

# onbsi

Organismo Nazionale Bilaterale Servizi Integrati



## LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

STUDIO ETIOLOGICO  
DEI PATOGENI E DELLE SEPSI,  
LORO DISTRIBUZIONE TERRITORIALE,  
VALUTAZIONE DEI FATTORI  
E DEI COSTI CORRELATI

Ricerca svolta da Fondazione per la Sussidiarietà e  
Università Cattolica del Sacro Cuore





Organismo Nazionale Bilaterale Servizi Integrati

# LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

STUDIO ETIOLOGICO  
DEI PATOGENI E DELLE SEPSI,  
LORO DISTRIBUZIONE TERRITORIALE,  
VALUTAZIONE DEI FATTORI  
E DEI COSTI CORRELATI

Ricerca svolta da Fondazione per la Sussidiarietà e  
Università Cattolica del Sacro Cuore



*Progetto promosso da*

Organismo Nazionale Bilaterale Servizi Integrati (ONBSI)

*realizzato da*

Fondazione per la Sussidiarietà

*in collaborazione con*

Sezione di Igiene e Sanità Pubblica, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

(Responsabili Scientifici: Fidelia Cascini e Walter Ricciardi)

*Autori del volume*

Paolo Berta

Fidelia Cascini

Walter Ricciardi

Daniele Spinelli

Giorgio Vittadini

© 2023 Fondazione per la Sussidiarietà, Milano

Tutti i diritti riservati

Stampato in Italia – Printed in Italy

Stampa: Geca, San Giuliano Milanese (MI)

Fondazione per la Sussidiarietà, ottobre 2023

[www.sussidiarieta.net](http://www.sussidiarieta.net)

# Indice

## Capitolo I

Introduzione	5
1.1 Il rischio delle infezioni ospedaliere	6
1.2 Il ruolo della sanificazione degli ambienti ospedalieri	6
1.3 Analisi della letteratura scientifica	7

## Capitolo 2

Analisi dei bilanci delle Aziende Ospedaliere	11
2.1 Voci conto economico	12
2.2 Variabili derivate dal conto economico	13
2.3 Statistiche Descrittive	13
2.4 Analisi delle caratteristiche ospedaliere	17
2.5 Analisi per tipologia di ospedale	22
2.6 Distribuzione geografica delle strutture ospedaliere	24
2.7 Distribuzione geografica dell'offerta di posti letto ospedalieri	27
2.8 Distribuzione geografica delle spese ospedaliere per igiene e pulizie	29
2.9 Studio della correlazione	32
2.10 Quale relazione tra spesa per igiene e caratteristiche ospedaliere?	34

## Capitolo 3

Studio delle infezioni	39
3.1 Analisi per tipo di ospedale	45
3.2 Analisi geografica	52
3.3 Analisi dei costi sociali	58
3.4 Analisi delle schede di Dimissione Ospedaliera	61

## **Capitolo 4**

# **Relazione sulle implicazioni medico-legali e giudiziarie connesse a un inefficiente controllo delle infezioni correlate all'assistenza con riferimento alla giurisprudenza di merito e di cassazione**

*a cura di Fidelia Cascini*

Introduzione	73
4.1 La rassegna della giurisprudenza	75
4.2 Considerazioni conclusive	83

## **Capitolo 5**

Conclusioni	86
-------------	----

## **Appendice**

Appendice A. Analisi per dimensione	90
Appendice B. Aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni	92
Appendice C. Aziende ospedaliere di Medie Dimensioni	96
Appendice D. Aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni	100
Appendice E. Approfondimenti analisi SDO	104
Appendice F. Robustezza del modello sui costi sociali	109
Appendice G. Metodologia	110

## **Sentenze**

111

## **Bibliografia**

199

## **Gli autori**

203

# Capitolo I

## Introduzione

Il presente documento raccoglie i risultati del progetto *Le infezioni correlate all'assistenza: studio etiologico dei patogeni e delle sepsi, loro distribuzione territoriale, valutazione dei fattori e dei costi correlati*, promosso dall'Organismo Nazionale Bilaterale Servizi Integrati (ONBSI) e condotto da Fondazione per la Sussidiarietà in collaborazione con Sezione di Igiene e Sanità Pubblica, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Responsabili Scientifici: Fidelia Cascini e Walter Ricciardi).

La necessità di un approccio scientifico e di ricerca al tema delle infezioni correlate all'assistenza, risulta essere un presupposto necessario di tipo sussidiario che consente di fornire risposte al decisore politico che abbiano una robustezza quantitativa oltre a un'analisi qualitativa.

Il documento è diviso in due parti e, nella prima parte sviluppata dalla Fondazione per la Sussidiarietà, analizza i fattori e i costi correlati alle infezioni ospedaliere, basato sulle voci di bilancio delle aziende pubbliche italiane. La seconda parte del documento, sviluppata dalla Sezione di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, riguarda l'inquadramento del fenomeno delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) in Italia, mediante studio etiologico dei patogeni, lo studio delle sepsi e l'analisi della loro distribuzione territoriale.

In generale, il progetto si propone di inquadrare il fenomeno delle ICA in Italia, di analizzare le possibili implicazioni e di fornire suggerimenti per la normativa di riferimento per le pratiche ospedaliere e per gli aspetti giuridici e assicurativi.

Il presente documento contiene, quindi, un inquadramento generale delle problematiche legate alle ICA, i risultati della mappatura delle stesse e l'analisi dei dati di bilancio delle aziende ospedaliere pubbliche italiane che consentono di identificare la relazione tra le scelte economiche del management ospedaliero rispetto alle voci di bilancio connesse al sistema di igienizzazione degli ospedali. La prima parte del documento, riguardante il rischio delle infezioni ospedaliere e il ruolo della sanificazione degli ambienti ospedalieri, prende spunto da Finzi et al (2017), che contiene la relazione ANMDO relativa al progetto per le linee guida sulla sanificazione ambientale per la gestione del rischio clinico e il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Il documento è reperibile al link: <https://www.anmdo.org/wp-content/uploads/2017/11/Sanificazione.pdf>

## 1.1 Il rischio delle infezioni ospedaliere

Il rischio di contrarre un'infezione durante la degenza in ospedale è uno dei principali problemi legati alla gestione degli ambienti ospedalieri. Le ICA sono tra le complicanze più frequenti che si possono verificare nelle strutture sanitarie, con una stima tra il 5% e il 15% del rischio di sviluppare almeno una ICA durante la degenza.

Un recente studio – di prevalenza eseguito dall'ECDC (European Center for Disease Control) – ha stimato che il 5,7% dei pazienti contrae un'ICA, quindi ogni anno sono 4,1 milioni i pazienti che contraggono un'infezione correlata all'assistenza, e sono attribuibili alle ICA circa 37.000 decessi, oltre a 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa. Il trend di questi fenomeni è in aumento, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha assunto il tema della sicurezza del paziente come uno degli obiettivi principali di attività a livello mondiale.

In aggiunta a questo, le ICA hanno un impatto rilevante anche dal punto di vista economico. È sufficiente, infatti, pensare che ogni caso di sepsi determina un prolungamento medio della degenza di 15 giorni, con un aumento di spesa variabile tra 5.000 e 50.000 euro. Risulta pertanto evidente come la possibilità di prevenire e ridurre il numero di ICA attraverso corrette misure di controllo, oltre al chiaro beneficio sanitario, consentirebbe anche un notevole risparmio economico a beneficio di tutto il sistema sanitario.

## 1.2 Il ruolo della sanificazione degli ambienti ospedalieri

Negli ultimi anni, diversi studi hanno dimostrato che gli interventi di pulizia ambientale possono ridurre le ICA. In tal senso, la sanificazione degli ambienti e le modalità di utilizzo dei prodotti sanificanti sono raccomandate in tutte le linee guida internazionali e nazionali.

Per questo è opportuno definire adeguati protocolli di pulizia per il mantenimento di un elevato livello igienico negli ambienti ospedalieri, diversificando i protocolli in base alle differenti aree di rischio.

Ogni ambiente, infatti, ha uno standard igienico ottimale che è in funzione della destinazione d'uso dell'ambiente stesso e dei flussi di persone che frequentano a vario titolo i locali. In tal senso, l'ospedale può essere diviso in macro aree di rischio infettivo.

*Aree ad altissimo rischio (AAR):* ambienti che necessitano di Bassa Carica Microbica e contaminazione attesa controllata per esecuzione di procedure altamente invasive e/o manipolazione di materiali critici. In queste zone gli interventi debbono essere eseguiti sulla base di procedure e istruzioni di sanificazione stabilite da norme sanitarie o da requisiti di accreditamento a esse conformi, nonché sulla base di specifici protocolli interni che indichino mansioni, addetti e responsabili. In queste aree le operazioni di pulizia e disinfezione debbono essere eseguite da operatori dedicati, specificatamente formati, con

preparazione di base e di grado superiore per quanto riguarda la gestione degli ambienti dei blocchi operatori, limitando al massimo i casi di turnover del personale.

*Aree ad alto rischio (AR):* ambienti e aree sanitarie di diagnosi e cura con utenza a rischio o procedure assistenziali invasive, quali aree critiche e degenze ad alta intensità e complessità di cura; degenze con pazienti immunocompromessi o infetti, camere di degenza all'interno di aree sanitarie a medio rischio utilizzate come isolamenti; sale interventistiche eccetto le camere operatorie; ambienti che necessitano di contaminazione controllata per pratiche a rischio, ma senza istruzioni di sanificazione proprie dettate da norme sanitarie o requisiti di accreditamento.

*Aree a medio rischio (MR):* ambienti e aree coinvolte nei processi di diagnosi e cura senza utenza particolarmente a rischio, o che non prevedono pratiche e procedure assistenziali altamente invasive, quali le degenze normalmente senza pazienti immunocompromessi o infetti; le strutture per diagnosi strumentali, le aree di sosta pazienti esterne a reparti e servizi critici (esempio: sale di attesa e ludiche della pediatria), i locali amministrativi, tecnici, di servizio.

*Aree a basso rischio infettivo (BR):* ambienti non direttamente coinvolti nelle pratiche assistenziali quali aree amministrative, aree tecniche e di servizio, percorsi di accesso ai servizi, locali amministrativi, tecnici, di servizio e percorsi per l'accesso ai reparti non critici (medio rischio).

*Aree a rischio infettivo tendente a 0 (AE/LS):* zone ospedaliere non coinvolte nelle pratiche assistenziali quali tutte le aree esterne, le aree interne non di accesso diretto ai servizi; le aree di servizio tecnico.

### **1.3 Analisi della letteratura scientifica**

Per comprendere lo stato dell'arte rispetto alle ICA è necessaria un'approfondita analisi della letteratura scientifica che consenta di avere un'idea complessiva dei progetti conoscitivi che la scienza ha realizzato in questo ambito e quali sono le principali informazioni di contesto che supportano la scelta di studiare questo fenomeno.

L'esame della recente letteratura scientifica consente di confermare quanto già noto in ambito medico-scientifico è cioè che le ICA, ossia quelle infezioni correlate ai trattamenti sanitari che generalmente i pazienti contraggono mentre si trovano in costanza di ricovero (Collins, Hughes, 2008; Cardoso, Almeida, Friedman *et al.*, 2014; Revelas 2012) possono essere di diversa natura ed eziologia. Generalmente sono classificate in base alle sedi anatomiche e tra queste si annoverano ad esempio le infezioni da catetere venoso centrale, le infezioni del tratto urinario associate a catetere vescicale, le polmoniti spesso associate alla ventilazione meccanica, le infezioni del sito chirurgico, le infezioni sistemiche note come sepsi [Prevention CfDCA, 2014]. Le ICA rappresentano una emergenza

sanitaria internazionale: dopo le reazioni avverse ai farmaci e le complicanze chirurgiche sono la causa principale di eventi avversi sanitari (Brennan, Leape, Laird *et al.*, 1991; Garrouste-Orgeas, Philippart, Bruel *et al.*, 2012; Leape, Brennan, Laird *et al.*, 1991; Parameswaran Nair, Chalmers, Peterson *et al.*, 2016).

È stato anche segnalato dal Center for Disease Control and Prevention (CDC) degli Stati Uniti d'America che quasi 1,7 milioni di persone ricoverate in ospedale sviluppano ogni anno ICA mentre ricevono cure per altri problemi di salute. Di questi, circa 98.000 casi di decesso sono legati solo alle ICA (Klevens, Edwards, Richards *et al.*, 2002). È stato inoltre segnalato dall'Agenzia per la Ricerca e la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (AHRQ) che le ICA sono le complicanze più frequentemente legate alle cure ospedaliere e sono considerate una delle prime 10 cause di morte negli Stati Uniti (Quality AfHRA 2012).

Su cento casi ospedalizzati, sette pazienti nei Paesi sviluppati e dieci pazienti nei Paesi in via di sviluppo contraggono un'ICA (Danasekaran, Mani, Annadurai, 2014). In Europa, la prevalenza varia dal 4,6% al 9,3% (Kim, Park, Jeong *et al.*, 2000; McLaws, Taylor, 2003). Recentemente, un ampio studio europeo ha riportato che ogni anno nell'Unione Europea vengono identificati oltre 2,6 milioni di casi di ICA (Cassini, Plachouras, Eckmanns *et al.*, 2016). A livello nazionale, la prevalenza di ICA in Italia variava dal 6,7% (9.609 pazienti ospedalizzati dal 2002 al 2004 in un gruppo di ospedali italiani) (Lanini, Jarvis, Nicastrì *et al.*, 2009) al 10,4% (1.102 pazienti ricoverati dal 2016 al 2018 in un unico ospedale italiano) (Antonioli, Bolognesi, Valpiani *et al.*, 2020).

In termini di fattori di rischio ospedalieri o sanitari di ICA, la durata della degenza ospedaliera, l'uso di dispositivi medici (come catetere venoso periferico, catetere venoso centrale, catetere urinario a permanenza, ventilatore) (Antonioli, Bolognesi, Valpiani *et al.*, 2020), le procedure invasive, la chemioterapia, e l'ubicazione dell'ospedale, aumentano significativamente il rischio di ICA (Lanini, Jarvis, Nicastrì *et al.*, 2009). Negli USA queste causano un importante impatto finanziario, con un costo annuale che va dai 28 ai 45 miliardi di dollari oltre che in termini di decessi (Cardoso, Almeida, Friedman *et al.*, 2014; Anderson, 2001; Nuvials, Palomar, Alvarez-Lerma *et al.*, 2015) e di maggiore morbilità e allungamento delle degenze ospedaliere con correlati aumenti dei costi indiretti (Klevens, Edwards, Richards *et al.*, 2002; Organization WH, 2011). Il costo associato delle ICA in Europa è stato stimato a 5,5 miliardi di euro sulla base del rapporto epidemiologico del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) (Prevention ECfD, 2009). La prevalenza della mortalità dovuta alle ICA varia dall'11% (Hautemanière, Florentin, Hartemann *et al.*, 2011) fino al 38,4% (Souza, Belei, de Mayo Carrilho *et al.*, 2015). Nel 2017, i traumi da incidenti stradali sono stati registrati come la causa favorente più comune per sepsi e letalità sepsi-correlata (Rudd, Johnson, Agesa *et al.*, 2020). I pazienti traumatizzati corrono inoltre un rischio particolarmente elevato di contrarre ICA (Wallace, Cinat, Gornick *et al.*, 1999) che rappresentano anche una delle

principali cause di morte in questi pazienti (Pories, Gamelli, Mead *et al.*, 1991). Inoltre, la popolazione anziana (> 65 anni di età) risulta essere più vulnerabile alle ICA rispetto alla popolazione più giovane in ragione di una ridotta competenza del sistema immunitario e della presenza di molteplici comorbidità (Castle 2000; Kemp, Holt, Holm *et al.*, 2013). L'impatto delle ICA, in termini di diffusione ed esposizione economica, non può dunque essere ulteriormente trascurato e occorre investire in adeguate politiche di prevenzione e gestione del rischio clinico. L'adozione di un approccio sistemico standardizzato sarebbe infatti auspicabile in qualsiasi struttura sanitaria, nonostante le difficoltà metodologiche, tecniche, comportamentali e finanziarie.

L'ultimo, recentissimo rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di infezioni e antimicrobico resistenza (AMR) evidenzia i danni causati a pazienti e operatori sanitari, e fornisce per la prima volta un'analisi della situazione globale dello stato di attuazione delle misure di prevenzione e controllo, e una panoramica delle strategie e delle risorse disponibili per migliorare la situazione.

Il rapporto, destinato a coloro che siano incaricati di prendere decisioni e di formulare politiche di prevenzione a livello nazionale, subnazionale e di struttura ospedaliera, fornisce inoltre una dimostrazione dell'impatto e del rapporto costo-efficacia degli interventi di prevenzione e controllo indicando priorità e direzioni per l'attuazione di piani efficaci, sottolineando l'importanza dell'integrazione e dell'allineamento di tali interventi con i servizi igienico-sanitari.

Secondo il rapporto dell'OMS, le ICA sono tra gli eventi avversi più frequenti che si verificano durante l'erogazione dei servizi sanitari. Queste infezioni, molte delle quali causate da organismi multiresistenti, danneggiano pazienti, visitatori e operatori sanitari e rappresentano un onere significativo per i sistemi sanitari, di cui i costi associati sono solo una parte.

Ogni 100 pazienti ricoverati in ospedali per acuti, 7 pazienti nei Paesi ad alto reddito e 15 pazienti nei Paesi a basso/medio reddito acquisiscono in media almeno una infezione durante la degenza ospedaliera. E fino al 30% dei pazienti in terapia intensiva può essere affetto da una ICA con un'incidenza da 2 a 20 volte superiore nei Paesi a basso / medio reddito rispetto a quelli ad alto reddito.

Inoltre, 1 caso su 4 (23,6%) di tutti i casi di sepsi trattati in ospedale sono correlati all'assistenza sanitaria; e quasi la metà (48,7%) di tutti i casi di sepsi con disfunzione d'organo trattati nelle unità di terapia intensiva per adulti ha origine nosocomiale.

Sulla base dei dati 2016-2017, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha calcolato che 4,5 milioni di episodi di ICA si sono verificati ogni anno in pazienti ricoverati negli ospedali per acuti nei Paesi dell'Unione Europea e dello Spazio economico europeo (UE/SEE). Il problema dell'infezione e della diffusione della resistenza antimicrobica non risparmia le strutture di assistenza a lungo termine in cui l'ECDC ha stimato che si verificano ogni anno 4,4 milioni di episodi di ICA nei Paesi

dell'UE/SEE. L'impatto delle ICA e della connessa AMR sulla vita delle persone è incalcolabile: nei Paesi dell'UE/SEE, l'onere delle 6 ICA più frequenti in termini di disabilità e mortalità prematura rappresenta il doppio dell'onere di altre 32 malattie infettive messe insieme.

Secondo l'OCSE, l'attuazione di un pacchetto comprendente una migliore igiene delle mani, programmi di gestione degli antibiotici e una maggiore igiene ambientale nelle strutture sanitarie ridurrebbe l'onere sanitario delle infezioni e dell'AMR dell'85%, producendo al contempo un risparmio di 0,7 euro pro capite all'anno. L'igiene delle mani e l'igiene ambientale delle strutture sanitarie, sono risultate essere gli interventi più utili e convenienti arrivando fino a dimezzare il rischio di morte da patogeni resistenti e a ridurre di almeno il 40% l'onere sanitario.

## Capitolo 2

### **Analisi dei bilanci delle Aziende Ospedaliere**

La parte introduttiva di questo lavoro evidenzia la relazione tra gli aspetti economici legati alle ICA e l'impatto della prevenzione delle ICA sul budget ospedaliero. In particolare, la divisione in zone comporta rischi diversificati, visto che le zone ad alto rischio prevedono un'igiene più aggressiva, anche h24 e quindi frequenze maggiori, da eseguire con prodotti più costosi e, di conseguenza, dovrebbero sostenere una spesa più elevata.

