

N. 4496/2015 R.G.



REPUBBLICA ITALIANA IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Lecce, I Sezione Civile, in persona del Giudice Unico Dott.ssa Eleonora Guido ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile, iscritta in primo grado di giudizio, al n. 4496/2015 R.G. **TRA**

A. A., rapp.to e difeso come da mandato in atti dall'Avv. CELESTINI MINA;

ATTORE

CONTRO

A.S.L. LECCE, in persona del Direttore Generale e legale rapp.te p.t., rapp.ta e difesa come da mandato in atti dall'Avv. CENTONZE FRANCESCO;

CONVENUTA

NONCHÉ CONTRO

DOTT. D. G. D., rapp.to e difeso come da mandato in atti dall'Avv. CALÒ LUCIANO;

CONVENUTO

E CONTRO

FONDAZIONE IRCCS - ISTITUTO NEUROLOGICO C.B., in persona del Presidente e legale rapp.te p.t., rapp.ta e difeso come da mandato in atti dall'Avv. VINCI PAOLO;

CONVENUTO

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E CONCLUSIONI DELLE PARTI

Con atto di citazione ritualmente notificato, A. A. ha citato in giudizio il Dott. D. G. D., l'ASL di Lecce e la Fondazione IRCCS - Istituto Neurologico C.B. di Milano al fine di ottenere il risarcimento dei danni patiti a seguito delle condotte negligenti poste in essere dai convenuti nella causazione e gestione della peritonite cronica di cui ha sofferto l'attore nel periodo tra gennaio 2011 e maggio dello stesso anno.

Con separate comparse si sono costituiti i convenuti, i quali hanno concluso per il rigetto della domanda attorea.



In particolare, il Dott. D. G. ha chiesto di essere manlevato dall'ASL di Lecce; l'ASL di Lecce ha invece chiesto, in caso di affermata responsabilità dei convenuti, di accertare il rispettivo grado di responsabilità di ognuno condannando chi di ragione a tenere indenne la stessa ASL.

La controversia è stata istruita attraverso CTU medico-legale e all'udienza del 21.04.2022 le parti, attraverso il deposito di note di udienza – a fronte dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 – hanno precisato le conclusioni; la causa è stata quindi trattenuta per la decisione con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda attorea è fondata per quanto di ragione e deve essere accolta nei limiti e per le motivazioni di seguito indicate.

Tuttavia, giova innanzitutto premettere alcune nozioni di carattere teorico in punto di responsabilità medica.

Il dibattito giurisprudenziale e dottrinale in tema di responsabilità professionale e, segnatamente, di responsabilità medica si è focalizzato, specie nell'ultimo decennio, attorno ad alcune principali problematiche: 1) il titolo della responsabilità del medico e della struttura sanitaria pubblica o privata; 2) il contenuto ed il criterio di ripartizione dell'onere della prova; 3) il criterio di accertamento del nesso causale.

Per quanto di nostro interesse, la responsabilità della struttura sanitaria per i danni arrecati ai pazienti in ragione di una erronea esecuzione della prestazione medica è oramai pacificamente ricondotta nell'ambito della responsabilità contrattuale (il rapporto tra paziente e struttura sanitaria è riconducibile alla figura del contratto atipico di ricovero ospedaliero o al c.d. contratto atipico di ospedalità), con le conseguenze che ne derivano in punto di prescrizione e regime probatorio. Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno definito "complesso ed atipico" il rapporto che si instaura tra la struttura sanitaria ed il paziente anche nell'ipotesi in cui quest'ultimo scelga al di fuori il medico curante, dal momento che la struttura non si limita ad impegnarsi alla fornitura di mere prestazioni di natura alberghiera (somministrazione di vitto ed alloggio), ma si obbliga alla messa a disposizione del personale medico ausiliario, di quello paramedico ed all'apprestamento dei medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche in vista di eventuali complicanze (in tal senso cfr. Cass. civ., Sez. Un., n. 9556/2002).

L'accettazione del paziente in una struttura pubblica o privata deputata a fornire assistenza sanitaria e/o ospedaliera ai fini di una visita ambulatoriale o del ricovero comporta quindi la conclusione di un



contratto da ricondurre alla fattispecie del contratto di spedalità che determina l'insorgenza di obbligazioni di natura complessa, le quali vanno dalla prestazione di diagnosi e di cura a quelle *lato sensu* alberghiere (alloggio, ristorazione) nonché di sicurezza ed organizzative. Così argomentando, quello della prestazione medica in senso stretto diventa un momento del più complesso sviluppo contrattuale composto di un fascio di prestazioni variegata il cui adempimento diligente è presupposto per l'esclusione di ogni responsabilità.

Sul tema, di recente, la Suprema Corte ha avuto modo di ribadire la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria privata o pubblica, distinguendo in particolare tra ipotesi di responsabilità diretta (ovvero quelle di inadempimento da parte della struttura sanitaria delle obbligazioni sulla stessa gravanti) e quelle di responsabilità indiretta (ovvero per il fatto dell'ausiliario, del medico cioè che opera all'interno della struttura sanitaria); il Giudice di legittimità afferma, in particolare, che *"il rapporto che si instaura tra parente e casa di cura (o ente ospedaliero) ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui ... insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale"* (così testualmente la giurisprudenza formatasi prima dell'evento lesivo dedotto a fondamento della pretesa risarcitoria: cfr. Cass. civ., n. 13953/2007; conf. Cass. civ. n. 1698/2006).

Ciò premesso, in punto di rapporto di causalità ed onere probatorio, deve evidenziarsi come, ricorrendo un'ipotesi di responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c., sul creditore grava ai sensi dell'art. 2697 c.c. l'onere di provare l'inadempimento mentre al debitore compete la dimostrazione che l'inadempimento sia scaturito da eventi imprevedibili o inevitabili.

