P. M. nei confronti dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) Civico -Benfratelli - G. Di Cristina di Palermo, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con l'atto di citazione notificato il 10.2.2016.

Condanna l'attore alla rifusione delle spese di lite sostenute dalla convenuta e le liquida in complessivi € 11.810,00 per compensi, oltre rimborso forfetario nella misura del 15% dei compensi ed oltre IVA e CPA.

Pone le spese occorse per l'espletata CTU medico – legale definitivamente a carico della parte attrice.

Così deciso in Palermo, il 2 maggio 2022

Il Giudice
Giovanna Nozzetti

Il presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice dott.ssa Giovanna Nozzetti in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.