Per questo motivo, risulta importante iniziare questa ricerca da un'analisi dei bilanci delle Aziende Ospedaliere, in modo da verificare quale sia l'andamento della spesa per l'igiene e la sanificazione degli ospedali e se vi siano relazioni inattese tra le caratteristiche degli ospedali e il bilancio dedicato a tali spese.

L'analisi che segue consiste nella stima dei fattori che influiscono sulla presenza delle ICA mediante una raccolta dati concernente la spesa per i servizi di pulizia e igiene ospedaliera sul totale delle aziende ospedaliere pubbliche operanti sul territorio nazionale.

Un primo obiettivo riguarda l'analisi delle spese di bilancio connesse ai servizi di pulizia e igiene e i fattori a esse collegate. Successivamente, una valutazione econometrica consentirà di analizzare l'impatto delle variazioni nel tempo delle spese di bilancio sull'incidenza delle ICA.

In questa prima fase si vuole analizzare in modo descrittivo la popolazione di Aziende Ospedaliere a disposizione, in termini di caratteristiche delle aziende stesse e la relazione tra queste caratteristiche e la spesa per pulizia e igiene.

La raccolta dati è stata effettuata attraverso i dati dei bilanci delle Aziende Ospedaliere pubbliche, messi a disposizione dal Ministero della Salute. La scelta di utilizzare questi dati al posto di una survey dedicata, ci consente una copertura territoriale completa, senza quindi la necessità di campionare gli ospedali introducendo in questo modo un errore di campionamento che creerebbe, per quanto preciso, una distorsione nelle stime. I dati sono stati reperiti sul sito del Ministero della Salute e riguardano gli anni dal 2015 al 2020 per le Aziende Ospedaliere pubbliche operanti nelle 19 regioni e 2 province autonome. L'inclusione dei dati 2020 nelle analisi richiede un'accortezza maggiore nella sua valutazione, in quanto le informazioni disponibili risentono dell'effetto Covid, che ha avuto un impatto decisivo sia sulle infezioni sia sui bilanci ospedalieri.

Allo scopo, quindi, di evidenziare le tendenze dei comportamenti ospedalieri in assenza di un effetto esogeno e altamente impattante come il Covid, si è scelto di proporre analisi separate con e senza le informazioni del 2020. Infine, ai dati di bilancio si sono affiancati i dati relativi alle caratteristiche degli ospedali, reperibili sul sito del Ministero della Salute. In particolare, le caratteristiche degli ospedali considerate sono le seguenti:

- Numero di posti letto
- Numero di posti letto in reparti ad alta intensità di cura
- Numero di strutture afferenti all'A.O.
- DEA, variabile binaria, =1 se l'A.O. è sede di un Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) di I livello o di II livello
- PS, variabile binaria, =1 se l'A.O. è sede di un PS che non rientra in DEA1 e DEA2
- IRCCS, variabile binaria =1 se l'A.O. è un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
- UNI, variabile binaria =1 se l'A.O. è un ospedale universitario

Vengono considerati reparti a elevata intensità di cura quei reparti in cui è più critico mantenere il livello di igiene e pulizia elevato per via della condizione del paziente. Tra questi reparti vi sono i reparti chirurgici, i reparti di terapia intensiva (TI) e i reparti di malattie infettive e tropicali (MI).

A complementare le variabili sopra menzionate vengono incluse le variabili DEA e PS. I DEA possono essere a livelli di intensità di cura crescente. Il DEA di primo livello garantisce, oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione. Inoltre, assicura interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali. Il DEA di secondo livello aggiunge le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza: la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, le unità per grandi ustionati, le unità spinali ove rientranti nella programmazione regionale.

## 2.1 Voci conto economico

Dai dati di bilancio sono state estratte delle specifiche voci che consentono di distinguere i dati relativi alla spesa per pulizia e i costi di produzione. In particolare si sono estratte le seguenti voci:

- Acquisti di beni (B.1)
- Acquisti di beni non sanitari (B.1.B)
- Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere (B.1.B.2)

- Acquisti di servizi (B.2)
- Acquisti di servizi non sanitari (B.2.B)
- Servizi non sanitari (B.2.B.1)
- Pulizia (B.2.B.1.2)
- Smaltimento rifiuti (B.2.B.1.7)
- Formazione (B.2.B.3)
- Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) (B.3)
- Personale del ruolo sanitario (B.5)
- Variazione delle rimanenze (B.15)
- Totale costi della produzione (B)

## 2.2 Variabili derivate dal conto economico

Per l'analisi statistica si sono creati degli indici di spesa che contengono le differenti voci del conto economico, principalmente espressi in migliaia di euro. Gli indici con le relative sigle utilizzate nell'analisi statistica (in corsivo tra parentesi) e, tra parentesi, le codifiche di bilancio, sono elencati di seguito:

Pulizia (*pulizia*): acquisto di servizi di pulizia (B.2.B.1.2).

Igiene di base (*igbase*): acquisto di servizi di pulizia (B.2.B.1.2), a cui va aggiunta la spesa per l'acquisto di materiale di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere (B.1.B.2).

Igiene allargata (*igall*): spesa per igiene di base (*igbase*), a cui va aggiunta la spesa per lo smaltimento rifiuti (B.2.B.1.7), i costi della produzione (B), formazione (B.2.B.3) e acquisto di servizi non sanitari (B.2.B).

La scelta di queste variabili mira, da un lato, a verificare quanto incidano le caratteristiche delle strutture ospedaliere su queste spese, così da capire se le relazioni attese siano effettivamente rispettate. Se consideriamo, ad esempio, la divisione in livelli di rischio espressa in precedenza, è evidente che ci si aspetti una relazione positiva fra questa caratteristica ospedaliera e un'elevata spesa per i servizi di pulizia e igiene.

## 2.3 Statistiche descrittive

In questa sezione vengono riportate le statistiche descrittive dei dati utilizzati. Come anticipato, i dati relativi al 2020, il primo anno della pandemia da Covid-19, vengono mostrati separatamente.

Si riportano due set di statistiche descrittive: le prime riguardano le caratteristiche ospedaliere, in termini di numero di reparti e del totale dei posti letto, le seconde, invece, descrivono le voci di conto economico legate alla pulizia e igiene. I posti letto sono quindi suddivisi in tre tipologie: quelli chirurgici, quelli dedicati alla terapia intensiva e quelli

per le malattie infettive. Inserendo nei modelli la percentuale di posti letto per tipologia sul totale dei posti letto, ci aspettiamo di osservare una relazione positiva e significativa fra queste caratteristiche e la spesa per la pulizia. Infatti, queste tipologie di posti letto sono inserite nei modelli come *proxy* del rischio microbiologico degli ospedali. L'area chirurgica, l'area della terapia intensiva e i reparti di malattie infettive rappresentano zone ospedaliere ad alta sensibilità e che, pertanto, necessitano di una maggiore attenzione dal punto di vista della pulizia e dell'igiene.

Infine, nei modelli statistici che andremo a sviluppare, saranno inserite una variabile che distingue tra ospedali universitari e non, un'altra per intercettare le strutture IRCCS e, infine, due variabili che identificano la presenza di un Pronto Soccorso semplice oppure di un PS ad alta intensità (DEA). Anche in questo caso l'obiettivo è approssimare la maggiore sensibilità delle strutture ospedaliere all'igiene e, quindi, l'idea è di osservare in termini modellistici una relazione positiva e significativa tra queste caratteristiche e gli outcome di spesa.

Le due tabelle seguenti consentono una preliminare lettura della distribuzione di questa variabile e della grande eterogeneità presente nei dati. Dalle sezioni superiori delle tabelle 2.1 e 2.2, quelli relativi ai primi 5 anni di dati, si nota come l'aggiunta del 2019 non abbia variato sostanzialmente nessuna delle caratteristiche ospedaliere né delle voci di conto economico. Ad esempio, la voce Pulizia è variata da una media di 5.733 milioni di euro a 5.852 milioni di euro (Tabella 2.2). Diversa è la situazione per l'anno 2020: se la dotazione in termini di posti letto e di reparti è rimasta pressoché identica al periodo pre-pandemico, tutte le voci di costo sono aumentate drasticamente. I costi di pulizia medi sono passati da 5.58 milioni di euro a 30.242 milioni di euro, un incremento di circa il 500%. Un incremento simile si nota sui costi totali e sull'acquisto dei beni. Per quanto riguarda l'ultima voce si noti come l'acquisto di beni non sanitari è quasi decuplicato durante il primo anno di pandemia. Poiché il 2020 costituisce un periodo di shock in termini di spese ospedaliere, tale anno viene escluso dal modello econometrico per evitare possibili bias causati dall'aumento repentino della necessità di pulizia a fronte di una stabilità in termini di dimensioni e dotazione di letti.

In Figura 2.1 possiamo notare come quasi un'azienda ospedaliera su quattro (circa 25%) è rappresentata da strutture con vocazione di ricerca, siano esse strettamente di tipo universitario oppure caratterizzate come Istituti di Ricerca e di Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

	Media	Dev. St.	p5	p95
Periodo				
2015-2019				
N. reparti	51	33	10	104
Posti letto	741	484	156	1,665
N. strutture	2	2	1	5
Posti letto chir.	221	144	45	524
Posti letto TI	21	17	4	57
Posti letto MI	14	22	0	46
2020				
N. reparti	54	35	14	109
Posti letto	768	503	156	1,723
N. strutture	2	2	1	6
Posti letto chir.	228	150	46	571
Posti letto TI	23	18	4	58
Posti letto MI	15	22	0	51

Tabella 2.1: Caratteristiche ospedaliere

	Media	Dev. St.	p5	p95
Periodo				
2015-2019				
B.1) Acquisti di beni	97,026	81,246	18,314	239,993
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	1,878	1,948	270	5,125
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	299	358	7	995
B.2) Acquisti di servizi	298,648	383,113	15,911	1164748
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	34,938	24,376	7,799	89,015
B.2.B.1.2) Pulizia	5,852	4,951	1,003	14,582
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	965	899	163	2,795
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	333	411	29	917
B.5) Personale del ruolo sanitario	134,656	100,362	25,898	333,605
Totale costi della produzione (B)	603,110	567,650	103,284	1832555
Igiene di base	6,153	5,097	1,106	15,491
Igiene allargata	7,120	5,713	1,329	17,236

segue

2020				
B.1) Acquisti di beni	528,329	441,905	99,861	1394605
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	14,081	56,599	1,292	36,373
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	6,374	55,145	40	10,016
B.2) Acquisti di servizi	1449811	1890372	74,926	5637712
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	174,891	122,269	40,872	431,906
B.2.B.1.2) Pulizia	30,245	24,759	5,798	77,874
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	5,312	5,166	946	15,623
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	1,121	1,409	81	3,504
B.5) Personale del ruolo sanitario	679,082	503,173	141,211	1593622
Totale costi della produzione (B)	3024670	2857873	516,043	8881371
Igiene di base	36,653	61,500	5,992	91,812
Igiene allargata	41,977	63,282	7,505	102,583

Tabella 2.2: Variabili di conto economico

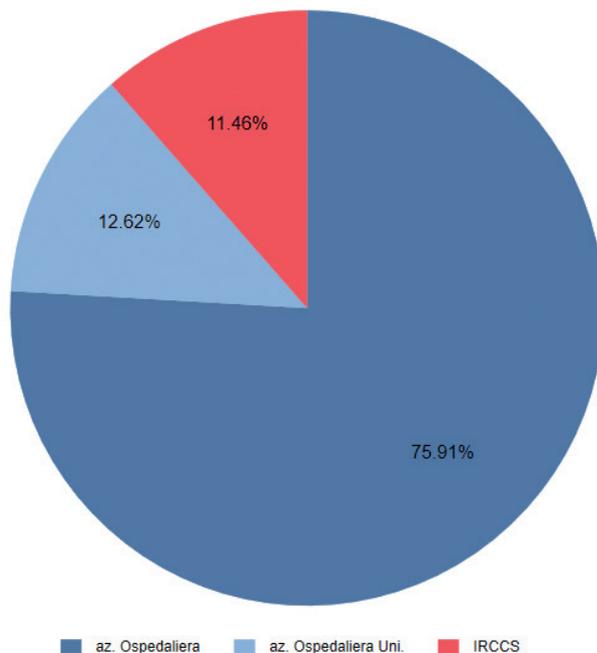


Figura 2.1: Distribuzione delle Aziende Ospedaliere per tipologia

## 2.4 Analisi delle caratteristiche ospedaliere

Le figure dalla 2.2 alla 2.5, invece, rappresentano la distribuzione delle principali variabili di interesse nell'universo dei dati disponibili. Si può apprezzare come siano tutte distribuzioni fortemente asimmetriche con code che si allungano verso destra a indicare come il panorama delle aziende ospedaliere sia fortemente diversificato e con molti outlier. Ciò è principalmente dovuto alla caratteristica principale del nostro sistema sanitario, che è stato regionalizzato progressivamente a seguito dei provvedimenti legislativi degli anni Novanta e della successiva riforma costituzionale del Titolo V nel 2001. Questo ha determinato un sistema sanitario che è in realtà la somma di ventuno diversi sistemi sanitari (19 Regioni e 2 Province Autonome) che sono caratterizzati anche da situazioni normative diverse. Ad esempio, Regione Lombardia, avendo esternalizzato dalle (vecchie) ASL la gestione ospedaliera, presenta un numero maggiore di strutture con bilanci più uniformi e meno consistenti, mentre regioni quali l'Emilia Romagna (ad esempio) avendo un sistema sanitario in cui le ASL governano buona parte degli ospedali, presentano bilanci con valorizzazioni economiche molto più consistenti, essendo esse la somma degli ospedali afferenti a ciascuna ASL.

Le figure dalla 2.6 alla 2.8 rappresentano, invece, l'andamento temporale delle variabili di maggiore interesse e, in ciascuna, si mostra sia la distribuzione temporale grezza della variabile sia la sua incidenza sul bilancio aziendale complessivo. Ciò che emerge in modo netto è che a fronte di un incremento dei costi nel periodo, in realtà negli stessi anni la proporzione di spesa per igiene e pulizie si riduce.

Si tratta di una prima evidenza rispetto a un complessivo disinvestimento. A fronte della crescita complessiva dei costi evidenziata in Figura 2.9, che conduce a un più generale incremento di spesa anche per le varie voci descritte nelle figure da 2.6 a 2.8, risulta evidente come queste spese non siano cresciute in egual misura rispetto alle spese sostenute dalle strutture ospedaliere in quel periodo. Questo è opportuno ribadirlo ed è esattamente ciò che osserviamo nelle spezzate rosse che si osservano nelle figure 2.6, 2.7 e 2.8.

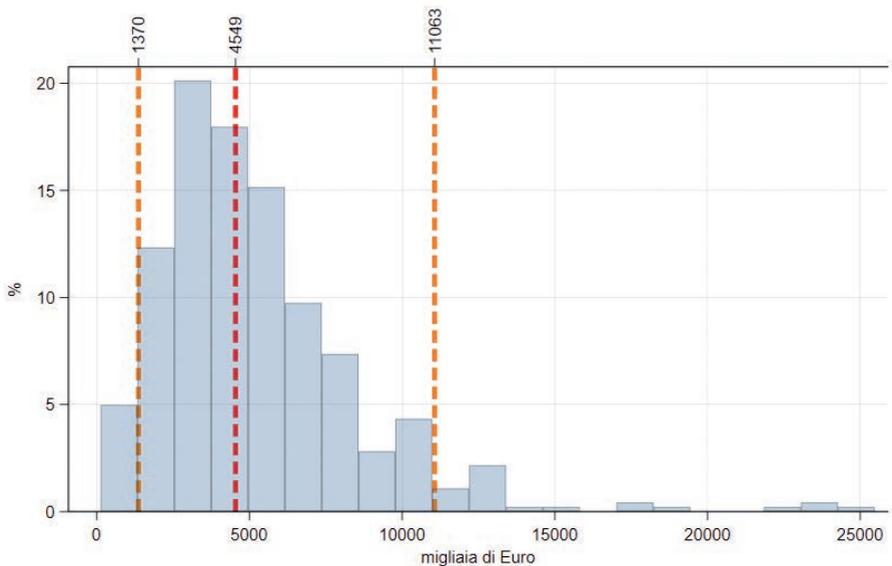


Figura 2.2: Distribuzione della variabile Pulizia

Le due linee tratteggiate in arancio rappresentano il 5° e 95° percentile della distribuzione, mentre la linea tratteggiata rossa rappresenta la mediana.

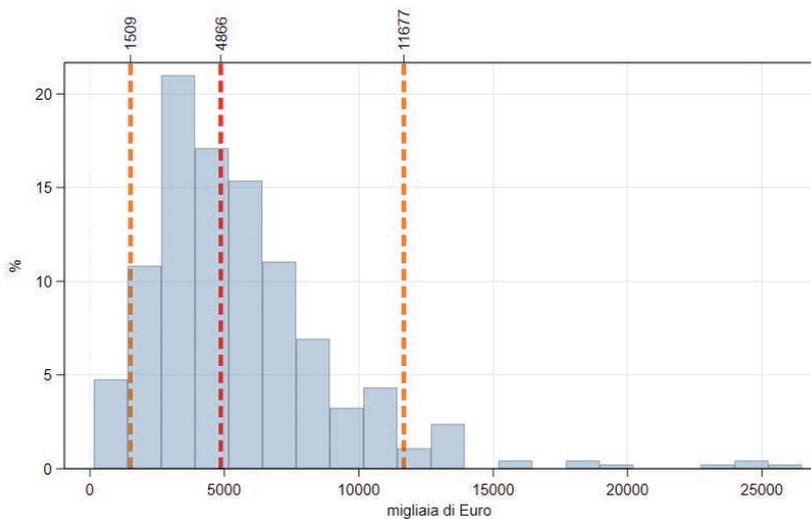


Figura 2.3: Distribuzione della variabile Igiene di base

Le due linee tratteggiate in arancio rappresentano il 5° e 95° percentile della distribuzione, mentre la linea tratteggiata rossa rappresenta la mediana.

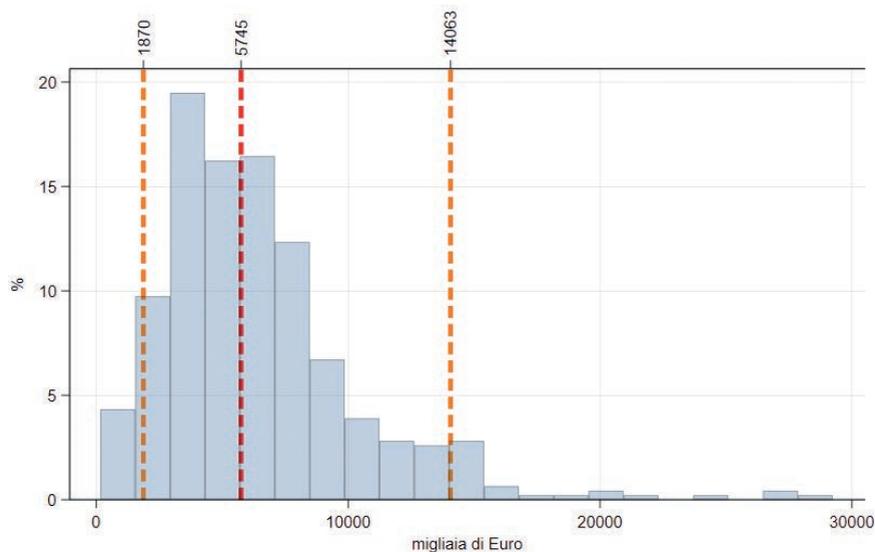


Figura 2.4: Distribuzione della variabile Igiene allargata  
 Le due linee tratteggiate in arancio rappresentano il 5° e 95° percentile della distribuzione, mentre la linea tratteggiate rossa rappresenta la mediana.