Il quadro probatorio sin qui enucleato deve essere, in ciascuna ipotesi concreta, completato con il giudizio sulla sussistenza del nesso di causa tra la prestazione del medico non conforme alle regole dell'arte e l'evento dannoso. L'onere di dimostrare la sussistenza del legame eziologico sulla base dei



principi generali è posto a carico del paziente indipendentemente dal grado di difficoltà dell'intervento del medico. Nella ricostruzione del nesso etiologico, peraltro, non si può prescindere dall'individuazione degli elementi concernenti la "causa dell'evento", cioè la causa dell'aggravamento del paziente: solo dopo aver chiarito negli aspetti fattuali e scientifici il momento iniziale e la successiva evoluzione della malattia, è poi possibile analizzare la condotta colposa addebitata al sanitario.

Spetterà, per converso, al debitore (struttura e/o medico convenuti) fornire la prova in ordine all'esecuzione corretta della prestazione professionale e che l'esito peggiorativo sia stato causato dal sopravvenire di un evento imprevisto ed imprevedibile, ovvero dall'esistenza di una particolare condizione fisica del paziente non accertabile *ex ante* con il criterio della specifica diligenza professionale.

Il Giudice di legittimità sul punto ha affermato molto chiaramente che *"In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal 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, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso"* (così Cass. civ. Sez. III, 08-07-2010, n. 16123; Cass. 12686/2011 e Cass. 6698/2018; da ultimo Cass. civ. Sez. III, Sent., (ud. 05/12/2018) 2703-2019, n. 8461).

Con riferimento invece alla responsabilità personale del medico, com'è noto, il legislatore dello scorso decennio è intervenuto sul tema a più riprese, riconoscendo definitivamente la natura extracontrattuale della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria (cfr. d.l. 13 settembre 2012, n. 158, conv. con mod. nella L. 8 novembre 2012, n. 189; L. 8 marzo 2017, n. 24).



Tuttavia, va evidenziato che la vicenda in esame risale al biennio 2010-2011, ovvero in un periodo antecedente all'entrata in vigore delle norme su richiamate; da ciò si rende necessario un breve chiarimento in tema di successione di leggi nel tempo.

Atteso che il diritto al risarcimento del danno sorge nel patrimonio del danneggiato al momento del fatto dannoso, le leggi c.d. Balduzzi e Gelli non possono applicarsi al caso di specie.

Infatti, trattandosi di normativa di diritto sostanziale, e non di diritto processuale (in cui si applica il principio *tempus regit actum*), il diritto al risarcimento del danno - nella specie - resta insensibile alle successive variazioni normative, che, in carenza di una diversa indicazione nel testo di legge, non possono disciplinare i diritti già sorti non avendo, di regola, effetto retroattivo secondo il noto principio generale contenuto nelle c.d. preleggi.

Del resto, anche la Suprema Corte ha ribadito che *“entrambe le norme non possono ritenersi, in assenza di specifica disposizione transitoria, non contenuta né nella stessa L. n. 189 del 2012 (o nel decreto-legge convertito) o nella successiva L. n. 24 del 2017, avere efficacia retroattiva. Esse, pertanto, conformemente all'art. 11 preleggi regolano unicamente fattispecie verificatesi successivamente alla loro entrata in vigore”* (Cass. civ. Sez. III, Sent., (ud. 04/07/2019) 11-11-2019, n. 28994).

Alla luce di quanto innanzi, pertanto, al caso di specie non può trovare applicazione la più recente normativa che inquadra la responsabilità del medico come extracontrattuale, ma dovrà tenersi conto di quella che era la normativa in vigore, nonché dell'orientamento giurisprudenziale, nel periodo in cui si sono verificati i fatti di causa.

In particolare, secondo la giurisprudenza prevalente, nel periodo antecedente all'entrata in vigore delle riforme c.d. Balduzzi e Gelli, la responsabilità del medico era di natura contrattuale, e tanto sulla base della nota tesi della *“responsabilità da contatto”*.

Orbene, ciò precisato in diritto, e prima di esaminare nel merito la domanda attorea, per ragioni di ordine espositivo giova a questo punto richiamare gli elementi fattuali posti a fondamento della domanda risarcitoria da parte attrice.

L'A., premesso di essere affetto sin dal 2002 da idrocefalo triventricolare da stenosi dell'acquedotto, ha esposto di essersi ricoverato presso l'Istituto Neurologico C.B. di Milano, ove si sottoponeva, il 16.12.2010, ad intervento chirurgico di sostituzione della valvola di derivazione ventricolo peritoneale. Nelle settimane immediatamente successive all'intervento - conclusosi con successo - l'attore avvertiva un sensibile miglioramento della qualità della vita e ciò fino al 17 gennaio del 2011.



Difatti, in detta data accadeva che, in ragione della comparsa di forti dolori addominali e di ipertermia, l'A. si recava presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Copertino, dove veniva sottoposto a consulenza chirurgica generale.

All'esito del controllo, il chirurgo di turno, rilevato un sospetto di appendicite, consigliava al paziente terapia antibiotica e forniva indicazioni circa l'esecuzione di ulteriori controlli.

Nei mesi successivi l'attore si sottoponeva a numerose visite (tanto con riferimento alla pregressa patologia di idrocefalia, quanto per la dolenzia nella zona addominale) e calibrava la terapia antibiotica anche sulla scorta dei suggerimenti forniti dal proprio medico curante.