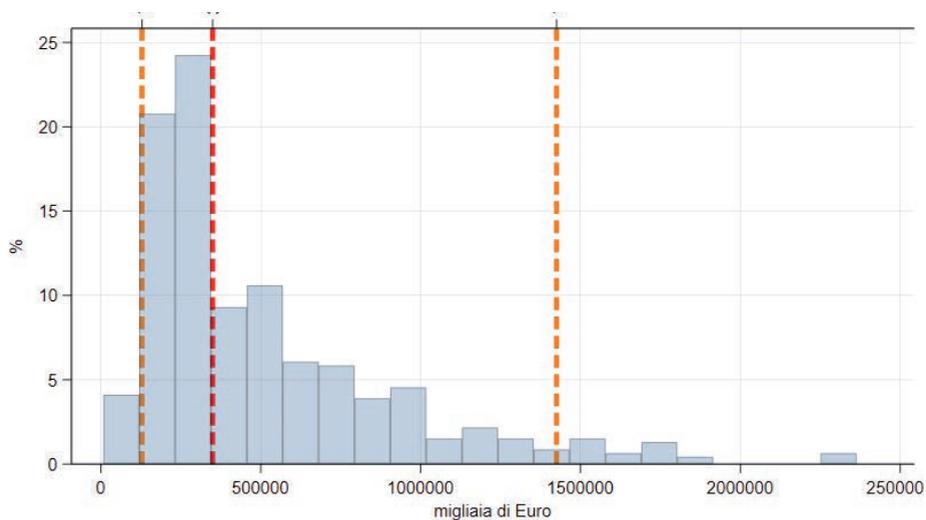


Figura 2.5: Distribuzione della variabile Costi totali  
 Le due linee tratteggiate in arancio rappresentano il 5° e 95° percentile della distribuzione, mentre la linea tratteggiate rossa rappresenta la mediana.

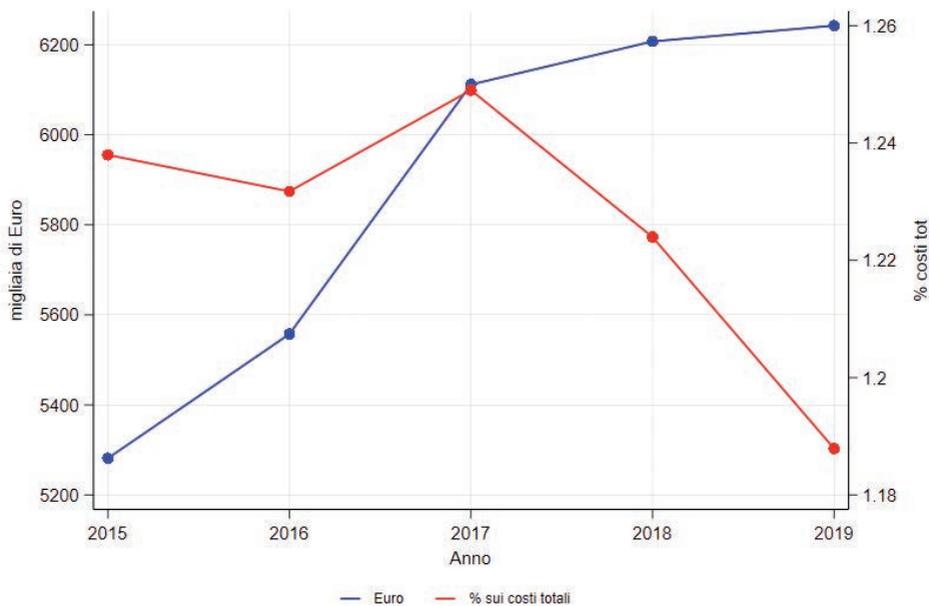


Figura 2.6: Andamento temporale della variabile Pulizia

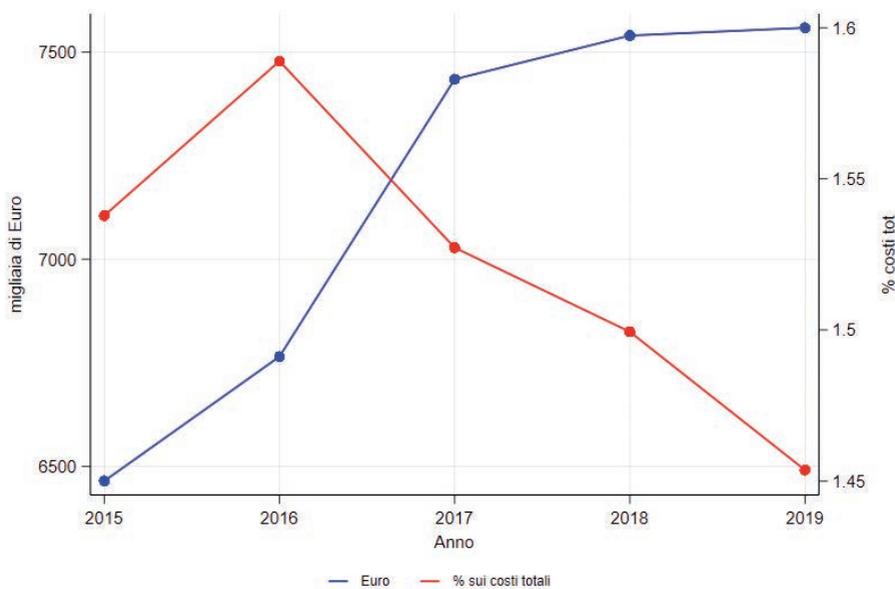


Figura 2.7: Andamento temporale della variabile Igiene di base

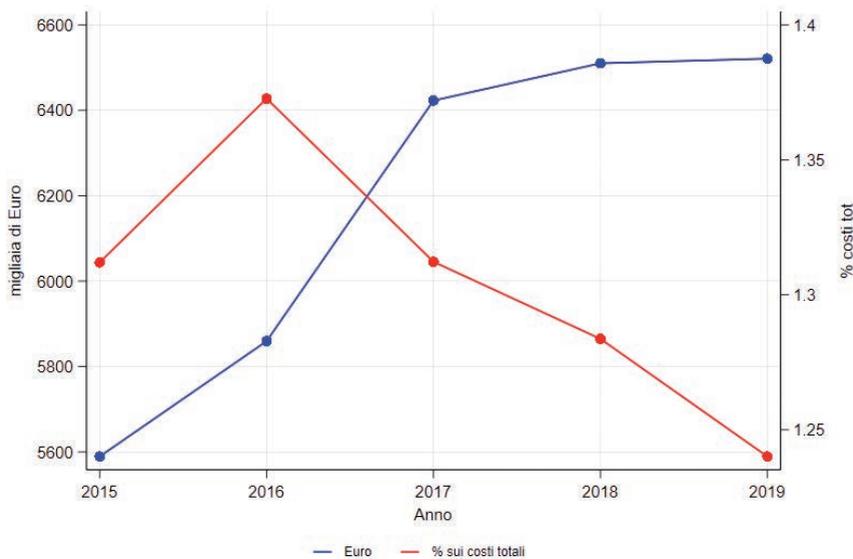


Figura 2.8: Andamento temporale della variabile Igiene allargata

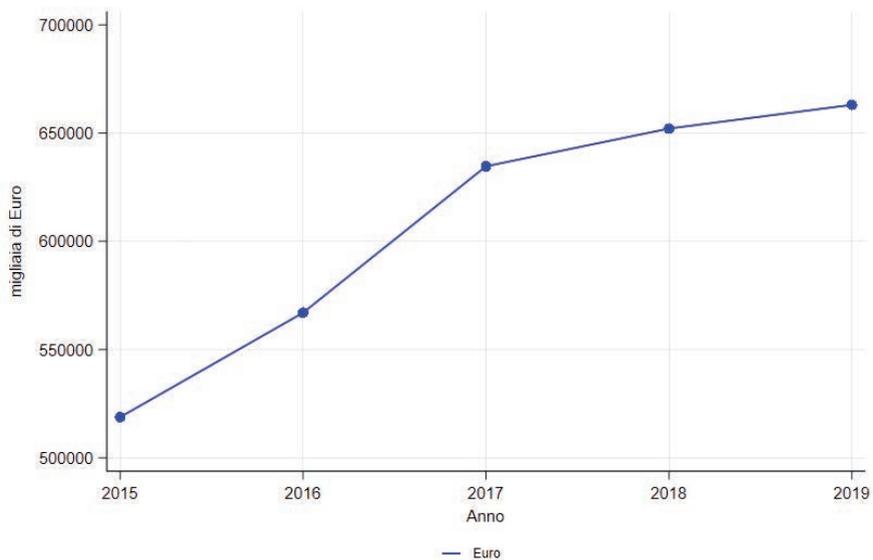


Figura 2.9: Andamento temporale della variabile Costi totali

## 2.5 Analisi per tipologia di ospedale

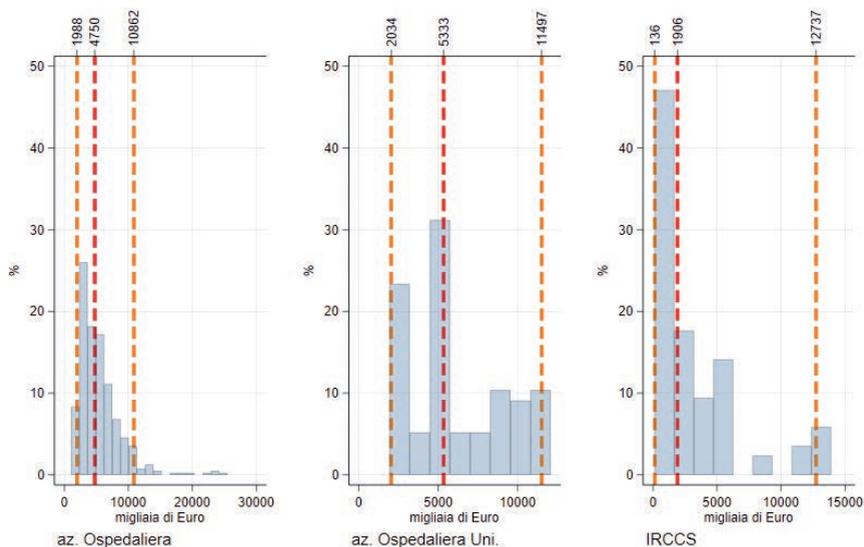


Figura 2.10: Distribuzione della variabile Pulizia per Tipo azienda ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

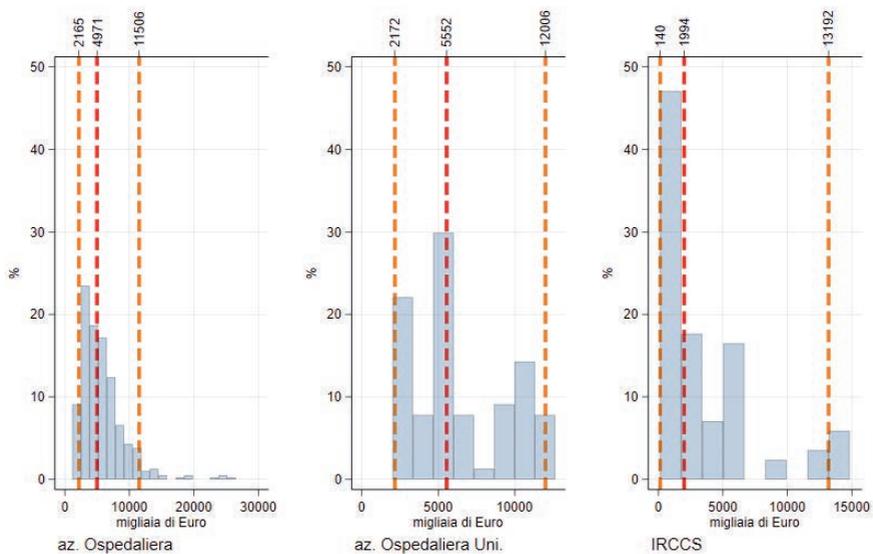


Figura 2.11: Distribuzione della variabile Igiene di base per Tipo azienda ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

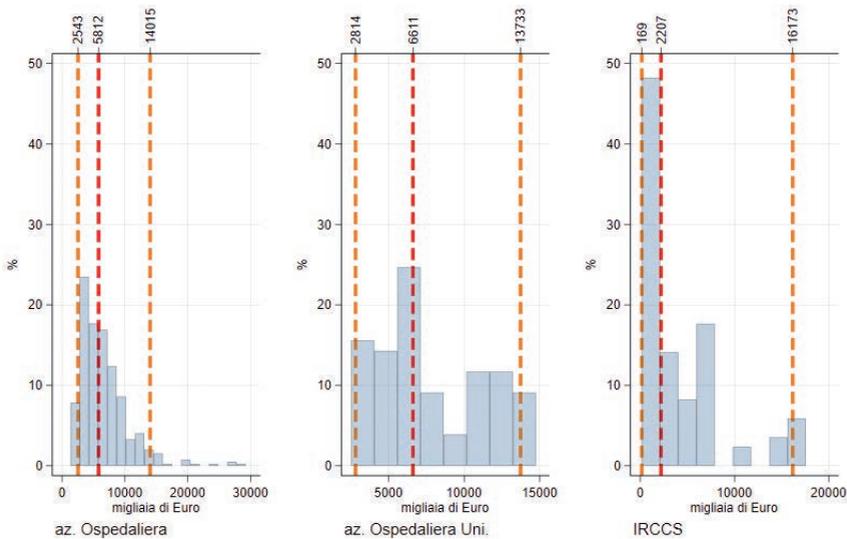


Figura 2.12: Distribuzione della variabile Igiene allargata per Tipo azienda ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

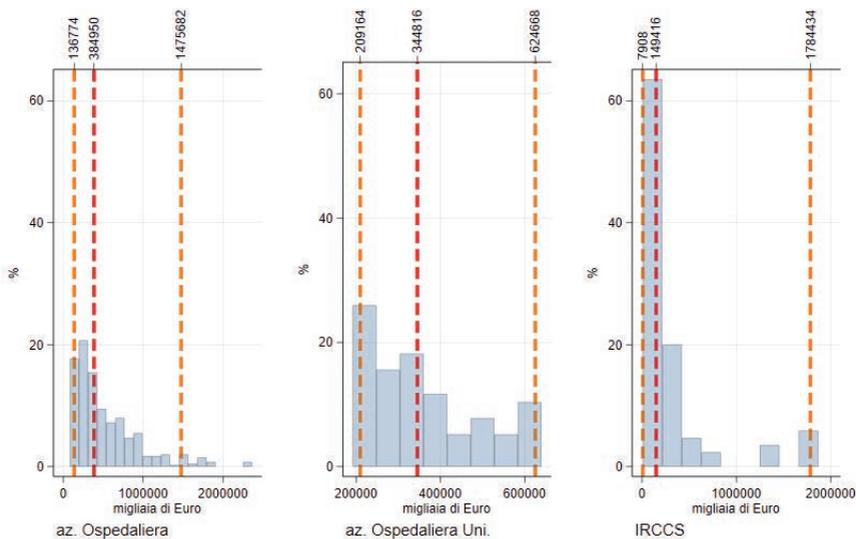


Figura 2.13: Distribuzione della variabile Costi totali per Tipo azienda ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

Le figure da 2.10 a 2.13 esplorano la distribuzione delle variabili relative alla pulizia, all'igiene di base e all'igiene allargata, analizzando le differenze per tipologia di ospedale (Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera universitaria e IRCCS). È utile, infatti, capire se vi sia una qualche relazione tra tipologia ospedaliera e i costi sostenuti per igiene e pulizie; si osserva infatti una similarità distributiva tra le tre variabili considerate. In particolare, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere universitarie hanno valori mediani e valori elevati (95-simo percentile) che risultano simili. Al contrario è diversa la distribuzione per gli IRCCS.

Questi ultimi, infatti, presentano valori mediani ridotti rispetto alle Aziende Ospedaliere e alle Aziende Ospedaliere universitarie, ma valori estremi maggiori. È possibile, quindi, identificare una quota di ospedali dedicati alla ricerca che investe in modo maggiore nei servizi di pulizia e igiene, e non si può escludere che ciò sia legato a una maggiore sensibilità anche al tema delle ICA, che deriva proprio da una maggiore consapevolezza legata alla ricerca che si svolge in quelle strutture.

## **2.6 Distribuzione geografica delle strutture ospedaliere**

Le mappe rappresentate nelle figure 2.14, 2.15, 2.16 e 2.17 ci consentono di apprezzare la distribuzione territoriale delle Aziende Ospedaliere analizzate nel presente studio. In particolare in Figura 2.14 e 2.15 sono rappresentate le distribuzioni delle aziende e dei singoli presidi.

Esiste un'evidente relazione tra offerta di ospedali e popolazione in Lombardia e Sicilia, tra le più popolose regioni italiane, che vengono evidenziate in verde. Allo stesso tempo, anche Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte e Lazio hanno una colorazione verde. In rosso invece le regioni più piccole, quali la Valle d'Aosta, il Trentino Alto Adige e il Molise.

Queste mappe ci consentono di evidenziare come non vi sia un gap Nord-Sud in termini di offerta.

Diversa è invece la rappresentazione che possiamo osservare nelle figure 2.16 e 2.17 dove è invece evidente come le strutture universitarie e quelle legate a obiettivi di ricerca (IRCCS) non siano uniformemente distribuite sul territorio. Si può notare che la Lombardia possiede un elevato numero di ospedali universitari e di ricerca, così come la Toscana, l'Emilia-Romagna e il Veneto, le altre tre regioni che, mediamente, ottengono valutazioni di qualità elevata rispetto ai servizi offerti.

Una sorpresa in tal senso è data dalla buona concentrazione di strutture universitarie in Lazio, Campania e Sicilia, a conferma che anche in regioni che non sempre ottengono buone performance in termini di qualità esistono ospedali a carattere universitario.

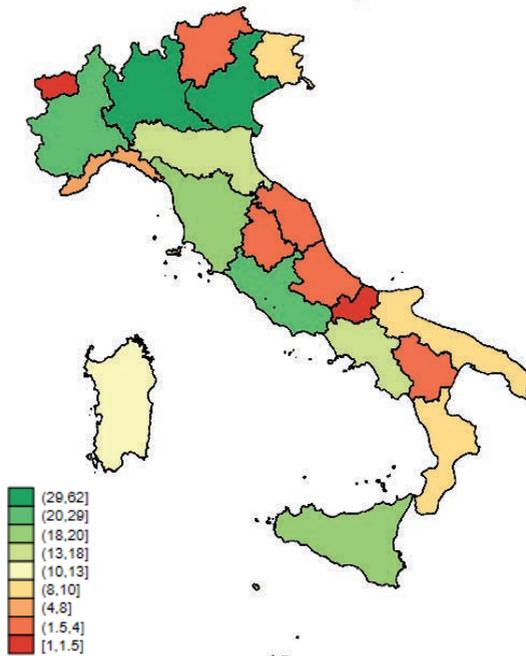


Figura 2.14: Distribuzione territoriale della variabile Numero di aziende Ospedaliere

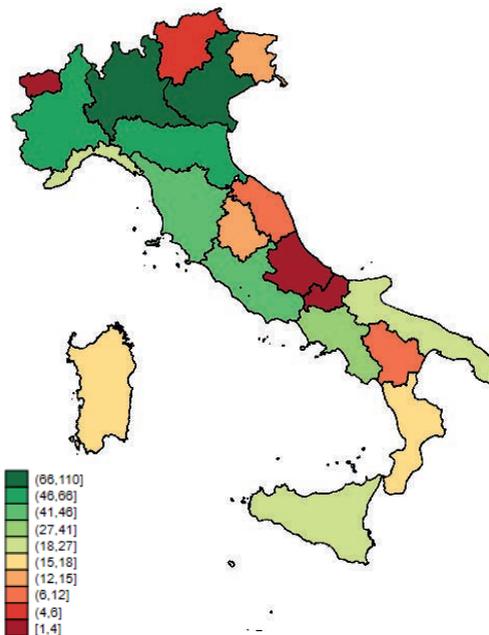


Figura 2.15: Distribuzione territoriale della variabile Numero di presidi

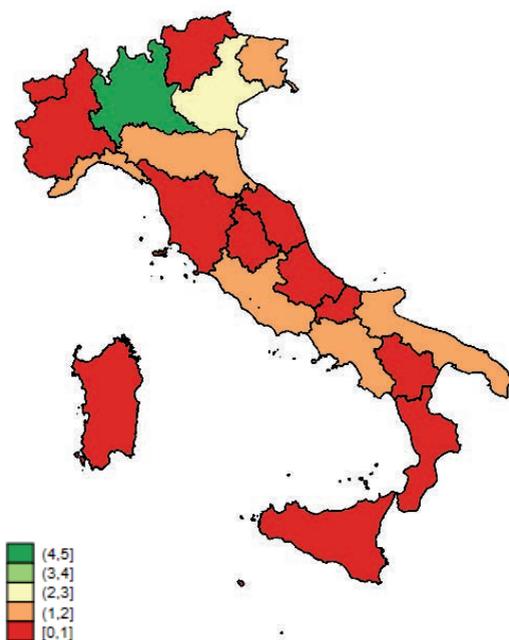


Figura 2.16: Distribuzione territoriale della variabile Numero di IRCCS

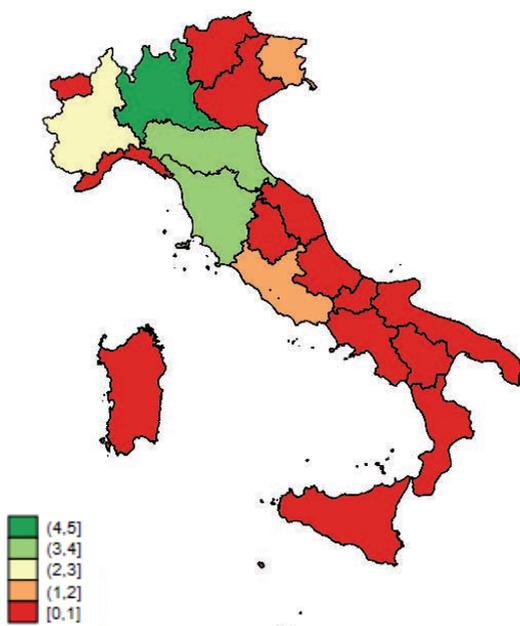


Figura 2.17: Distribuzione territoriale della variabile Numero di AO universitarie

## 2.7 Distribuzione geografica dell'offerta di posti letto ospedalieri

Le mappe nelle Figure da 2.18 a 2.21 rappresentano la distribuzione geografica dell'offerta di posti letto generale (Figura 2.21) e per tipologia. In particolare le figure da 2.18 a 2.20 rappresentano la distribuzione regionale dei posti letto per diverse tipologie, che ci si aspetta essere correlate con una maggiore spesa, in quanto maggiormente a rischio di ICA. Per questo abbiamo considerato i posti letto chirurgici (Figura 2.18), i posti letto in terapia intensiva (Figura 2.19) e i posti letto in reparti di malattie infettive (Figura 2.20). Anche da questa analisi si evince una chiara distribuzione territoriale in favore delle regioni del Nord e con maggiore qualità sanitaria. Non si tratta di un'esclusiva relazione con la dimensione di popolazione, bensì una decisa superiore offerta di posti letto nelle diverse aree cliniche analizzate che favorisce i cittadini residenti in regioni quali: Lombardia, Toscana e Veneto, mentre regioni quali Calabria, Sicilia e Puglia risultano sempre in coda alla distribuzione.

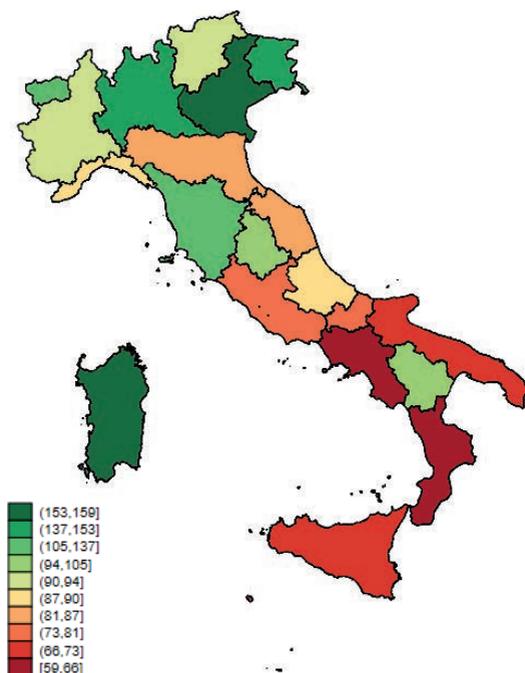


Figura 2.18: Distribuzione territoriale della variabile Posti letto chir. (pro capite)

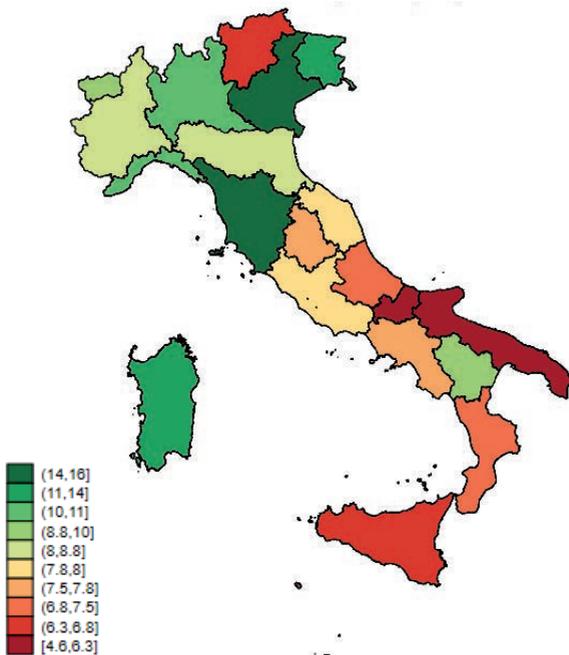


Figura 2.19: Distribuzione territoriale della variabile Posti letto TI (pro capite)

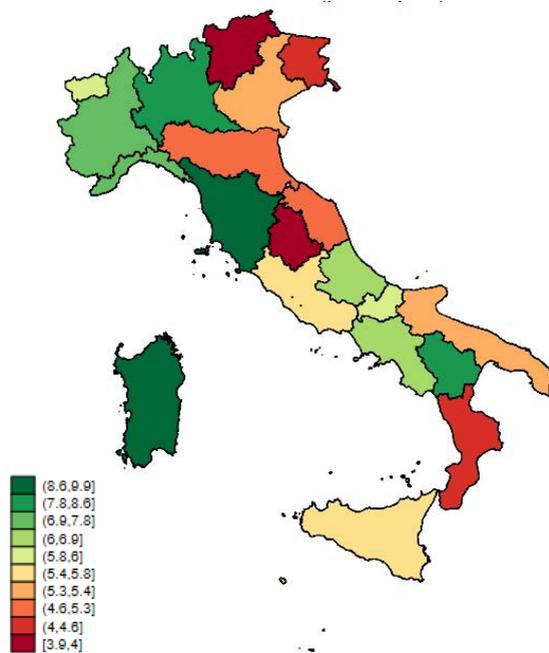


Figura 2.20: Distribuzione territoriale della variabile Posti letto MI (pro capite)

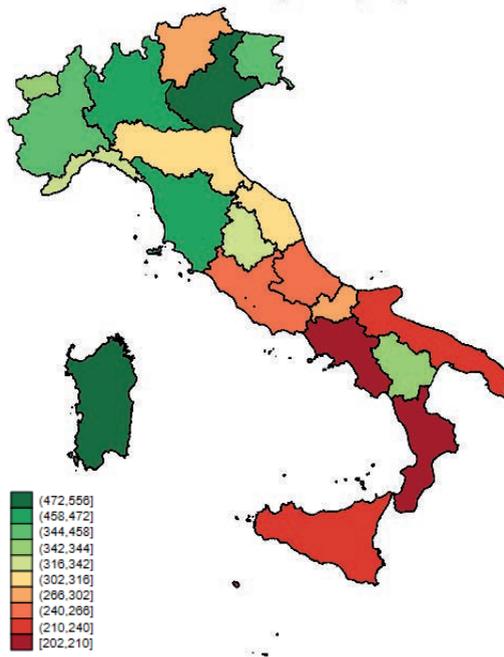


Figura 2.21: Distribuzione territoriale della variabile Posti letto tot. (pro capite)

## 2.8 Distribuzione geografica delle spese ospedaliere per igiene e pulizie

In questa sezione analizziamo le spese ospedaliere partendo dai dati di bilancio delle aziende pubbliche forniti dal Ministero della Salute. Nelle mappe delle Figure da 2.22 a 2.25 abbiamo aggregato la spesa media regionale e distinto i colori da verde a rosso in base alla dimensione di spesa. Per omogeneità con le finalità del presente progetto, più il colore tende al rosso minore è la spesa. In questo modo stiamo sottolineando che le regioni che più investono in igiene e pulizie sono anche quelle in cui è maggiore l'attenzione per queste attività e, pertanto, le regioni hanno un'aspettativa minore di incidenza di ICA.

In generale, è più complesso confrontare la Lombardia con le altre regioni per una mera questione di organizzazione del sistema sanitario regionale. Infatti, in regione Lombardia le diverse riforme che si sono succedute dal 1997 hanno via via esternalizzato la gestione ospedaliera dalle ASL e, in questo modo, risulta un numero maggiore di ospedali con bilanci complessivamente minori. Nelle altre regioni, dove invece ancora molti ospedali risultano gestiti in seno alle ASL, le aziende hanno bilanci molto più corposi e una numerosità regionale inferiore. Questo aspetto ha un'implicazione diretta sulla spesa media rappresentata in questa parte della ricerca.

Al netto di questa attenzione, che deve necessariamente essere riservata nella lettura delle mappe, ciò che emerge in modo evidente è un centro Italia che investe in modo più massiccio in tutte le diverse configurazioni della spesa per igiene e pulizia che abbiamo analizzato. Al contrario Nord e Sud Italia evidenziano livelli di spesa inferiori, con situazioni limite al Sud, in particolare in Sicilia e Calabria.

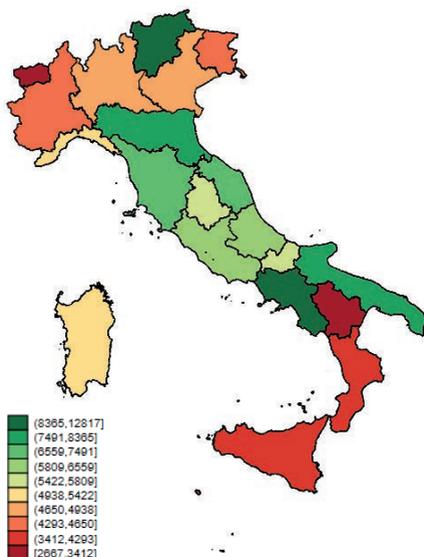


Figura 2.22: Distribuzione territoriale della variabile Pulizia

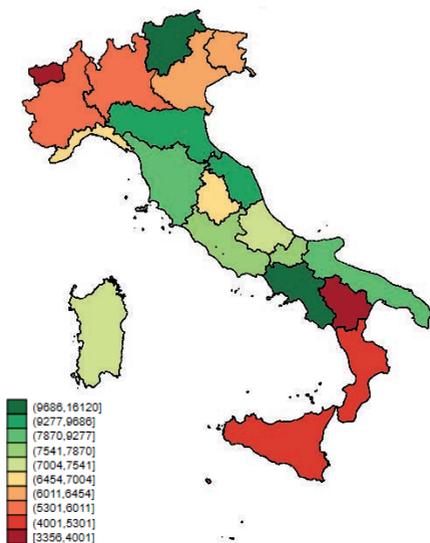


Figura 2.23: Distribuzione territoriale della variabile Igiene allargata

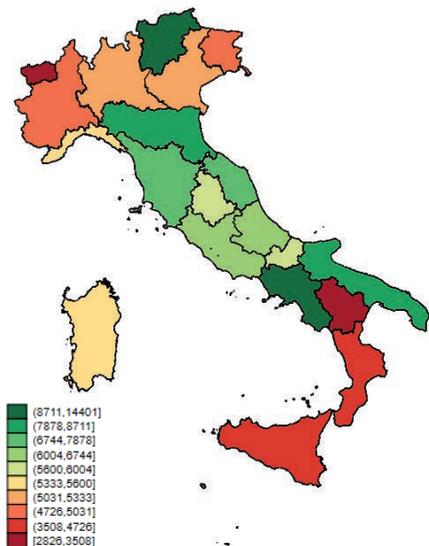


Figura 2.24: Distribuzione territoriale della variabile Igiene di base

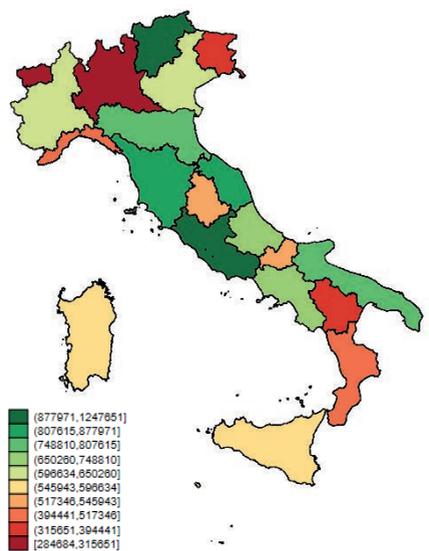


Figura 2.25: Distribuzione territoriale della variabile Costi totali

## 2.9 Studio della correlazione

In questa sezione osserviamo la correlazione tra le variabili relative all'offerta di posti letto e i costi a bilancio sostenuti dalle Aziende Ospedaliere. In particolare nella Figura 2.26 si osservano le correlazioni con i relativi valori del coefficiente  $\rho$ . Questo coefficiente statistico può assumere valori che vanno da  $-1$  a  $+1$  e misura una correlazione positiva o negativa in base al segno e una forza maggiore della stessa in base a quanto il valore che assume si avvicina a  $1$  (o a  $-1$  in caso di correlazione negativa).

Nel nostro caso le uniche correlazioni forti riguardano i costi, a indicare che, laddove le spese per igiene sono più alte, lo sono in tutte le modalità che stiamo analizzando. Diversa è invece la relazione tra queste spese e le altre dimensioni considerate. Non sembrano esserci, a differenza di quanto ci si potrebbe aspettare, delle correlazioni marcate tra i costi e le tipologie di posti letto. Questo indica che, almeno da questa prima analisi, le dimensioni che dovrebbero corrispondere a dei rischi maggiori di ICA non correlano con una maggiore spesa per igiene e pulizie.

	Pulizia	NS	PL	CT	Form.	% PL Chir.	% PL TI
Pulizia	-						
NS	0.38*						
PL	0.75*	0.43*					
CT	0.74*	0.49*	0.67*	-			
Form.	0.51*	0.23*	0.65*	0.49*	-		
% PL Chir.	0.03	-0.12*	-0.01	-0.08*	-0.05	-	
% PL TI	0.13*	-0.10*	0.03	-0.05*	-0.01	0.12*	-
% PL MI	-0.04	-0.08**	-0.03	-0.08**	0.01	-0.21*	0.23*

\* $P < 0.01$

PL: posti letto

CT: costi totali

NS: numero di strutture

Form: costi di formazione

Tabella 2.3: Matrice di correlazione delle variabili del modello econometrico

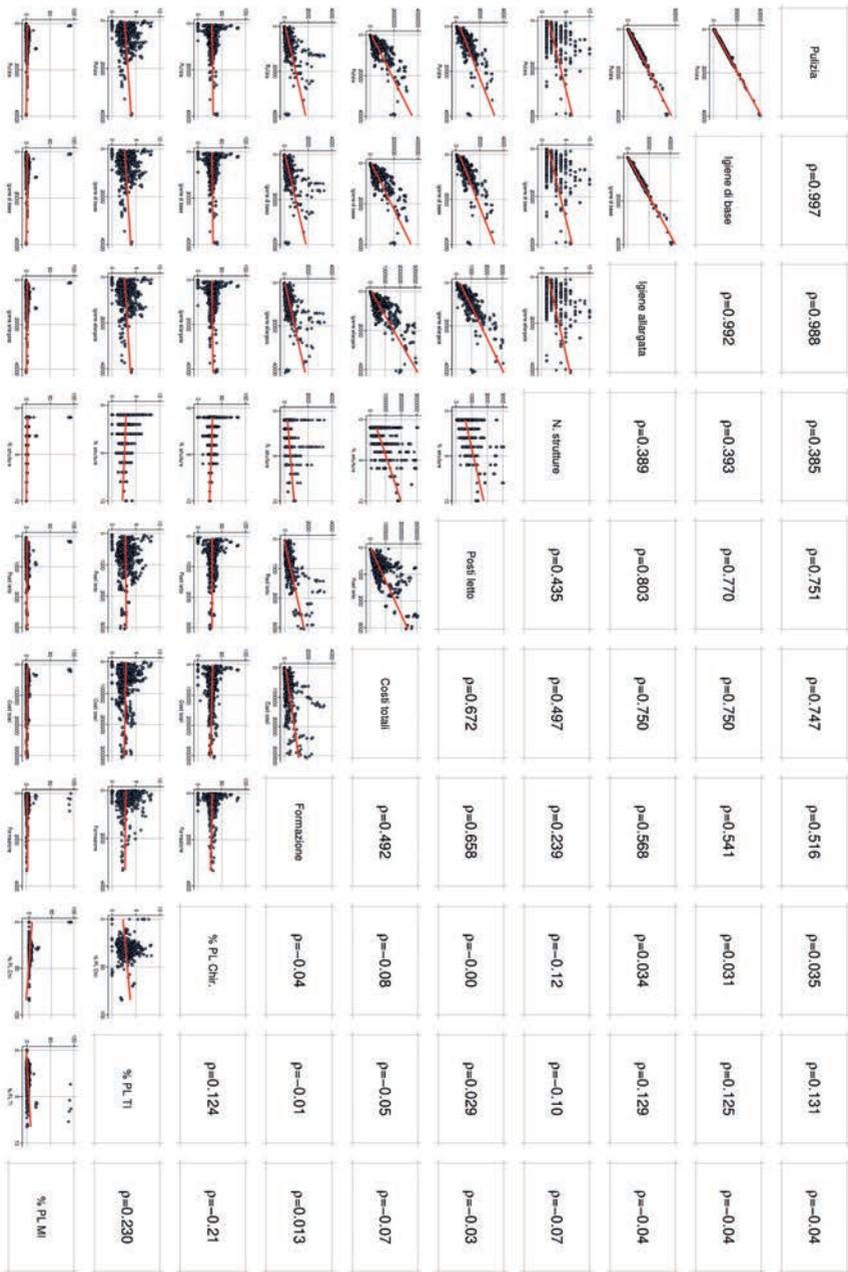


Figura 2.26: Analisi di correlazione tra le principali variabili analizzate ( $\rho$ : coefficiente di correlazione)

## 2.10 Quale relazione tra spesa per igiene e caratteristiche ospedaliere?

In questa sezione analizziamo attraverso opportuni modelli statistici, la relazione tra le spese dei bilanci delle aziende pubbliche italiane per igiene e pulizia e le principali caratteristiche ospedaliere legate al rischio di ICA. Le prime stime riguardano una serie di modelli di regressione multilevel di tipo longitudinale, che considerano al primo livello l'anno e al secondo livello l'ospedale. Le variabili dipendenti considerate sono:

1. Pulizia: voce di conto economico

Igiene di base (*igbase*): acquisto di servizi di pulizia (B.2.B.1.2) più acquisto di materiale di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere (B.1.B.2)

Igiene allargata (*igall*): spesa per igiene di base più lo smaltimento rifiuti (B.2.B.1.7)

Il modello statistico controlla per l'effetto dimensione dell'A.O. utilizzando tre variabili:

- costi tot: i costi totali (B) da conto economico
- posti letto: il numero di posti letto totali per l'AO
- numero di strutture: il numero di sedi amministrative dall'AO

Dal punto di vista dell'intensità di cura sono invece incluse in ciascuno dei tre modelli:

- % di posti letto in reparti chirurgici
- % di posti letto in Terapia Intensiva
- % di posti letto in reparti di Malattie Infettive
- DEA e PS: presenza o assenza dei reparti di medicina di emergenza

Il modello econometrico controlla, inoltre, per la presenza dell'università e per l'intensità dell'attività di ricerca svolte nell'ospedale. Questo tipo di strutture potrebbero utilizzare risorse ad alta tecnologia che necessitano particolari sforzi nella pulizia e, soprattutto, nella manutenzione. Nella specificazione è inclusa anche la variabile *form* (i costi di formazione) come proxy dell'investimento in capitale umano della struttura. Infatti, personale più formato potrebbe essere più efficiente.