In data 21.04.2011, vista la persistenza della sintomatologia addominale, si sottoponeva a visita specialistica (presso il nosocomio copertinese) dal Dott. D. D. G., il quale prescriveva terapia antibiotica ed esami di controllo. In data 20.05.2011 l'A. si recava nuovamente dal su citato specialista che indicava gli esami da eseguire e la terapia da assumere, prospettando, inoltre, un intervento in videolaparoscopia.

Il 31.05.2011, in ragione di un repentino peggioramento delle condizioni generali, l'attore veniva sottoposto, presso l'ospedale Luigi Sacco di Milano, ad un urgente intervento chirurgico di esterizzazione del catetere della derivazione ventricolo-peritoneale e drenaggio delle raccolte ascessuali addominali; a seguito di detta operazione, l'8.06.2011, veniva trasferito presso l'Istituto B. dove restava ricoverato per circa un mese.

In occasione di quest'ultimo ricovero veniva rilevata dai sanitari un'infezione liquorale curata con terapia antibiotica sino alla sua completa risoluzione, all'esito della quale, in data 5.07.2011, si procedeva ad intervento di derivazione ventricolo-atriale con valvola Codman.

Tanto premesso in punto di fatto, le censure mosse dall'A., a carico dei convenuti - intervenuti a vario titolo nella gestione della complessa vicenda che ha interessato l'attore - possono riassumersi come segue:

a) rispetto all'Istituto Neurologico B. di Milano:

- L'insorgenza della patologia, lamentata a gennaio 2011 a carico dell'addome, sarebbe stata provocata da un'infezione del sito chirurgico contratta presso l'istituto milanese in occasione dell'intervento del dicembre 2010;



- L'infezione rilevata in occasione dei prelievi del 13 e 15 giugno 2011 presso l'Istituto B. avrebbe provocato una sepsi cerebrale, la quale avrebbe poi determinato complicanze encefaliche.

b) Rispetto al Dott. D. G. e l'ASL di Lecce:

- Ritardo nelle cure e cattiva gestione della flogosi dell'attore a carico dell'addome.

In particolare, il Dott. D. G. avrebbe dovuto disporre il ricovero dell'A. già in occasione della visita del 21.04.2011, evitando in questo modo il peggioramento delle condizioni generali del paziente e consentendo a costui di usufruire di un intervento chirurgico meno invasivo.

L'attore, in definitiva, dopo aver posto a fondamento dell'azione risarcitoria quanto innanzi richiamato, ha concluso chiedendo la condanna dei convenuti in quanto le loro condotte avrebbero comportato un aggravamento della malattia da idrocefalo triventricolare, malattia di cui l'A. soffre da tempo, nonché l'inutilizzabilità del sito addominale quale zona di scarico in cui posizionare l'estremità del catetere distale della DVP.

Orbene, con riferimento all'Istituto Neurologico B. di Milano, la domanda è infondata non emergendo, a carico di questo, nessun profilo di responsabilità.

In particolare, la CTU espletata nel corso del giudizio, nella quale viene dettagliatamente ripercorsa la storia clinica dell'A., ha chiarito come tutte *"le procedure diagnostiche e terapeutiche messe in atto dai sanitari dell'Istituto Neurologico "C. B." siano condivisibili, prive di censure e rispondenti alle esigenze cliniche dell'attore"* (cfr. p. 24 della relazione peritale a firma dei Dott.ri De Fabrizio e Centonze).

Invero, la doglianza attorea secondo cui la peritonite sarebbe stata causata da un'infezione ospedaliera, contratta in occasione dell'intervento del 16.12.2010, è stata sconfessata dagli ausiliari del Giudice, i quali hanno specificato che, in occasione della degenza presso l'Istituto C. B., *"non si rilevano segni clinici e laboratoristici di infezione"*. Il paziente è stato infatti trattato con terapia antibiotica immediatamente dopo l'intervento e, a seguito di detto intervento, *"non si è verificata nessuna evidenza di infezione immediata o tardiva della ferita cranica o del liquor o altri segni clinicilaboratoristici di flogosi"* (cfr. pp. 29-30 della CTU).



Oltre ad aver agito in maniera idonea a prevenire le infezioni post-operatorie, in ogni caso viene esclusa la correlazione tra la procedura neurochirurgica e l'infezione del peritoneo, atteso che in tal caso si sarebbero dovute registrare particolari e specifiche condizioni cliniche che, nella specie, non si sono verificate (ad esempio: liquor infetto, infezione in sede anatomica dell'intervento neurochirurgico, mancata guarigione della ferita, fuoriuscita di pus, turgore e arrossamento della cute; sul punto cfr. p. 31 della relazione peritale).

Con riferimento invece all'infezione liquorale rilevata con i prelievi del 13 e 15 giugno va chiarito quanto segue.

In data 31.05.2011 l'attore si è sottoposto, come si è detto, ad intervento di esternalizzazione della DVP; detto intervento è consistito nell'estrazione del catetere distale al livello del collo, rescissione e connessione dello stesso ad una sacca esterna del liquor.

Sul punto, gli ausiliari del Giudice hanno chiarito che *“la crescita nella coltura del liquor di Stafilocco epidermidis durante il ricovero di giugno 2011 nell'Ist. B. è probabilmente una contaminazione”*. In altri termini, gli ausiliari del Giudice hanno evidenziato che, nella vicenda in esame, *“la crescita di uno Stafilocco epidermidis sulla punta del catetere addominale escisso durante l'intervento per addome acuto avvenuto il 31.5.11 è secondario ad una contaminazione e non è l'agente patogeno causa della peritonite”*, escludendo, quindi, che si sia trattato della violazione delle tecniche di asepsi.

Con precisione e chiarezza espositiva, i consulenti del Tribunale hanno evidenziato che *“l'infezione liquorale è conseguenza dell'esteriorizzazione al collo della derivazione ventricolo-peritoneale avvenuta il 30.5.11 a seguito dell'intervento urgente per addome acuto”* e che detta procedura si è rivelata corretta, e quindi condivisa dallo stesso Collegio peritale, per tre ragioni (cfr. p. 33 della relazione peritale):

- idoneità a *“scongiurare il rischio che l'infezione peritoneale si potesse propagare per via retrograda dall'addome verso il compartimento intracranico”*;
- capacità di *“evitare che l'idrocefalo potesse peggiorare poiché il peritoneo infetto non svolge più la funzione di riassorbire il liquor”*;
- idoneità ad *“evitare il rischio di contaminazione della DVP secondaria a manovre chirurgiche, non prevedibili ex ante, di apertura di un viscere addominale non pulito”*.



In particolare, con riferimento alle operazioni di esterizzazione della DVP, in sede di risposta alle osservazioni dei CTP, i consulenti del Tribunale, hanno tuttavia chiarito che tale manovra non è esente da effetti collaterali.

Invero, precisato che *“il liquor passa dall’ambiente cerebrale ad uno esterno in una sacca di raccolta che viene periodicamente sostituita o svuotata”*, i consulenti hanno dettagliatamente illustrato che se da un lato *“tale manovra è necessaria anche in quanto il peritoneo infiammato non riassorbe più il liquor”* dall’altro lato è vero che il paziente è più esposto a rischio inevitabile di contaminazione o di infezione. Tuttavia, *“tale pericolo”*, chiariscono i CC.TT.UU., *“è direttamente proporzionale alla durata della esterizzazione della DVP e non è annullabile malgrado il ricorso a tecniche rigorose di asepsi e uso preventivo di antibiotici. Inoltre il tubicino esterno della DVP è invariabilmente colonizzato da batteri i quali passando attraverso l’orifizio cutaneo del collo, punto di fuoriuscita del drenaggio, possono invadere il sottocute ed arrivare sino al compartimento endocranico”* (cfr. p. 89 della relazione peritale).

Nella specie, sottolineano gli ausiliari del Giudice che *“gli esami di laboratorio eseguiti al B. a metà giugno mostrano una contaminazione del liquor da parte di uno Stafilococco cutaneo in assenza di segni di infezione; il paziente rimane sempre asintomatico in assenza di febbre o segni obiettivi di infezione del liquor e riceve una corretta e mirata terapia antibiotica. Il dato saliente è che in caso di infezione del liquor l’organismo risponde con un incremento dei globuli bianchi, un decremento del glucosio e un aumento delle proteine presenti nel liquor. Invece nei numerosi esami chimico-fisici del liquor i suddetti parametri rimangono sempre nei limiti di norma, segno incontrovertibile che la crescita del cocco gram positivo è una contaminazione e giammai un’infezione del liquor”* (cfr. p. 90 della relazione peritale).

Ad ogni buon conto, *“la cosiddetta infezione del liquor di natura nosocomiale verificata con i prelievi del 13 e 15 giugno 2011 è stata trattata con successo dai sanitari del B. mediante somministrazione di antibioticoterapia endovena e all’interno del sistema ventricolare del paziente”* e, anche in questa circostanza, *“il comportamento terapeutico messo in atto dai sanitari dell’Ist. B. ... fu tempestivo e idoneo rispetto al caso concreto e uniformato alle migliori regole della scienza medica”* (cfr. pp. 33-34 della relazione peritale).

Chiarita la posizione dell’Istituto Neurologico B. di Milano e rilevato che nessun profilo di responsabilità può essere iscritto in capo ad esso, occorre a questo punto passare ad analizzare la posizione del Dott. D. G. e dell’ASL Lecce rispetto ai fatti di causa.



Sul punto, va in primo luogo evidenziato che dalla documentazione clinica emerge pacificamente che l'A. si è sottoposto a visita specialistica dal Dott. D. G., per la prima volta, il 21.04.2011 e che in detta circostanza lo specialista ha diagnosticato una *“peritonite cronica non settica in pz con derivazione ventricolo-peritoneale. E.O. negativo: douglas indolente, non indicazione attualmente al tratt. chirurgico”* (cfr. doc. 7 allegato al fascicolo del Dott. D. G.). Con riferimento all'operato del medico convenuto, l'attore ha chiesto il risarcimento dei danni patiti a seguito dell'omessa tempestiva attivazione del protocollo di cura; difatti, a parere dell'attore, se il Dott. D. G. avesse disposto il ricovero in ospedale a seguito della visita effettuata il 21.04.2011 si sarebbe potuto procedere ad un intervento meno invasivo ed evitare le conseguenze dannose causate dall'intervento d'urgenza effettuato il 31.05.2011; inoltre, un intervento tempestivo avrebbe fatto salva l'opportunità di posizionare in futuro un catetere di derivazione ventricoloperitoneale.

Sul punto, occorre innanzitutto chiarire se la situazione clinica dell'A., al momento della prima visita con il Dott. D. G., fosse ad uno stato avanzato tale da richiedere l'intervento chirurgico e se quindi fosse esigibile al medico convenuto una prescrizione in tal senso.

Sul punto, invero, il Collegio peritale ha evidenziato che *“i dati clinici, radiologici e di laboratorio dimostravano univocamente di trovarci di fronte ad una peritonite con ascessi addominali”* (cfr. p. 27 della relazione peritale).