Infine, la regressione multilevel contiene tre variabili temporali: 2016, 2017, 2018 e 2019 che indicano il trend temporale di spesa.

Osservando la Tabella 2.4 contenente le stime modellistiche, si evince che, come atteso, le variabili che svolgono la funzione di proxy dimensionale sono statisticamente significative in tutti e tre i modelli. Queste variabili (Costi totali e Totale Posti Letto) hanno segno positivo, a indicare che maggiore è la dimensione dell'ospedale, maggiore è la spesa a bilancio per pulizia. L'unica eccezione è la variabile *N. strutture*: essa è non significativa in tutti i modelli. Questo significa che la dimensione è già colta dalle altre variabili e pertanto questa non risulta significativa.

Per quanto riguarda l'intensità di cura, la prima anomalia nei risultati è deducibile

dall'analisi dei coefficienti relativi alle percentuali di posti letto chirurgici e per malattie infettive. A differenza di quanto atteso, nessuna di queste variabili risulta essere significativa. L'unica significatività ( $p\text{-value} < 0.10$ ) la si osserva per i posti letto in Terapia Intensiva che, come ci si aspetta, è positivamente legata alla spesa per igiene e pulizia.

Le variabili riguardanti il Pronto Soccorso e i dipartimenti di emergenza non sono significative, anche in questo caso, evidenziando una mancata attesa statistica. Infatti, come anticipato, ci si sarebbe aspettato, almeno per i PS ad alta intensità, di osservare una relazione significativa tra questa variabile e il livello di spesa.

Anche il coefficiente relativo agli IRCCS non è significativo, seppure positivo, smontando l'ipotesi attesa di una relazione positiva e significativa. In tutti i modelli (1) e (2) le dummy temporali relative agli anni 2017, 2018 e 2019 sono negative e significative. Ciò implica che, a parità di dimensioni ospedaliere e delle altre caratteristiche per cui il modello è controllato, la spesa in pulizie e igiene è diminuita nel tempo in modo significativo. Questo è un altro risultato poco rassicurante, che evidenzia ulteriormente una scarsa aderenza delle voci di bilancio con il rischio espresso dalle caratteristiche ospedaliere, ma anche un progressivo disinvestimento in questo ambito. Gli effetti marginali della riduzione di spesa nel tempo sono evidenziati nei grafici successivi (Figure 2.27, 2.28 e 2.29).

	(1)	(2)	(3)
	Pulizia	Igiene di base	Igiene allargata
N. strutture	25.867 (60.425)	11.626 (61.963)	-28.975 (65.965)
Posti letto	3.431*** (0.317)	3.820*** (0.324)	4.730*** (0.345)
Costi totali	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.005*** (0.000)
Formazione	-0.089 (0.220)	-0.034 (0.227)	0.211 (0.242)
% PL Chir.	-10.007 (8.251)	-10.465 (8.500)	-8.593 (9.052)
% PL TI	110.727** (52.588)	132.267** (54.264)	160.733*** (57.789)
% PL MI	-6.548 (24.732)	-8.905 (24.758)	-6.625 (26.323)
PS	799.815 (624.535)	794.727 (620.367)	811.200 (659.287)
dea	-86.798 (451.990)	-136.645 (449.380)	-100.201 (477.597)
A.O. Universitaria	1,266.160** (608.900)	1,252.629** (605.023)	1,627.106** (642.991)
IRCCS	1.294 (561.745)	23.272 (557.943)	234.447 (592.942)
anno = 2016	-78.658 (70.369)	-88.928 (73.086)	-95.909 (77.863)
anno = 2017	-124.115* (75.280)	-148.785* (78.142)	-164.827** (83.246)
anno = 2018	-140.737* (76.773)	-176.814** (79.639)	-189.555** (84.839)
anno = 2019	-133.755* (77.938)	-192.673** (80.791)	-199.685** (86.063)
Costante	465.737 (349.296)	6.558*** (0.045)	7.887*** (0.026)
Observations	1,010	1,010	1,010
Number of groups	275	275	275

Standard errors in parentheses

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Tabella 2.4: Modelli multilevel

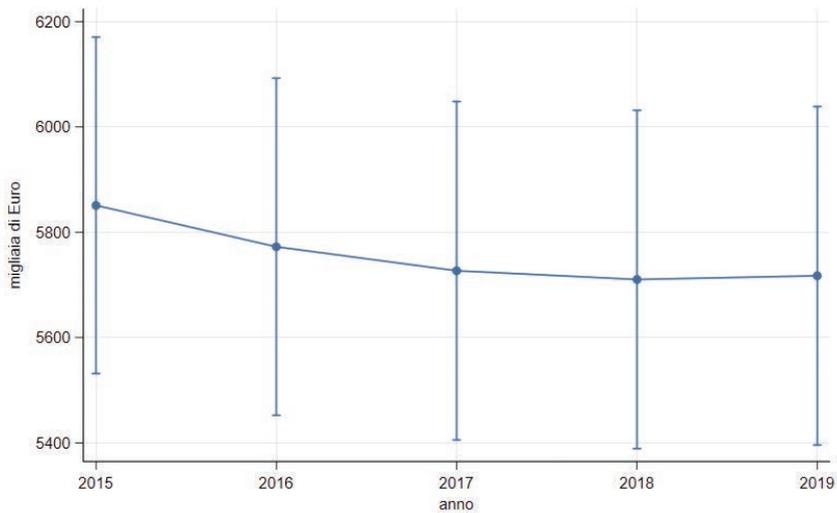


Figura 2.27: Andamento stimato della variabile Pulizia (a parità di variabili indipendenti).

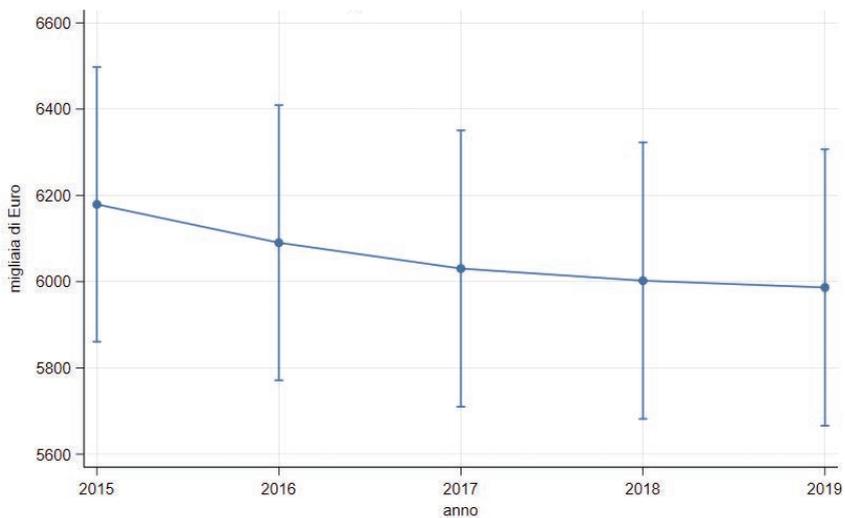


Figura 2.28: Andamento stimato della variabile Igiene di base (a parità di variabili indipendenti).

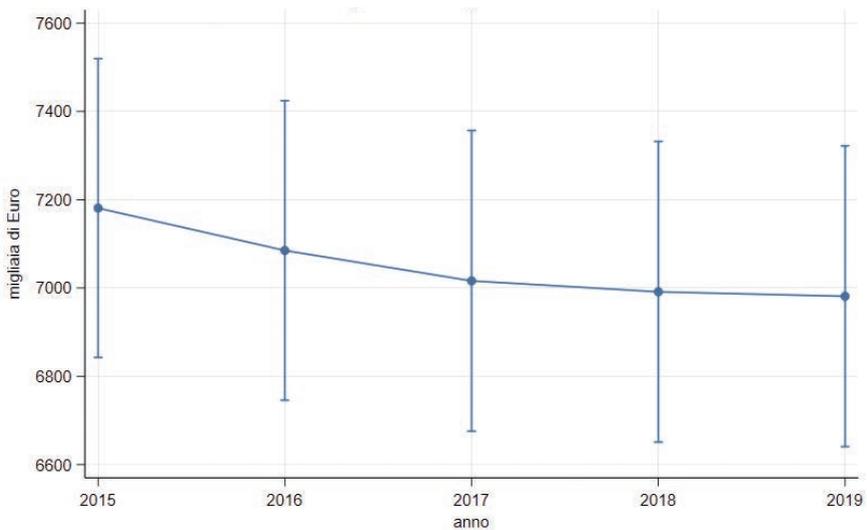


Figura 2.29: Andamento stimato della variabile Igiene allargata (a parità di variabili indipendenti).

# Capitolo 3

## Studio delle infezioni

Questo capitolo si concentra sullo studio delle ICA in termini aggregati. Il dato analizzato comprende la media delle ICA osservate nelle aziende ospedaliere pubbliche negli anni dal 2016 al 2019. In particolare le ICA sono state identificate nelle schede delle dimissioni ospedaliere di un sottogruppo della popolazione dei ricoverati con fratture di femore, selezionata in base a codici diagnosi e procedure ICD-9-CM di interesse. La scelta di questo sottogruppo è dovuta al rischio aumentato di contrarre ICA in ragione dell'età avanzata della maggior parte dei fratturati di femore e del trattamento chirurgico invasivo con cui vengono trattati.

Si tratta in ogni caso di una scelta che, da un lato, consente una precisa selezione dei casi da analizzare, ma allo stesso tempo riguarda un tipo di patologia a basso rischio ICA. Questa scelta consapevole è mirata a fornire un'evidenza chiara di cosa possa accadere per patologie più complesse con rischi maggiori di ICA, che vedono quindi un'esplosione dei costi economici e, al contempo, dei costi sociali in termini di incremento di degenze ospedaliere per i pazienti, di ricoveri ripetuti e di mortalità.

Come si osserva nella Tabella 3.1, mediamente ogni struttura ospedaliera ricovera annualmente 680 pazienti per frattura di femore e circa l'1% contrae un'infezione correlata all'assistenza. Si tratta per lo più di pazienti anziani, con un'età media di 81 anni, che permangono in ospedale per 12 giorni, un tempo piuttosto lungo considerando la tendenza alla dimissione anticipata indotta dal sistema di pagamento prospettico basato sui DRG che caratterizza il sistema sanitario italiano.

Se si osserva il sottogruppo di pazienti che ha contratto l'infezione, si può vedere che non vi è una differenza in termini di età, ma cambia notevolmente il numero di giorni che vengono trascorsi in ospedale, che sale a 21 (mediamente). Questo semplice dato aiuta a comprendere come il fenomeno delle ICA abbia un costo notevole per il sistema sanitario; è sufficiente considerare che questi 9 giorni in più di media che l'1% dei pazienti trascorre in ospedale, corrispondono a un posto letto occupato che non può essere liberato per un altro ricovero, riducendo in questo modo l'efficienza ospedaliera. Allo stesso tempo, per l'ospedale questo corrisponde a un costo aggiuntivo di circa 4.500 euro<sup>2</sup> e senza alcun ricavo aggiuntivo.

<sup>2</sup> Considerando un costo medio per ricovero medico di circa 500 euro a giornata.

Proprio il meccanismo del pagamento prospettico a DRG, introdotto in Italia negli anni Novanta del secolo scorso dai Decreti legislativi di riforma del sistema che si sono succeduti in quegli anni, determina un rimborso fisso per ogni episodio di ricovero, svincolato dalle giornate di degenza (almeno entro una certa soglia). Questo comporta che per questa tipologia di ricoveri, ogniqualvolta si determina un'ICA, la struttura ospedaliera perde 4.500 euro (in media) senza possibilità di copertura.

Le Figure da 3.1 a 3.10 di questo capitolo esprimono l'andamento di questi fenomeni con il dettaglio delle distribuzioni e consentono di osservare l'enorme variabilità, sia del numero di ricoveri, sia dell'incidenza delle ICA e, non ultimo, le loro conseguenze in termini di mortalità.

	Media	Dev. St.	p5	p95
N ricoveri	680	555	4	1,784
N infezioni	6	25	0	23
Età	81	4	76	83
Degenza media	12	6	5	20
Età (infezioni)	83	6	71	91
Degenza media (infezioni)	21	13	7	39
N decessi	21	17	2	55
N decessi (infezioni)	0	1	0	1
Tasso di mortalità	2	3	0	5
Tasso di mortalità (infezioni)	2	8	0	14

Tabella 3.1: Caratteristiche ospedaliere

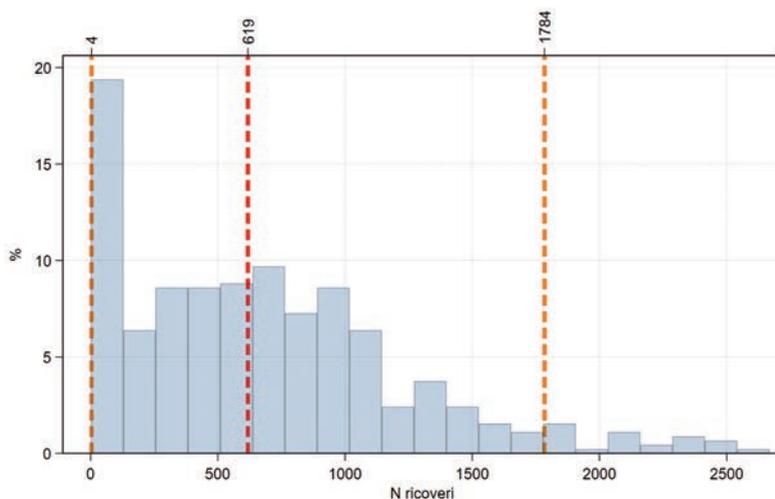


Figura 3.1: Distribuzione della variabile N ricoveri. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

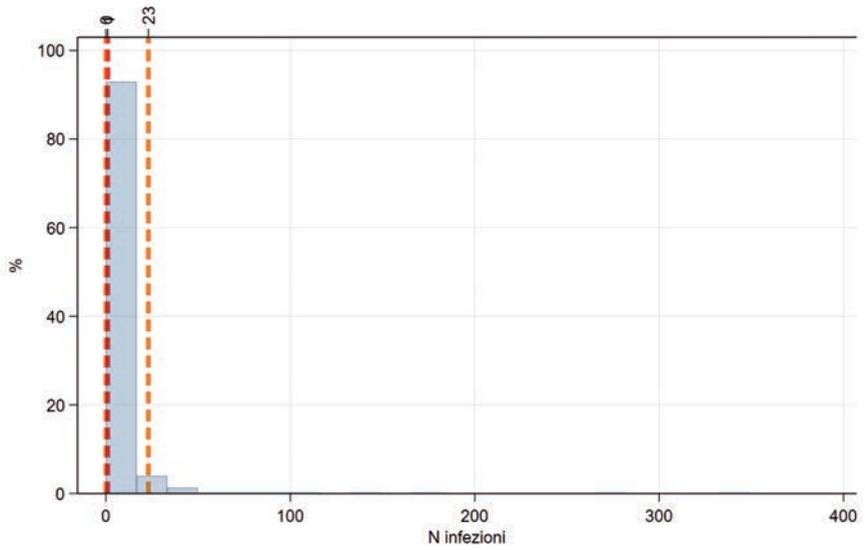


Figura 3.2: Distribuzione della variabile N infezioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

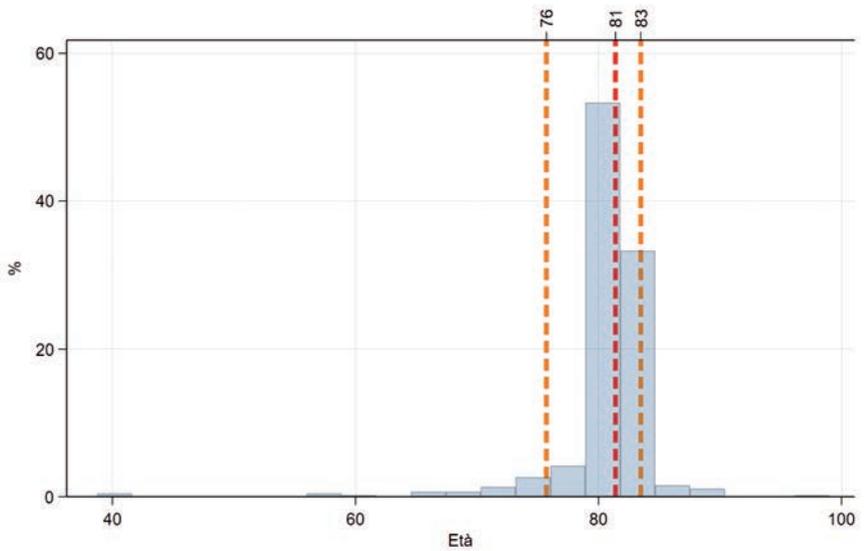


Figura 3.3: Distribuzione della variabile Età. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

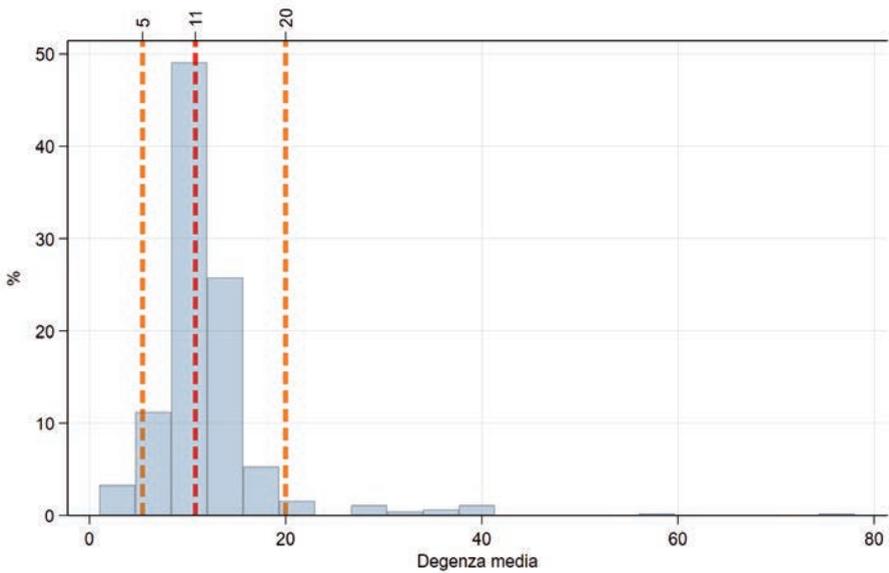


Figura 3.4: Distribuzione della variabile Degenza media. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