In particolare, la TAC addome effettuata l'8.04.2011 evidenziava *“la presenza di abbondante versamento libero presente in sede periepatica, perisplenica, e maggiormente nella fosse epatorenale e in fossa iliaca dx, dove circonda la derivazione. 2 piccole raccolte, verosimilmente saccate si riscontrano nella tasca del douglas, limitate da cercine iperdenso e sospette per formazioni ascessuali. Diffuso ispessimento del mesentere, come per peritonite”* (referto esame radiologico del 8.04.2011 all. n. 5 fasc. attoreo).

A parere dei CC.TT.UU. tanto era sufficiente a disporre il ricovero del paziente già in data 21.04.2011. Sul punto, va evidenziato che non coglie nel segno l'osservazione avanzata dal CTP del Dott. D. G., il quale, non condividendo le conclusioni del Collegio peritale, ha sottolineato che in detto referto vi è una *“diagnosi radiologica di flogosi peritoneale che non corrisponde necessariamente ad una peritonite batterica. La flogosi peritoneale aspecifica è invero la norma in presenza di un corpo*



estraneo quale per l'appunto un catetere di drenaggio di una derivazione ventricolo peritoneale" (cfr. p. 2 delle osservazioni alla CTU a firma del CTP, Dott. Petrachi).

A tal proposito, gli ausiliari del Giudice, premesso che *"La presenza di un corpo estraneo nel peritoneo di un individuo portatore di una derivazione ventricolo-peritoneale non comporta mai la presenza di una flogosi peritoneale in assenza di patologia; il liquor che la derivazione scarica in peritoneo è un liquido sterile, privo di germi, pertanto non induce mai un'inflammazione del peritoneo, nè del sottocute in cui decorre né del cervello perché il materiale di cui è composto è privo di incompatibilità con i tessuti umani"* hanno chiarito che *"in condizioni normali l'ecografia addominale di un soggetto portatore di DVP non evidenzia né la presenza di liquido libero in addome, né l'inflammazione del peritoneo"* (cfr. p. 78 della relazione peritale).

Inoltre, i CC.TT.UU., dopo aver precisato che nel suddetto referto radiologico del 8.04.2011 veniva altresì riportato *"VES elevata, dolori addominali, pregressa diagnosi di appendicite"*, hanno evidenziato che *"la VES alta rappresenta un indice laboratoristico di infiammazione/infezione"* e che *"la pregressa diagnosi di appendicite depone verso una infezione batterica, i dolori addominali evidenziano la presenza di una patologia in atto"* giungendo alla conclusione, assolutamente condivisibile in quanto immune da vizi logici o evidenti carenze tecniche, che *"tale quadro si riferisce indiscutibilmente e chiaramente ad una infiammazione peritoneale ascrivibile ad una contaminazione batterica in atto la cui eziologia all'epoca restava da definire"*. (cfr. pp. 78-79 della relazione peritale) e pertanto hanno confermato che *"il chirurgo generale consultato avrebbe dovuto decidere per un'esplorazione chirurgica in laparoscopia per eradicare il processo infettivo in florida evoluzione peggiorativa, come documentato dalle indagini radiologiche"* (cfr. p. 27 della relazione peritale).

In conclusione, dalle risultanze probatorie va ritenuto che il quadro clinico dell'A. alla data 21.04.2011 richiedesse già il ricovero ospedaliero al fine di intervenire chirurgicamente.

Ciò chiarito, va a questo punto affrontata la contestazione avanzata dal medico convenuto, il quale, nella comparsa di costituzione e risposta, asserisce che *"è falso che in data 21 aprile 2011 il sig. A. si sottopone a visita specialistica dall'odierno convenuto con gli esami sino ad allora effettuati"* (cfr. p. 4 della comparsa di costituzione e risposta).



All'evidenza, detta circostanza, in ordine all'esibizione al medico convenuto della documentazione clinica, è dirimente ai fini dell'accertamento della responsabilità di costui per l'asserito ritardo dell'operazione, atteso che dalla lettura del referto dell'8.04.2011, in particolare, emergeva l'esigenza di procedere chirurgicamente già in data 21.04.2011, per le ragioni di cui si è ampiamente esposto. Orbene, la prospettazione dello specialista non appare verosimile poiché, per una serie di ragioni che saranno di seguito indicate, dal carteggio processuale è desumibile – al contrario – che in occasione della visita del 21.04.2011 il medico convenuto abbia invece visionato i referti antecedenti a quella data.

Si ripete, per ragioni di chiarezza espositiva, la diagnosi contenuta nel certificato medico del 21.04.2011 a firma del Dott. D. G.: *“peritonite cronica non settica in pz con derivazione ventricolo-peritoneale. E.O. negativo: douglas indolente, non indicazione attualmente al tratt. chirurgico”*.

Orbene, posto che la diagnosi di peritonite cronica è di tipo radiologico, va ritenuto che il Dott. D. G. abbia potuto diagnosticare la *“peritonite cronica non settica”* solo a seguito della lettura del referto radiologico del 8.04.2011, non potendo diversamente, con il solo esame obiettivo, pervenire ad una diagnosi di tal tipo, atteso che l'esame obiettivo da lui rilevato era di *“douglas indolente”*.

Invero i CC.TT.UU. sottolineano sul punto che *“ipotizzando che la clinica fosse paucisintomatica e che non vi fossero eclatanti segni obiettivi di peritonite non si comprende come abbia fatto il dr. D. G. a porre una siffatta e arguta diagnosi”* (cfr. p. 78 della relazione peritale).

Ulteriori elementi a riprova del fatto che il chirurgo generale ha preso visione dei referti antecedenti alla visita del 21.04.2011, emerge dal tenore delle indicazioni cliniche ivi contenute.

In particolare, nel certificato medico in questione si legge *“eseguirà tra 15 gg: -Emocromo -PCR -VES -procalcitonina -rivalutazione chirurgica ed ETG addome completo”*.