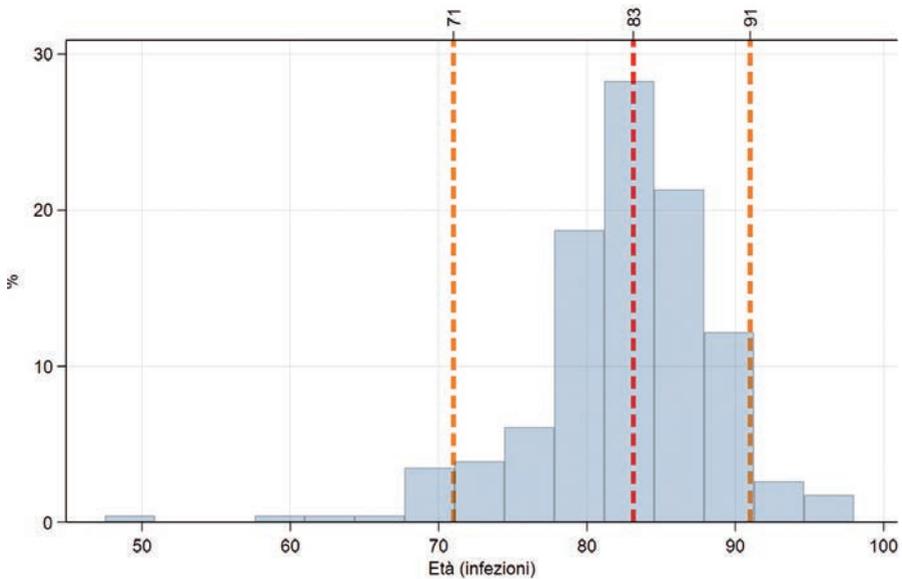


Figura 3.5: Distribuzione della variabile Età (infezioni). Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

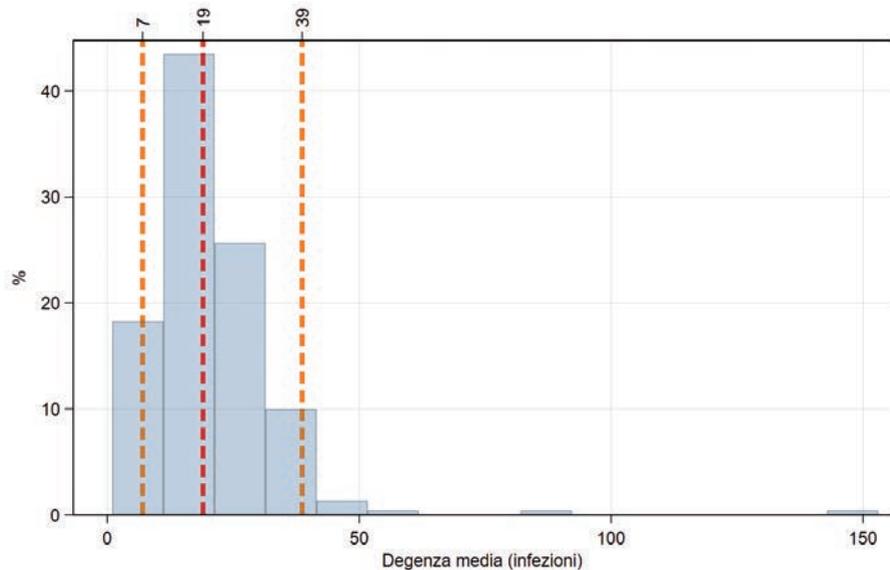


Figura 3.6: Distribuzione della variabile Degenza media (infezioni). Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

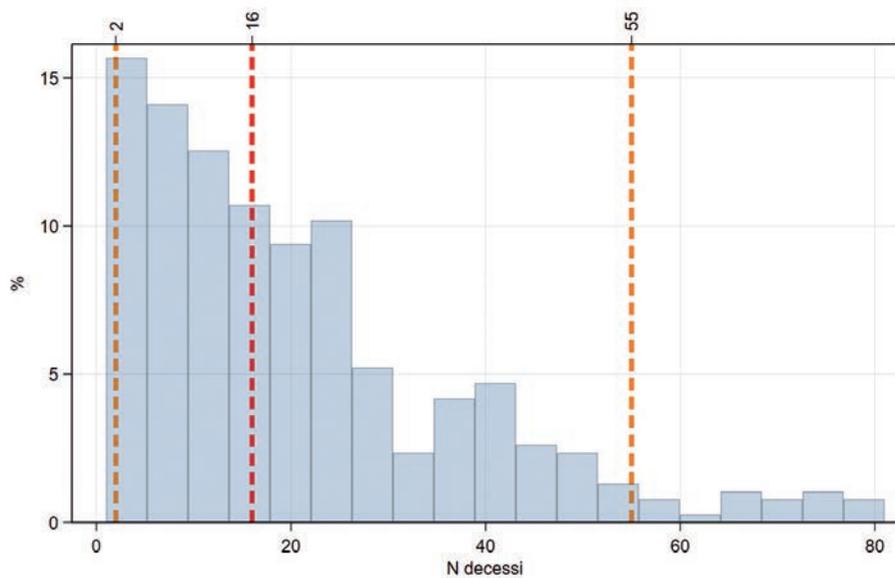


Figura 3.7: Distribuzione della variabile N decessi. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

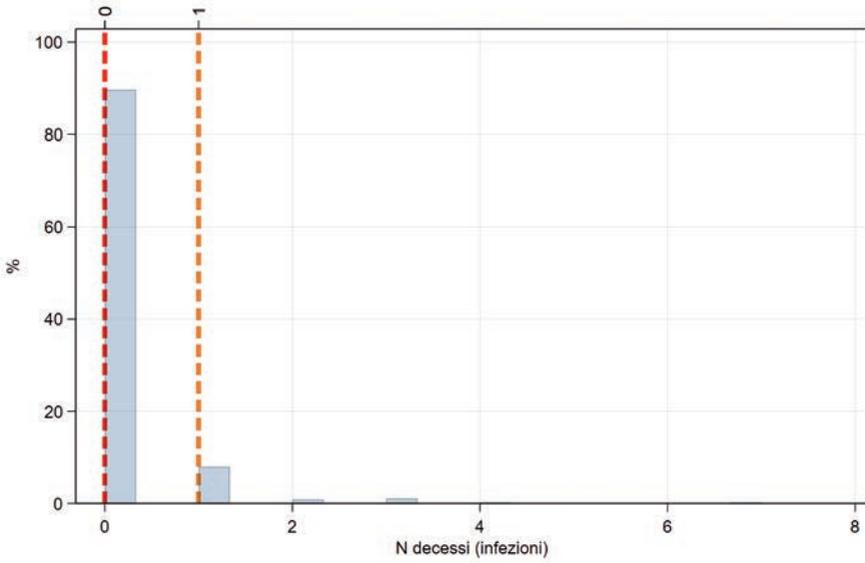


Figura 3.8: Distribuzione della variabile N decessi (infezioni). Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

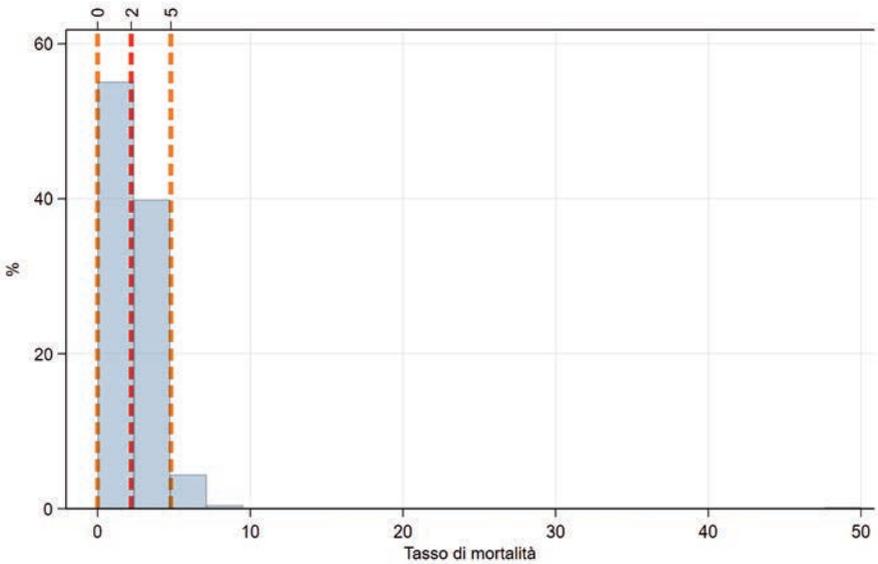


Figura 3.9: Distribuzione della variabile Tasso di mortalità. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

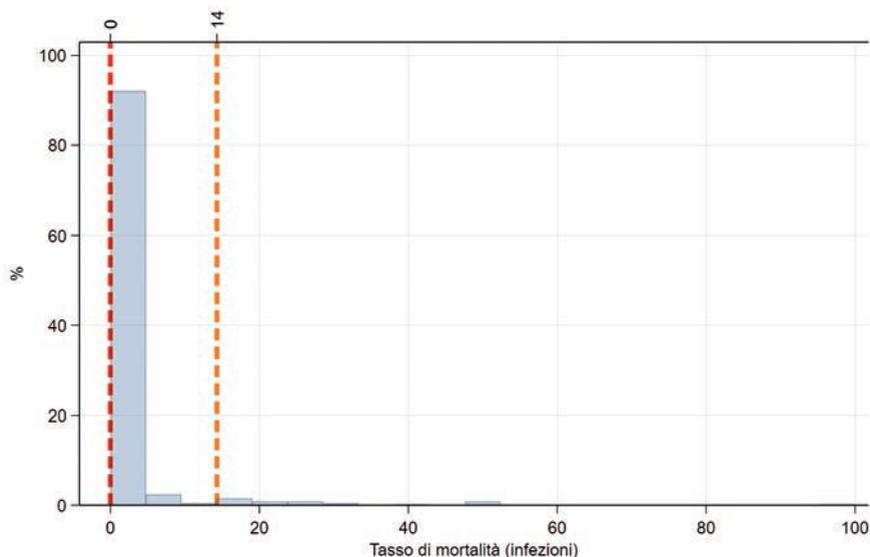


Figura 3.10: Distribuzione della variabile Tasso di mortalità (infezioni). Arancio: 5o e 95o percentile. Rosso: Mediana

### 3.1 Analisi per tipo di ospedale

In questa sezione, invece, osserviamo il dettaglio per tipologia di ospedale, distinguendo tra aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie e istituti di ricerca a carattere scientifico (IRCCS). Come già anticipato nel paragrafo 2.5, l'analisi per tipologia di ospedale consente di apprezzare le differenze soprattutto tra aziende ospedaliere e altre tipologie di ospedale con una maggiore vocazione alla ricerca scientifica.

Le Figure da 3.11 a 3.21 non sembrano evidenziare particolari differenze medie tra le variabili considerate e confermano quanto osservato in generale sulla forte variabilità del fenomeno e sulla rilevanza in termini economici e di costi sociali che le ICA inducono direttamente sul sistema sanitario. Questo viene confermato anche da un test ANOVA effettuato sulle variabili che sono poi state rappresentate nelle figure. Nella Tabella 3.2, dove le uniche significatività sono quelle legate alle dimensioni ospedaliere, si vede infatti che le differenze significative per tipo di ospedale rilevate dal test ANOVA (identificate dagli asterischi a fine riga) sono connesse al numero di ricoveri, che è chiaramente legato al numero di infezioni identificate e così anche al numero di decessi. Non si osservano, invece, differenze sul trattamento medio dei pazienti in termini di giornate di degenza né per i ricoveri in generale né per quelli con infezione e, allo stesso tempo, non si osserva

una mortalità differente per i pazienti con ICA.

Questo supporta quanto già osservato in precedenza, vale a dire che non è la tipologia di ospedale a incidere sulla prevalenza di ICA e sulle loro conseguenze in termini di costo per il sistema sanitario e di conseguenze per i pazienti.

	BSS	B-df	WSS	W-df	F
N ricoveri	5021718	2	6.56e+07	210	8.03***
N infezioni	7670.283	2	151751.6	210	5.30***
gg. di degenza	43.9598	2	6992.976	210	0.66
gg. di degenza (infezioni)	152	2	16387	157	0.72
N decessi	4657	2	66427	210	7.36***
N decessi (infezioni)	.5737979	2	53	210	1.11

\*\*\* p < 0.01 \*\* p < 0.05 \* p < 0.1

Tabella 3.2: Test ANOVA sulle principali variabili di confronto

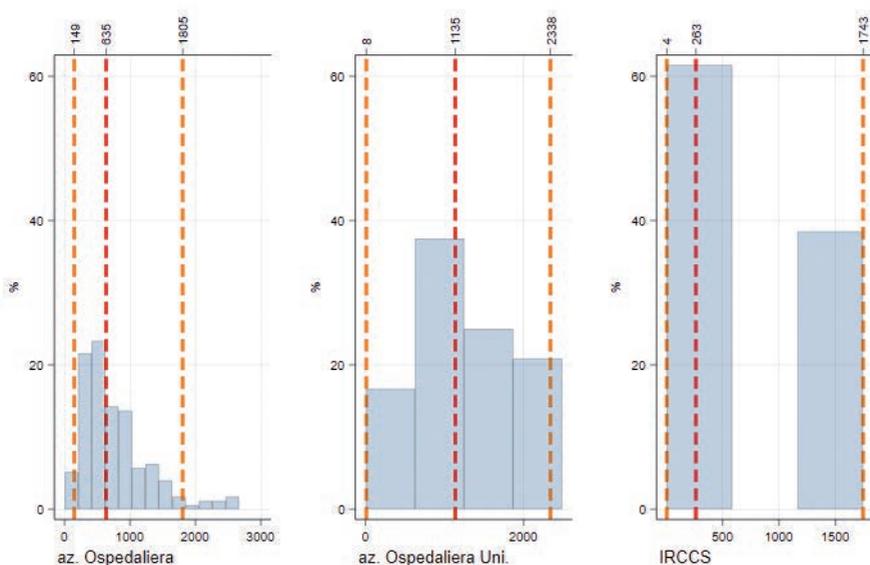


Figura 3.11: Distribuzione della variabile N ricoveri per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

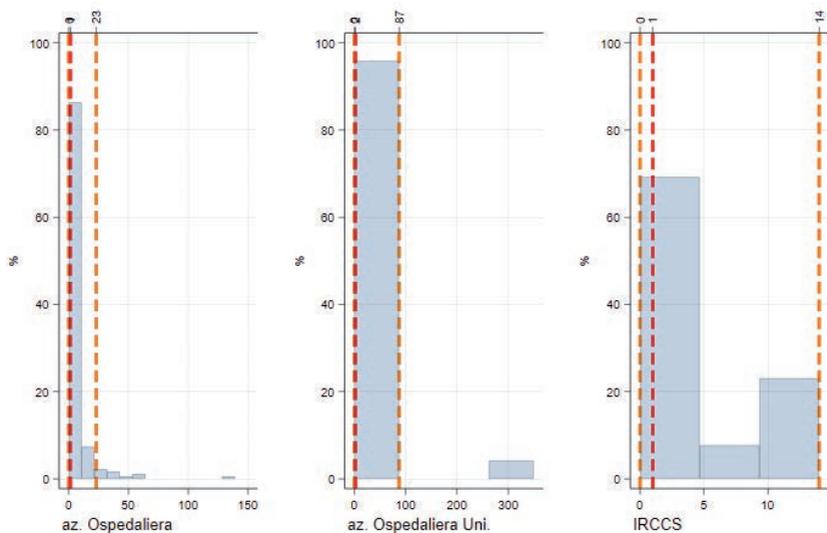


Figura 3.12: Distribuzione della variabile N infezioni per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

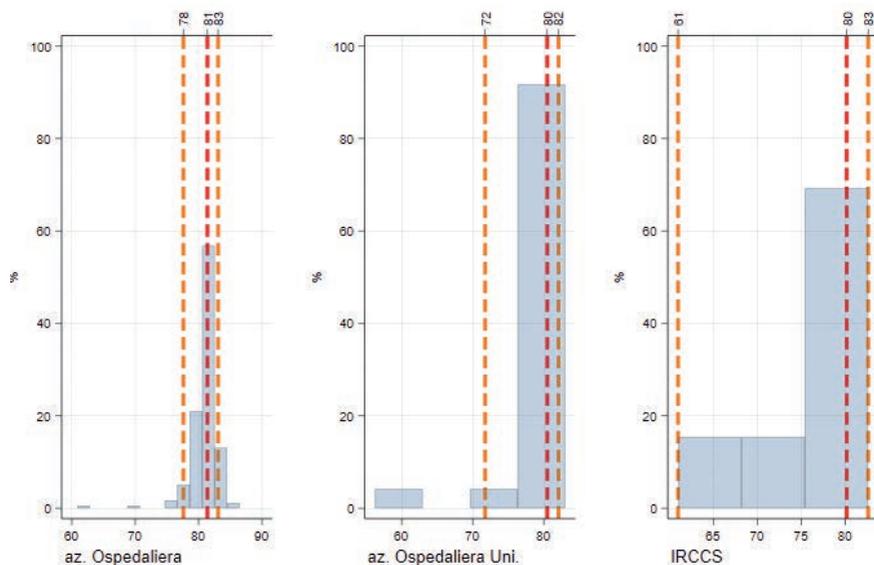


Figura 3.13: Distribuzione della variabile Età per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

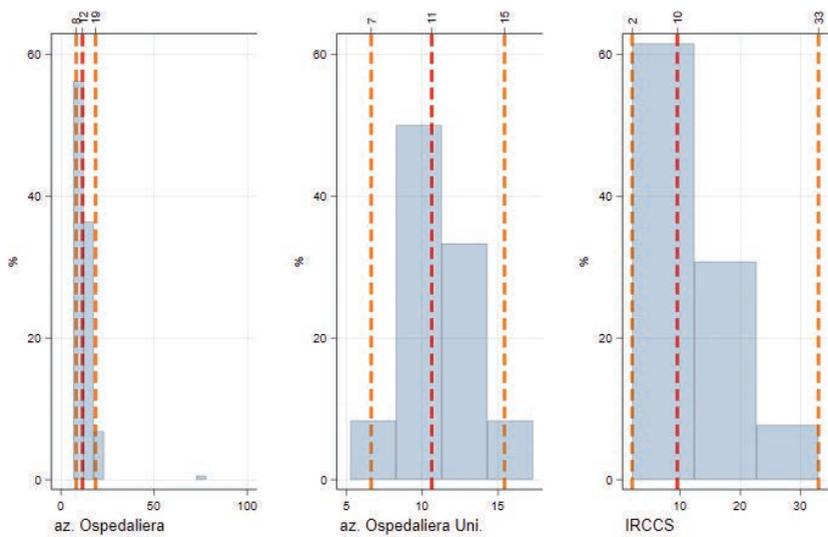


Figura 3.14: Distribuzione della variabile Degenza media per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

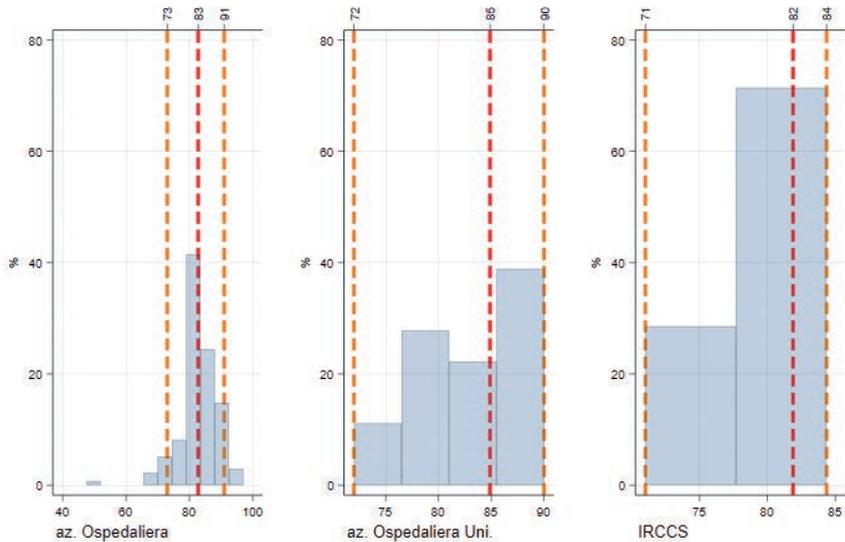


Figura 3.15: Distribuzione della variabile Età (infezioni) per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

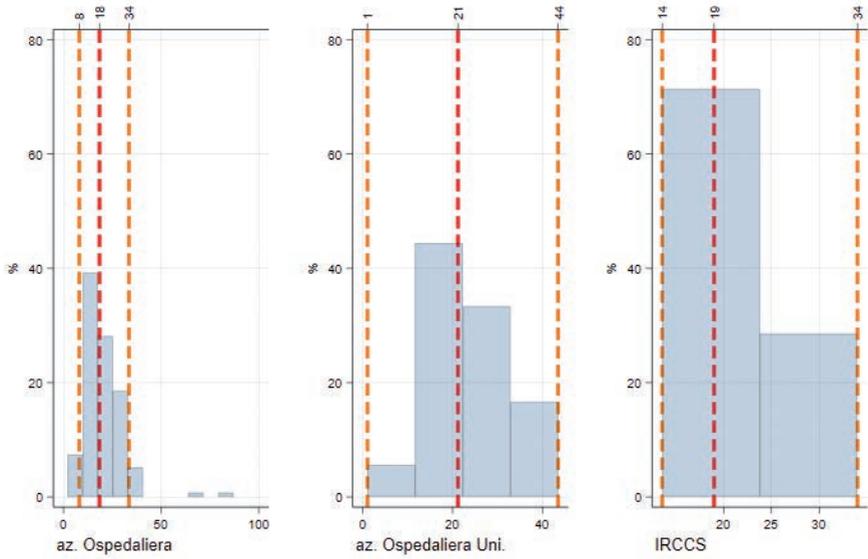


Figura 3.16: Distribuzione della variabile Degenza media (infezioni) per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

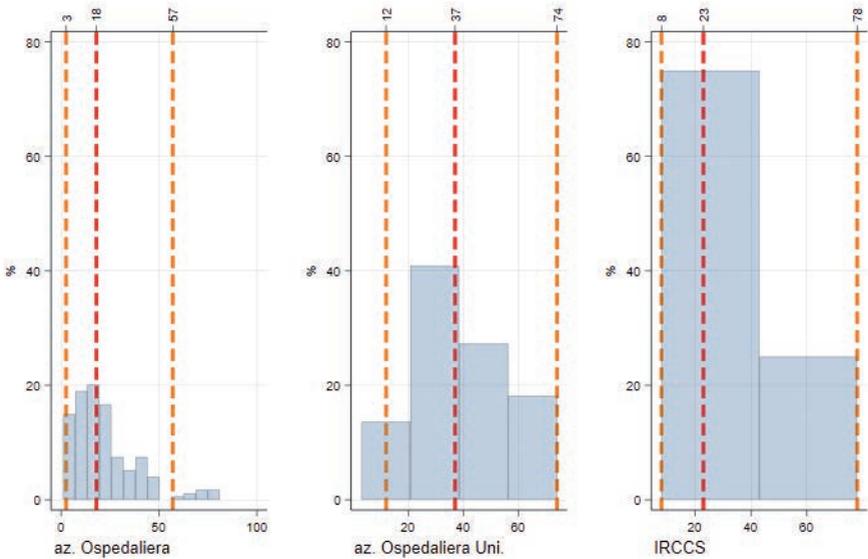


Figura 3.17: Distribuzione della variabile N decessi per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

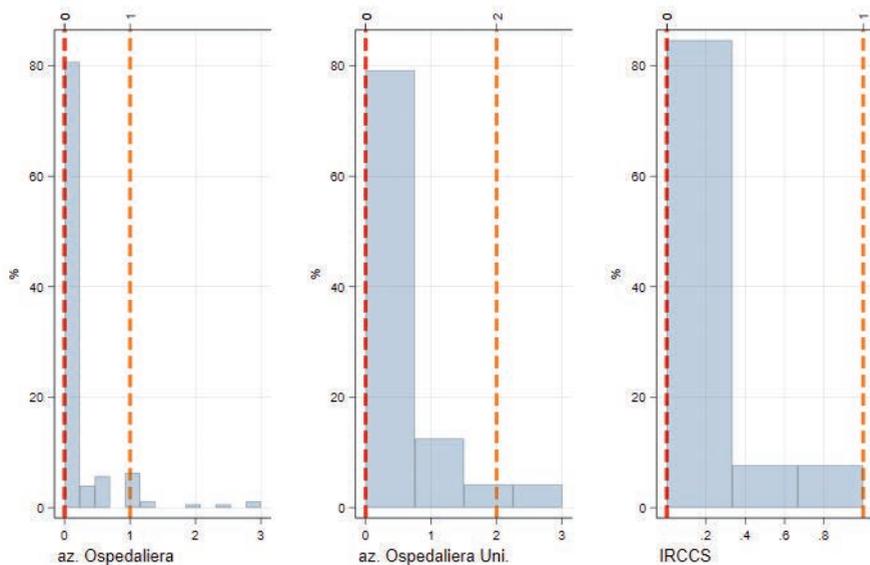


Figura 3.18: Distribuzione della variabile N decessi (infezioni) per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

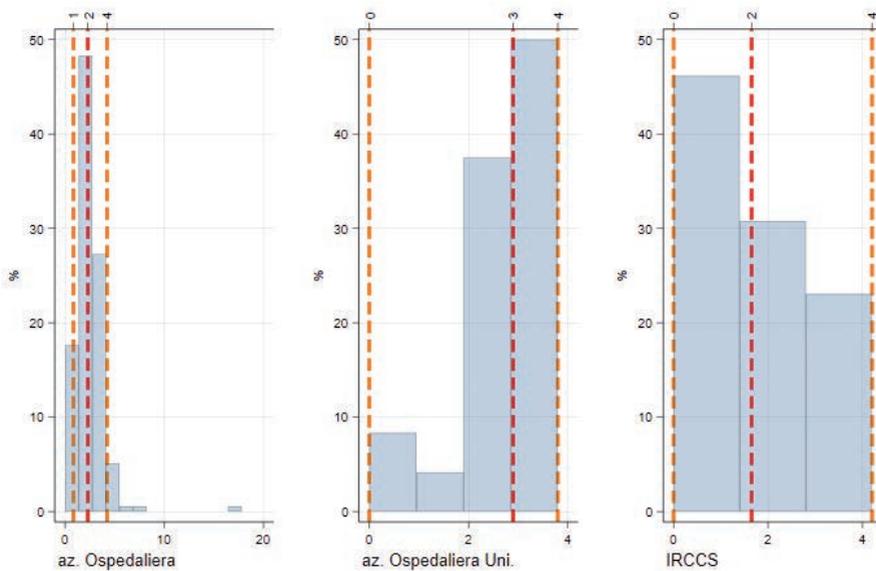


Figura 3.19: Distribuzione della variabile Tasso di mortalità per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

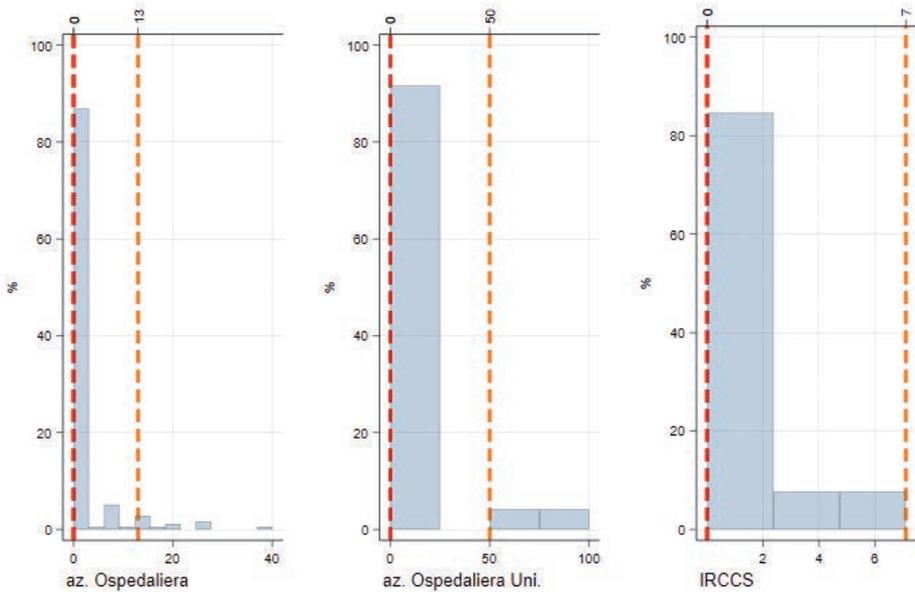


Figura 3.20: Distribuzione della variabile Tasso di mortalità (infezioni) per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

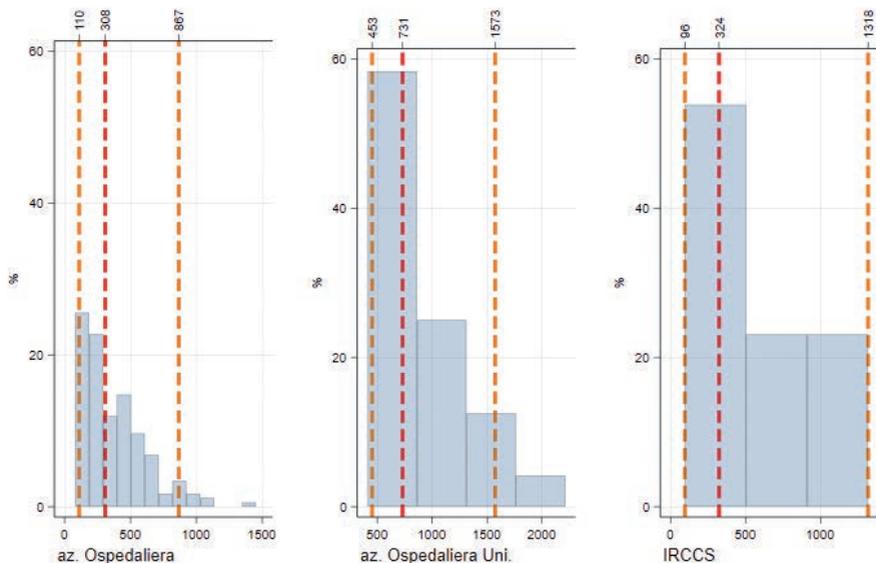


Figura 3.21: Distribuzione della variabile Totale posti letto per Tipo Azienda Ospedaliera. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

## 3.2 Analisi geografica

L'analisi territoriale delle ICA è di interesse in quanto consente una facile osservazione della distribuzione territoriale del fenomeno.

Come atteso, anche questa analisi rimarca il differenziale territoriale presente nel sistema sanitario italiano, con le regioni meridionali che mostrano sempre livelli peggiori in tutte le dimensioni.

Una prima semplice conclusione è, quindi, che i costi sociali ricadono in modo più marcato sulle regioni del Sud. Pertanto, laddove la qualità del sistema sanitario è più scadevole, anche le ICA giocano un ruolo importante, contribuendo in modo significativo a un incremento dei costi.

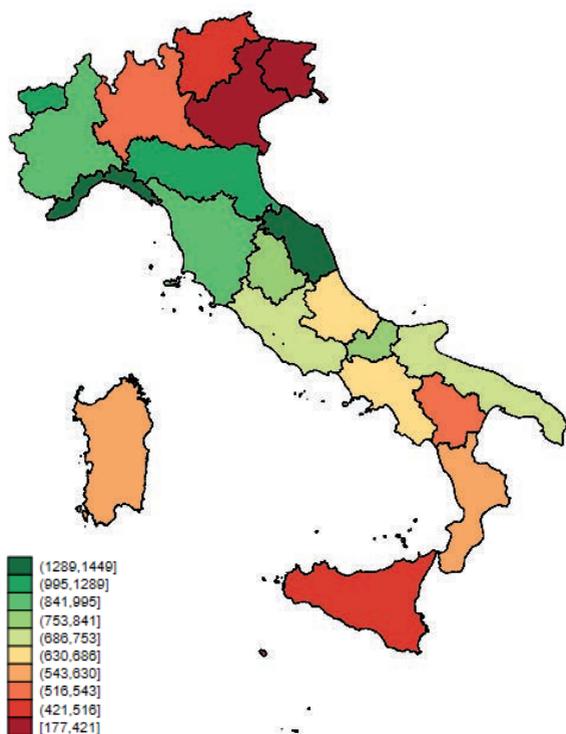


Figura 3.22: Distribuzione territoriale della variabile N ricoveri

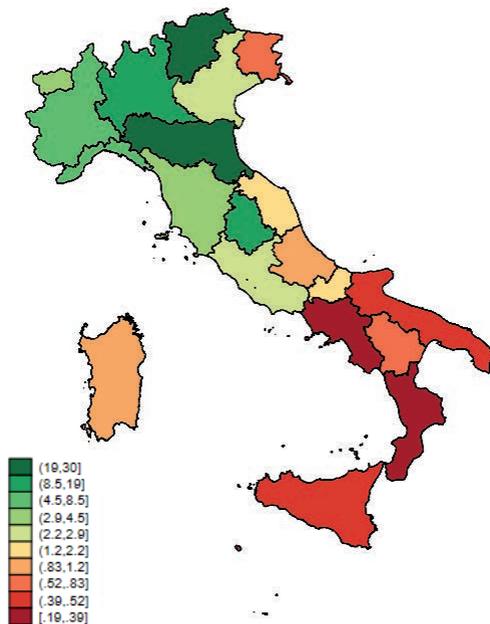


Figura 3.23: Distribuzione territoriale della variabile N infezioni

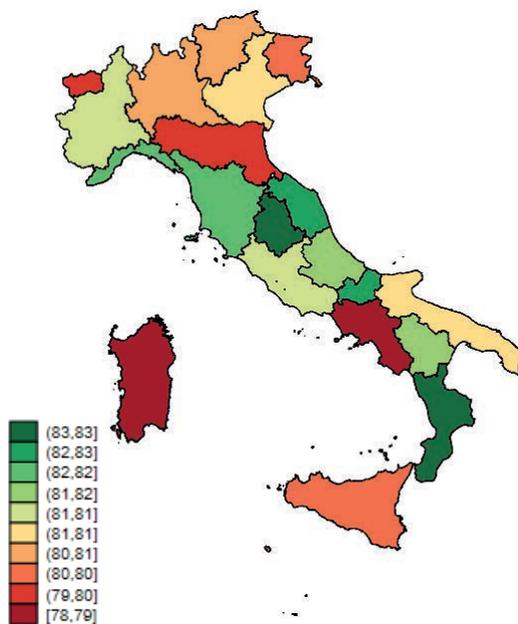


Figura 3.24: Distribuzione territoriale della variabile Età

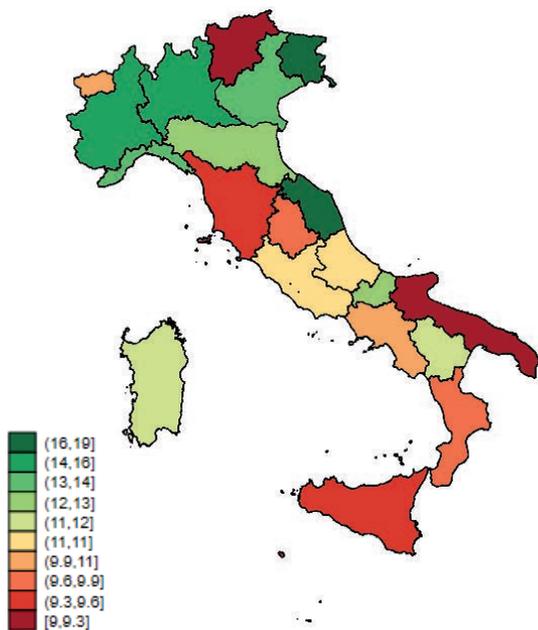


Figura 3.25: Distribuzione territoriale della variabile Degenza media

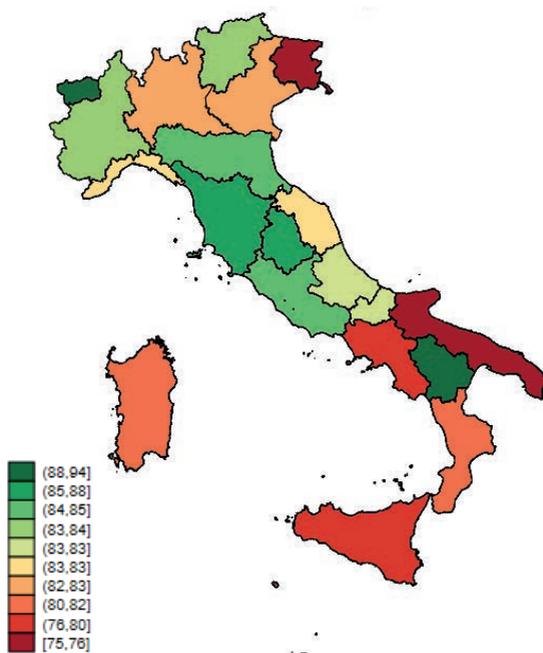


Figura 3.26: Distribuzione territoriale della variabile Età (infezioni)

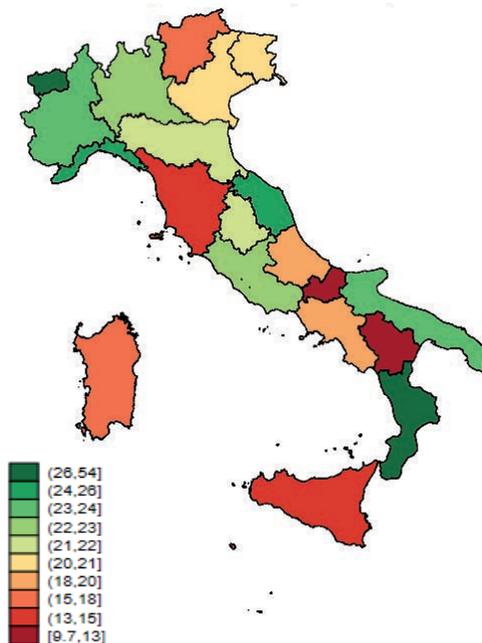


Figura 3.27: Distribuzione territoriale della variabile Degenza media (infezioni)

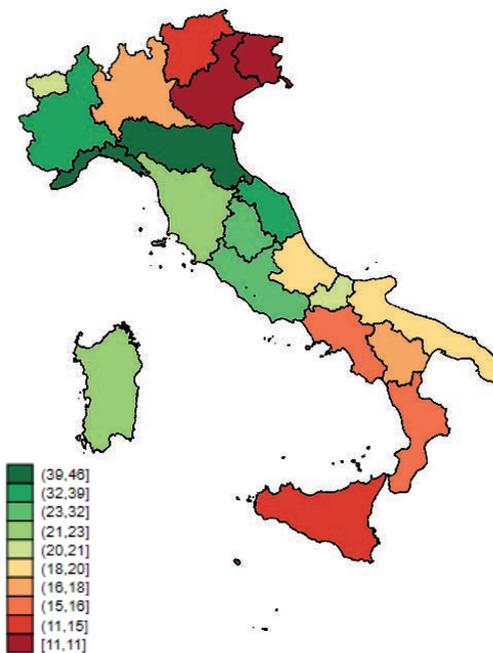


Figura 3.28: Distribuzione territoriale della variabile N decessi

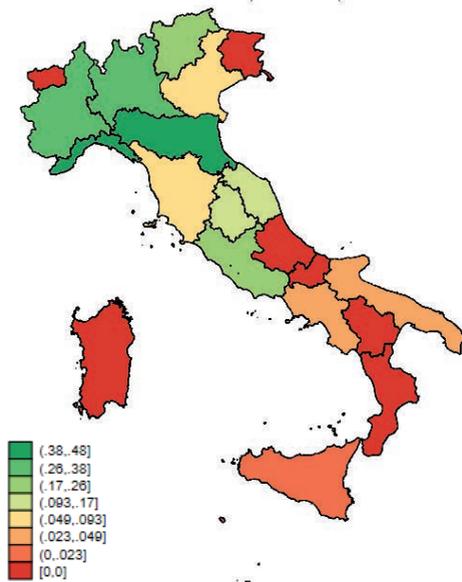


Figura 3.29: Distribuzione territoriale della variabile N decessi (infezioni)