Orbene, laddove fosse vero che il 21.04.2011 l'A. si sia sottoposto alla visita specialistica senza esibire al Dott. D. G. la documentazione clinica, non si spiegherebbe il motivo di una prescrizione del seguente tenore: *“eseguirà tra 15 giorni”*; segno evidente, questo, dell'intenzione di procedere ad un monitoraggio del paziente. Diversamente, dinanzi ad un paziente *“sprovvisto”* di qualsivoglia documentazione attestante i principali indici clinici (per l'appunto: emocromo, ves, pcr, ecc..) è verosimile che il medico avrebbe suggerito di procedere immediatamente all'esecuzione degli esami necessari senza fissare un termine differito, come di fatti è accaduto.



A conferma dell'intenzione di procedere ad un'osservazione degli sviluppi clinici del paziente, rileva anche il certificato medico redatto dallo stesso specialista in data 20.05.2011, nel quale viene ribadita la prescrizione degli stessi esami già indicati nella precedente visita (cfr. certificato del 20.05.2011: *“eseguirà: emocromo e formula -VES -PCR - procalcitonina -ev. VLS”*).

Orbene, dal *modus operandi* del Dott. D. G. trapela inequivocabilmente l'intento di procedere ad un “monitoraggio” dal paziente; appare infatti chiaro il proposito di voler valutare l'evoluzione clinica dell'A. ritenendo, evidentemente, che in data 21.04.2011 non vi fossero ancora i margini per disporre un intervento chirurgico.

Le argomentazioni sin qui esposte inducono pertanto a ritenere provato, per via presuntiva, che il medico convenuto ha preso visione della documentazione clinica ed in particolare della TAC del 8.04.2011.

Del resto, a ben guardare, in entrambi i certificati a firma del Dott. D. G., nell'elenco degli esami da effettuare, non compare alcuna indicazione circa l'esecuzione di esami radiologici, segno del fatto che detto esame era già presente nel carteggio clinico dell'A. e che il Dott. D. G. ne avesse preso contezza; né, in occasione della visita del 20.05.2011, viene riportata, tra gli esami da eseguire nuovamente, l'ecografia dell'addome, indice del fatto che il medico aveva avuto modo di visionare il referto, redatto nella stessa giornata ed eseguito appunto sulla scorta delle indicazioni ricevute in data 21.04.2011.

Peraltro, è evidente che il relativo referto dell'ECG è stato comunque sottoposto all'attenzione del Dott. D. G. in occasione della seconda visita, atteso che il medico riporta nel certificato *“apparente aumento del liquido intraperitoneale”* e tale circostanza può essere stata appurata dal medico solo dopo aver esaminato le immagini ecografiche.

Né può ritenersi che tanto non sia vero per il solo fatto che nel certificato del 21.04.2011 il medico non ha riportato alcuna indicazione esplicita circa l'avvenuto controllo degli esami effettuati e, verosimilmente, portati all'attenzione dello specialista: invero, anche nel certificato del 20.05.2011 (seconda visita specialistica) il medico non fa alcun cenno agli esami da lui stesso prescritti in data 21.04.2011, ma reitera le medesime prescrizioni del precedente certificato, ad esclusione dell'esecuzione dell'ECG.

Da tanto discende che non riportare sul certificato medico la documentazione visionata rientrava, all'evidenza, in una “prassi” dello stesso professionista.



In conclusione, il Dott. D. G. è responsabile del ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico, dal momento che costui avrebbe dovuto disporre il ricovero già in occasione della visita del 21.04.2011.

Il Tribunale sulla scorta di quanto sopra detto ritiene, quindi, accertata la responsabilità colposa del Dott. D. G. e dell'Asl di Lecce per il ritardo nella gestione dell'infezione peritoneale, e quindi per l'esecuzione tardiva di un intervento chirurgico certamente più demolitivo.

Con riferimento invece alle ulteriori voci di danno attinenti al peggioramento della patologia di cui già soffriva l'attore, nonché della perdita dell'opportunità di utilizzare la DVP, le stesse sono infondate, atteso che non vi è prova che l'operato del Dott. D. G. – nonché di tutte le strutture ospedaliere coinvolte nella vicenda – abbia causato detti specifici danni lamentati dall'attore. Difatti gli ausiliari del Giudice hanno chiarito sul punto che, nonostante le censure mosse all'operato del Dott. D. G., *“tale condotta sanitaria non ha provocato, neppure indirettamente, un aggravamento dei disturbi da patologia cerebrale lamentati dall'attore”* (cfr. p. 29 della relazione peritale).

Inoltre, quand'anche l'attore fosse stato tempestivamente curato per la patologia addominale, ciò non avrebbe comunque consentito di posizionare, in futuro, un catetere ventricolo-peritoneale. Invero, con argomentazione esaustiva e precisa, i consulenti hanno chiarito che *“l'infezione e l'ascesso peritoneale e un intervento che coinvolga ampiamente l'addome costituiscono una controindicazione ad effettuare una diversione del liquido cefalo-rachidiano dal compartimento endocranico ad quello endoperitoneale; infatti il viscere addominale è traumatizzato dall'infezione e dalle manovre chirurgiche e forma inevitabilmente delle aderenze ed una vasta reazione cicatriziale così da perdere la sua funzione di riassorbire i liquidi. Pertanto in presenza di una pregressa peritonite cronica, esitata addirittura nella formazione di ascessi, e alla luce di una procedura invasiva addominale, sia endoscopica che mediante accesso ombelicale-pubico, non è prudente impiantare una derivazione ventricolo-peritoneale poiché il liquor non sarebbe riassorbito, si accumulerebbe in addome, impedirebbe il funzionamento della DVP e risulterebbe nella dilatazione dei ventricoli cerebrali con sintomi ascrivibili a idrocefalo recidivo (cefalea, vomito, alterazione della vista, confusione, instabilità del cammino ecc)”*.

Pertanto, i CC.TT.UU. hanno concluso chiarendo che *“qualunque fosse stato il timing della risoluzione dell'infezione e dell'intervento chirurgo addominale non sarebbe stato ravvisabile l'opportunità di uno shunt con scarico liquorale in addome a meno di sottoporre il paziente a rischi inutili, quali aggravamento dello stato neurologico e necessità di ulteriori revisioni chirurgiche della derivazione”* (cfr. p. 37 della relazione peritale).



Tanto chiarito in ordine alla sussistenza della responsabilità medica, occorre passare alla liquidazione delle poste di danno riconosciute.

Ciò posto, e sebbene i fatti per cui è causa risalgano ad un periodo antecedente all'introduzione della legge c.d. Balduzzi, in ordine alla determinazione della somma spettante all'attore a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da lesione dell'integrità psico-fisica dallo stesso subita, questo Giudice ritiene di fare applicazione delle nuove tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale adottate dall'Osservatorio per la giustizia civile del Tribunale di Milano.

La scelta di procedere alla liquidazione equitativa del danno non patrimoniale facendo ricorso al metodo tabellare trova conforto nella giurisprudenza di legittimità per cui *"la disposizione della legge Balduzzi che ha introdotto le modalità di calcolo del danno alla integrità psico-fisica a seguito di interventi di malpractice medica non riguarda aspetti sostanziali e strutturali della fattispecie legale della responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie, in quanto essa non modifica dei precedenti criteri previsti da una legge antecedente. Pertanto, tale norma deve essere applicata dal giudice per liquidare i danni anche quando l'evento di malpractice medica e i conseguenti danni si sono verificati prima dell'entrata in vigore della legge Balduzzi"* (Cass. civ. Sez. III, 21/01/2020, n. 1157).

In particolare, il Tribunale ritiene equo applicare le Tabelle Milanesi attualmente in vigore, ossia quelle aggiornate al 2021, attesa la pacifica giurisprudenza per cui la liquidazione eventualmente effettuata sulla base di tabelle non più attuali si risolverebbe in una non corretta applicazione del criterio equitativo previsto dall'art. 1226 c.c. (cfr. Cass. civ. Sez. III Ord., 22/11/2019, n. 30516, sebbene la pronuncia faccia riferimento al caso di sopravvenuta variazione del sistema tabellare nelle more del giudizio di appello, il principio è applicabile al caso di specie).

Tanto premesso e passando alla determinazione dell'entità dei danni subiti, va richiamata la relazione medica depositata dal Collegio peritale, il quale ha stimato il danno biologico subito dall'attore nella misura del 3%, relativamente ai reliquati chirurgici addominali derivanti dall'accesso laparotomico piuttosto che laparoscopico. I CC.TT.UU. hanno altresì stimato un periodo di inabilità temporanea, ascrivibile al ritardo con cui è stato effettuato l'intervento chirurgico per il trattamento della peritonite e ascessi addominali, scansionato come segue: I.T.T. di 5 giorni, una I.T.P. al 75% di giorni 10 e una I.T.P. al 50% di giorni 20.

Il giudice ritiene di condividere le puntuali e approfondite valutazioni espresse dagli ausiliari in ordine alla valutazione del danno.



Ne deriva che il risarcimento, sulla scorta delle indicazioni delle tabelle milanesi, va determinato come segue:

ITT 5 giorni al 100% = € 495,00;

ITP 10 giorni al 75% = € 742,50;

ITP 20 giorni al 50% = € 990,00;

A titolo di ristoro del danno biologico permanente va, inoltre, determinata la somma in euro € 3.338,00, corrispondente a postumi da lesioni pari all'3%, conducendo al totale di euro 5.565,50.

Detto ammontare, quantificato in moneta attuale, va maggiorato di interessi legali sulla somma anno per anno devalutata a ritroso sino alla data del sinistro; con la sentenza il debito di valore si trasforma in debito di valuta e sono dovuti gli interessi dalla decisione al saldo.

Deve, viceversa, essere rigettata la domanda di risarcimento del danno esistenziale.

Sul punto, non può sottacersi che, con riferimento a detta specifica posta di danno, non è corrisposto alcun assolvimento dell'onere probatorio sul punto.

L'attore, infatti, si è limitato a riportare l'impossibilità ad avere rapporti, nonché quella di frequentare luoghi, piscine, saune, cinema e ogni qualunque tipo di svago ammettendo egli stesso che queste mancanze si inseriscono in *"una situazione originaria di pregressa patologia, che in ogni caso è stata aggravata notevolmente dalla condotta negligente dei convenuti"* (cfr. p. 9 atto di citazione).

Orbene, atteso che, a seguito dei fatti di causa, non si è registrato alcun peggioramento delle condizioni cliniche dell'A., nessun danno esistenziale successivo – e indipendente dalle condizioni di salute pregresse – può esser scaturito dalle condotte dei convenuti.

Oltre alla domanda risarcitoria non patrimoniale, l'A. ha chiesto il risarcimento del danno patrimoniale, *sub specie* di danno da riduzione della capacità lavorativa specifica.

Trattasi in particolare di *"danno futuro"* da valutare *"su base prognostica anche a mezzo di presunzioni semplici"* (Cass., 20003/2014).

La giurisprudenza sul punto ha chiarito che *"il danno da perdita di capacità lavorativa specifica, ben lungi dal costituire danno "in re ipsa", va pertanto allegato e provato nell'"an" e nel "quantum" (sia pure a mezzo di presunzioni semplici) da parte del danneggiato"* (cfr. Cass, 15031/2008).

Premesso quanto sopra, non può ritenersi raggiunta la prova di tale posta di danno, atteso che – già in punto di allegazione – parte attrice non ha specificato quali limitazioni abbia subito quale diretta conseguenza dell'errore medico di cui si discute.



Deve infine essere rigettata la domanda di risarcimento del danno patrimoniale, tenuto conto che la richiesta risarcitoria di parte attrice attiene alla “spese mediche future” e che i CC.TT.UU. hanno ritenuto che non vi sia alcuna necessità “*di eventuali spese future da sostenere a causa dell’evento occorso*” (cfr. p. 43 della relazione peritale).

In conclusione, l’ASL e il Dott. D. G. vanno condannati in solido al risarcimento del danno, come sopra calcolato, nei confronti dell’attore.

Va osservato sul punto che, con riferimento al periodo precedente all’entrata in vigore della L. n. 24 del 2017, la responsabilità risarcitoria si presume concorrente e paritaria tra medico e struttura, ex artt. 1298 comma 2 e 2055 comma III c.c., anche in caso di colpa esclusiva del medico; ed in tale caso la rivalsa della struttura nei confronti del medico è possibile solo “*negli eccezionali casi di inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile ed oggettivamente improbabile devianza*” dal programma condiviso della tutela della salute che è oggetto dell’obbligazione, poiché la struttura accetta il rischio connesso all’utilizzazione di terzi per l’adempimento della propria obbligazione contrattuale (cfr. Cass. n. 28987/2019).

In altri termini, per un verso, il medico non può essere manlevato dalla struttura (cfr. conclusioni *sub* 4 della comparsa di costituzione) stante la sua diretta responsabilità nella causazione dell’evento lesivo; per altro, attesa la esclusiva responsabilità del nosocomio leccese, nulla va disposto circa la graduazione delle colpe dei vari enti convenuti (cfr. conclusione *sub* c della comparsa di costituzione dell’ASL di Lecce), tenuto pure conto che detta struttura non ha svolto domanda riconvenzionale trasversale nei confronti del proprio professionista.

Le spese di lite tra l’attore e la Fondazione IRCCS - Istituto Neurologico C.B., tenuto conto della complessità del giudizio nonché del fatto che l’accertamento dei fatti poteva avvenire solo attraverso accertamento giudiziale, sono interamente compensate.

Le spese di lite, tra l’attore, l’ASL Lecce ed il Dott. D. G., seguono la soccombenza dei convenuti e sono quindi liquidate come in dispositivo, secondo i parametri del DM 55/2014 ed in base al valore del *decisum*, nonché in favore dell’Erario, stante l’ammissione dell’attore al patrocinio a spese dello Stato.

Sul punto infatti la distrazione è *tamquam non esset*, stante l’orientamento della Suprema Corte per cui “*la presentazione dell’istanza di distrazione delle spese proposta dal difensore della parte ammessa al patrocinio a spese dello Stato non costituisce rinuncia implicita al beneficio da parte dell’assistito, attesa la diversa finalità ed il diverso piano di operatività del gratuito patrocinio e della*



distrazione delle spese – l'uno volto a garantire alla parte non abbiente l'effettività del diritto di difesa e l'altra ad attribuire al difensore un diritto in "rem propriam" - con la conseguenza che il difensore è privo del potere di disporre dei diritti sostanziali della parte, compreso il diritto soggettivo all'assistenza dello Stato per le spese del processo, potendo la rinuncia allo stesso provenire solo dal titolare del beneficio, e tenuto conto, peraltro, che l'istituto del gratuito patrocinio è revocabile solo nelle tre ipotesi tipizzate nell'art. 136 del d.P.R. n. 115 del 2002, norma eccezionale, come tale non applicabile analogicamente" (così, Cass. civ. Sez. Unite Sent., 26/03/2021, n. 8561).

Le spese di CTU, nella misura già liquidata in corso di causa, sono definitivamente poste, in solido, in capo ai convenuti Dott. D. G. D. e ASL di Lecce.

P.Q.M.

Il Tribunale di Lecce, definitivamente pronunciando nella causa n. 4496/2015 r.g., ogni diversa istanza ed eccezione disattesa:

- a) Accoglie per quanto di ragione la domanda dell'attore e, per l'effetto, condanna il Dott. D. G. D. e l'ASL Lecce, in solido, al pagamento in favore di A. A. di euro 5.565,50, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, il tutto oltre accessori come in motivazione;
- b) Compensa le spese di lite tra A. A. e la Fondazione IRCCS – Istituto Neurologico C.B.;
- a) Condanna D. G. D. e ASL Lecce, in solido tra loro, alla rifusione delle spese di lite in favore dello Stato, liquidate in euro 2.500,00 oltre spese forfettarie, IVA e CAP come per legge;
- b) Pone definitivamente le spese di CTU a carico di D. G. D. e ASL Lecce, in solido tra loro, con diritto di rivalsa delle altre parti anche parziale in caso di anticipo.

Lecce, 11.07.2022

Il Giudice

Dott.ssa Eleonora Guido

La presente sentenza è stata redatta su bozza predisposta dal funzionario dell'Ufficio per il processo, Dott.ssa Alessandra Delle Donne, con la supervisione del magistrato assegnatario.

Lecce, 11.07.2022

Il Giudice

Dott.ssa Eleonora Guido



Sentenza n. 2228/2022 pubbl. il 19/07/2022
RG n. 4496/2015
Repert. n. 2817/2022 del 19/07/2022