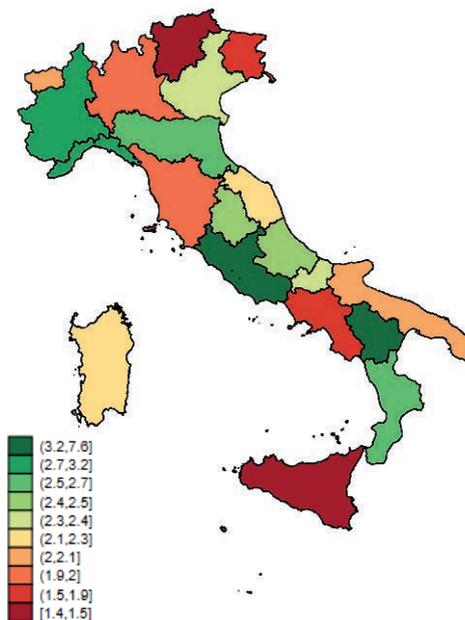


Figura 3.30: Distribuzione territoriale della variabile Tasso di mortalità

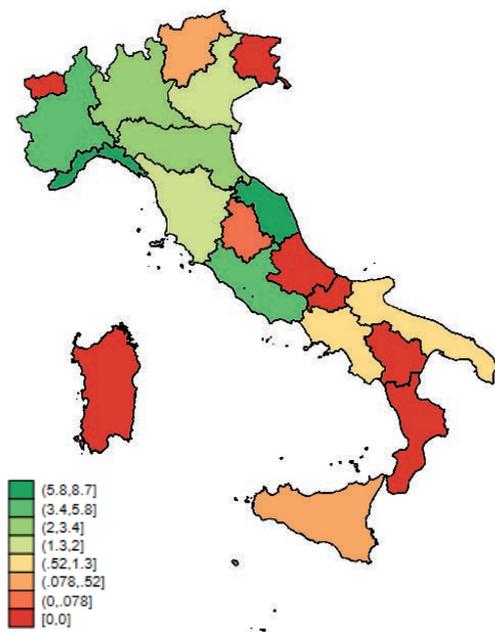


Figura 3.31: Distribuzione territoriale della variabile Tasso di mortalità (infezioni)

### 3.3 Analisi dei costi sociali

Questo capitolo ha come obiettivo l'indagine dei costi sociali connessi alle ICA. Fino a questo punto abbiamo analizzato gli aspetti economici legati alle ICA, osservando principalmente come i bilanci ospedalieri abbiano ridotto gli investimenti per le spese di igiene e pulizie, mentre risulta evidente che vi sia una relazione diretta, seppur spuria, tra l'incidenza di ICA e questo tipo di spesa.

È chiaro come, rispetto alle ICA, non sia sufficiente analizzare solo gli aspetti più strettamente economici, ma si rende necessario porre attenzione alle implicazioni sociali. Esistono, infatti, costi connessi alle ICA di tipo sociale che hanno a che fare sia con le conseguenze di salute per i cittadini, sia con l'impatto sul sistema sanitario.

In questo capitolo, quindi, vogliamo analizzare la relazione tra due indicatori legati ai costi sociali derivanti dalle ICA e le spese dedicate all'igiene e alle pulizie. Per valutare i costi sociali ci siamo concentrati sulla mortalità per ICA e sull'incidenza della degenza dovuta alle ICA, rispetto alla degenza complessiva. Da un lato saremo in grado di capire quanta mortalità evitabile si può osservare, attraverso una maggiore attenzione agli investimenti per igiene e pulizie, dall'altra andremo a osservare quanto una maggiore spesa per igiene e pulizie può ridurre le giornate di degenza in eccesso dovute alle ICA. Giova ricordare come le giornate aggiuntive di degenza dovute alle ICA sono un mero costo per gli ospedali e, quindi, una spesa evitabile per il sistema sanitario. Non solo, un eccesso di giornate di degenza comporta un minor turnover dei posti letto, un'occupazione degli stessi che non consente un incremento di efficienza del sistema.

Per raggiungere gli obiettivi di questo capitolo, abbiamo adottato un approccio che prevede due modelli lineari in cui le variabili dipendenti sono: la mortalità per infezioni e il rapporto tra degenza media per infezioni e la degenza media dei ricoveri non soggetti a ICA.

I modelli sono aggiustati per caratteristiche delle strutture ospedaliere, come già fatto in precedenza durante l'analisi dei bilanci. In questo caso le variabili di controllo sono: la mortalità complessiva dell'ospedale, che agisce come una sorta di livello medio dell'ospedale rispetto alla mortalità per ICA, il fatto che l'ospedale appartenga a un'azienda universitaria o che risulti un IRCCS, la presenza e il tipo di pronto soccorso, l'età media dei pazienti, il numero di letti ospedalieri e il numero di posti letto per tipologia di reparto. Infine, una variabile che distingue gli investimenti per igiene e pulizie. Lo stesso modello è stato stimato aggiungendo, di volta in volta, un diverso indicatore del livello di spesa per igiene e pulizia.

Il risultato è in linea con le aspettative, vale a dire che, laddove il livello di spesa è maggiore, si osserva da un lato una riduzione della mortalità (vedi Tabella 3.3); allo stesso modo, la stima del modello sull'eccesso di degenza ospedaliera per ICA (vedi Tabella 3.4) conferma come le ICA comportino un aumento prevenibile della degenza ospedaliera laddove minore è l'investimento in igiene e pulizia.

	Tasso di mortalità infezioni		
Tasso di mortalità	0.194 (0.171)	0.189 (0.182)	0.152 (0.284)
Età media	0.017 (0.846)	0.023 (0.796)	0.035 (0.692)
Posti letto totali	-7.882 (0.106)	-7.663 (0.115)	-7.177 (0.141)
Posti letto terapia int. (in migliaia)	15.659 (0.823)	14.086 (0.840)	-0.045 (0.999)
Posti letto reparti chir. (in migliaia)	25.577* (0.074)	24.942* (0.082)	24.727* (0.085)
N. strutture PS DEA	2.370*** (0.000)	2.365*** (0.000)	2.362*** (0.000)
N. strutture PS base	0.524 (0.420)	0.528 (0.417)	0.509 (0.434)
AO Universitaria	5.683*** (0.003)	5.705*** (0.003)	5.891*** (0.002)
IRCCS	-1.124 (0.600)	-1.125 (0.600)	-0.586 (0.784)
Pulizia (secondo quartile)	-2.359** (0.025)		
Pulizia (terzo quartile)	-3.010*** (0.004)		
Pulizia (quarto quartile)	-2.233** (0.039)		
Igiene di base (secondo quartile)		-2.450** (0.020)	
Igiene di base (terzo quartile)		-3.009*** (0.004)	
Igiene di base (quarto quartile)		-2.279** (0.036)	
Igiene allargata (secondo quartile)			-0.201 (0.848)
Igiene allargata (terzo quartile)			-2.364** (0.026)
Igiene allargata (quarto quartile)			-1.177 (0.277)
Costante	0.191 (0.979)	-0.204 (0.977)	-2.135 (0.764)
N	453	453	453
R <sup>2</sup>	0.088	0.089	0.082

p-value in parentheses  
\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Tabella 3.3: Stima dell'effetto della spesa per igiene e pulizie sulla mortalità per ICA

	log(Degenza Media Infezioni/Degenza Media)		
Età media	0.074** (0.045)	0.075** (0.041)	0.071* (0.053)
Posti letto totali	3.851* (0.057)	3.899* (0.054)	3.905* (0.054)
Posti letto terapia int. (in migliaia)	-24.157 (0.407)	-25.479 (0.382)	-26.439 (0.364)
Posti letto reparti chir. (in migliaia)	9.156 (0.124)	9.169 (0.124)	9.344 (0.118)
N. strutture PS DEA	0.922*** (0.000)	0.919*** (0.000)	0.879*** (0.001)
N. strutture PS base	0.078 (0.773)	0.079 (0.769)	0.043 (0.873)
AO Universitaria	-1.260 (0.110)	-1.260 (0.110)	-1.306* (0.099)
IRCCS	-1.096 (0.220)	-1.064 (0.234)	-1.068 (0.230)
Pulizia (secondo quartile)	-0.298 (0.494)		
Pulizia (terzo quartile)	-0.765* (0.079)		
Pulizia (quarto quartile)	-1.038** (0.021)		
Igiene di base (secondo quartile)		-0.192 (0.660)	
Igiene di base (terzo quartile)		-0.674 (0.125)	
Igiene di base (quarto quartile)		-0.975** (0.031)	
Igiene allargata (secondo quartile)			-0.291 (0.503)
Igiene allargata (terzo quartile)			-0.315 (0.476)
Igiene allargata (quarto quartile)			-0.988** (0.028)
Constant	-10.903*** (0.000)	-11.104*** (0.000)	-10.799*** (0.000)
N	453	453	453
R <sup>2</sup>	0.246	0.245	0.244

p-value in parentheses  
\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Tabella 3.4: Stima dell'effetto della spesa per igiene e pulizie sull'eccesso di degenza ospedaliera per ICA

### 3.4 Analisi delle schede di Dimissione Ospedaliera

#### 3.4.1 Il caso delle infezioni ortopediche post-operatorie

L'approfondimento sulla problematica delle ICA nel contesto nazionale è stato realizzato mediante uno studio di coorte retrospettivo nazionale, basato sui dati amministrativi delle dimissioni ospedaliere di pazienti chirurgici con fratture del femore dall'inizio del 2016 alla fine del 2019, in Italia.

Si è voluto stimare l'incidenza delle infezioni post-operatorie, sia durante il ricovero che dopo la dimissione dei pazienti, differenziando in base al tipo di istituto di ricovero ove è stata condotta la procedura chirurgica.

Nell'analisi sono state incluse tutte le cartelle cliniche pertinenti per patologia (fratture del femore trattate chirurgicamente) e intervento, di tutti i centri sanitari nazionali. Dei 374.239 pazienti inclusi, il 73% erano donne con un'età media di 84 anni (intervallo interquartile = 77:89). La maggior parte dei partecipanti è stata curata in ospedali pubblici (79%), il 44% è stato sottoposto a fissazione interna del femore, lo 0,2% a chirurgia chiusa e <0,1% a chirurgia aperta, mentre per il 56% è stata utilizzata una procedura diversa o la procedura esatta non era nota. L'incidenza cumulativa delle infezioni post-operatorie durante il ricovero e dopo la dimissione entro 3 mesi dall'intervento chirurgico è stata rispettivamente dello 0,9% e dello 0,1%.

Rispetto agli istituti pubblici, dopo aver aggiustato per età, sesso, Charlson Comorbidity Index, tipo di incidente, tipo di ricovero, stato civile, livello di istruzione e area geografica, gli ospedali universitari hanno mostrato un rischio più elevato di infezioni post-operatorie [odds ratio aggiustato [aOR] = 2,29 (IC 95%: 2,09-2,51)], mentre gli ospedali privati hanno mostrato un rischio inferiore [aOR = 0,63 (IC 95%: 0,52-0,76)]. L'area geografica è stata un modificatore della misura dell'effetto, per l'associazione tra tipo di istituti sanitari e rischio di infezione postoperatoria (interazione p-value < 0,0001). L'incidenza complessiva delle infezioni postoperatorie in pazienti ortopedici ricoverati in ospedale, nel nostro studio, è risultata inferiore a quella riportata in letteratura ed è probabile che l'incidenza post dimissione sia sottostimata.

Sebbene non sia possibile escludere un confondimento residuo e altri tipi di bias, i nostri risultati suggeriscono che il rischio di complicanze da interventi chirurgici per frattura del femore può dipendere dal tipo di istituto sanitario in cui è stata condotta la procedura operatoria, sebbene vari in base alla regione.

#### 3.4.2 L'analisi retrospettiva sulle SDO

Lo studio delle SDO è stato realizzato su una sottopopolazione dei ricoverati italiani e ha riguardato, in particolare, i ricoveri nazionali dal 2012 al 2016 di pazienti con fratture di femore. La scelta di questo sottogruppo è dovuta al rischio aumentato di contrarre ICA in ragione dell'età avanzata della maggioranza dei fratturati di femore e del trattamento chirurgico invasivo con cui vengono trattati.

Le fratture del femore sono le cause più frequenti di ricovero degli anziani nei reparti di ortopedia (Zhang, 2012). La letteratura riporta che l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti con frattura di femore varia anche in base alla posizione della frattura femorale: dal 3,2% al 36% nelle fratture del collo del femore (El-Daly, 2015; Yassa *et al.*, 2017); dall'1,6% al 6,9% nelle fratture del femore prossimale (Acklin *et al.*, 2011; Langenhan *et al.*, 2018); dal 3,6% nelle fratture del femore distale (Bai *et al.*, 2019). In una recente revisione sistematica (Noailles *et al.*, 2016), l'incidenza complessiva di infezioni del sito chirurgico, dopo emiartroplastica della frattura del collo del femore, variava dall'1,7% al 7,3% (13 studi). Inoltre, è stato riportato che vari fattori di rischio sono associati al rischio di infezioni del sito chirurgico, a seguito di frattura del femore, comprese le condizioni preoperatorie. Tra queste, si annoverano l'obesità (Bai *et al.*, 2019; Noailles *et al.*, 2016), le malattie del fegato (Noailles *et al.*, 2016), l'età avanzata (Noailles *et al.*, 2016), il fumo e i livelli ridotti di albumina (Bai *et al.*, 2019), il BMI (Ji *et al.*, 2019), l'uso di corticosteroidi (Ji *et al.*, 2019), l'anemia e le infezioni delle vie urinarie preoperatorie (Yassa *et al.*, 2017). Vi sono poi fattori legati all'intervento, tra cui la durata (Noailles *et al.*, 2016) e l'uso di fissatori esterni (Bai *et al.*, 2019) e altri fattori postoperatori, come la durata del ricovero in ospedale, il drenaggio prolungato della ferita chirurgica e l'uso di cateteri urinari (Noailles *et al.*, 2016). Inoltre, le infezioni del sito chirurgico, secondarie a fratture di femore, sono associate a un aumentato rischio di morte e a un allungamento della degenza ospedaliera, con conseguente aumento dei costi delle cure mediche (Wijeratna *et al.*, 2015).

Abbiamo quindi condotto questa parte preliminare dello studio su un ampio database rappresentativo a livello nazionale (Commission, 2015), per valutare in rischio di ICA e sepsi in questi pazienti, in associazione, oltre che con le caratteristiche individuali dei pazienti, anche con il tipo di struttura sanitaria italiana. Abbiamo anche cercato di verificare se il rischio di questi stessi endpoint associati al tipo di struttura sanitaria potesse variare in base alla regione geografica.

Le analisi sono state effettuate sui dati amministrativi delle SDO di tutti i pazienti italiani ricoverati per frattura del femore e trattati con un intervento chirurgico, dal 2012 al 2016. Sono state escluse le cartelle cliniche con dati demografici o clinici di base incompleti; sono state escluse anche le cartelle cliniche di pazienti con fratture diverse dalle fratture del femore.

Le caratteristiche demografiche considerate comprendevano il tipo di struttura di ricovero (cliniche private, ospedali pubblici, ospedali universitari e ospedali di ricerca), età, sesso, durata e anno di ricovero, regione geografica (Nord, Centro e Sud Italia), tipo di incidente (ad esempio, domestico, correlato al lavoro o incidente stradali), tipo di ospedalizzazione (ad esempio, per acuti, lungodegenza o riabilitazione), tipo di ricovero (ordinario, urgente), intervento chirurgico (ad esempio, chirurgia a cielo aperto, fissazione interna e altri), esiti di fratture del femore (cioè infezione e sepsi). Le infezioni e

le sepsi sono state trattate come risultati (variabili dipendenti). Il database utilizzato per condurre questo studio raccoglie il set minimo di dati di base di ogni paziente ricoverato in qualsiasi ospedale italiano.

L'estrazione dei dati delle caratteristiche demografiche rilevanti, dei dati clinici e degli esiti delle procedure sui casi d'interesse si è basata sulle SDO messe a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità Italiano. Due ampie categorie di esiti sono state identificate e utilizzate nell'analisi come endpoint separati, tra cui sepsi e ICA. Per le ICA sono state selezionate tutte le infezioni diverse dalle sepsi, codificate in base al sistema di codifica (ICD)-9-CM.

Per quanto riguarda le procedure con cui sono state trattate le fratture di femore, sono stati inclusi tutti i tipi di interventi chirurgici implementati per trattare le fratture del femore nei partecipanti reclutati, indipendentemente dal tipo di intervento o dal tipo di frattura del femore.

Le caratteristiche dei pazienti inclusi nel nostro database sono state confrontate a seconda del tipo di struttura di ricovero (cliniche private, ospedali pubblici, ospedali universitari e ospedali di ricerca) in cui è stata trattata la frattura del femore. Le variabili categoriali sono state confrontate utilizzando il test chi-quadrato, mentre la distribuzione dei fattori continui è stata confrontata utilizzando il test non parametrico di Kruskal-Wallis. Gli obiettivi primari della nostra ricerca includevano quanto segue: (1) stimare l'incidenza di ICA e sepsi in pazienti con frattura del femore e (2) identificare i fattori associati al rischio di ICA e sepsi in pazienti con fratture del femore. La principale esposizione di interesse è stata la tipologia di struttura di ricovero riconosciuta come "ospedale pubblico", usata come categoria di riferimento. Altre esposizioni secondarie includevano: degenza ospedaliera (meno di 10 giorni vs 11 giorni o più), tipo di intervento chirurgico (aperto vs chiuso vs fissazione interna vs altri) ed età (<60 anni vs > 60 anni). Sono stati utilizzati modelli di regressione logistica separati per valutare l'associazione tra questi fattori di esposizione e il rischio dei due endpoint e sono stati stimati e tabulati gli odds ratio (OR) con i corrispondenti intervalli di confidenza al 95% (CI).

Nel modello di regressione logistica multivariabile per "tipo di istituto" di esposizione principale, abbiamo incluso potenziali cause comuni del tipo di istituto e risultati quali: età, sesso, anno di ricovero, tipo di incidente, tipo di ricovero. Abbiamo utilizzato una procedura di regolazione manuale in due fasi, controllando prima i dati demografici (età, sesso e anno di ricovero) e poi aggiustando ulteriormente il tipo di incidente e il tipo di ricovero in una seconda fase. Inoltre, abbiamo valutato se il rischio di HAI e sepsi associati al tipo di istituto potesse variare in base alla regione geografica degli ospedali reclutati. Questo è stato formalmente testato includendo un sistema di interazione nei modelli di regressione logistica. Per gli altri fattori di esposizione, è stato utilizzato un insieme leggermente diverso di potenziali fattori di confondimento in base alla struttura causale sottostante presunta dei dati.

### 3.4.3 Descrizione dei risultati

Questo studio è stato condotto in conformità con le linee guida STROBE per la conduzione di studi di coorte osservazionali (Von Elm, 2007). Nell'analisi finale sono stati inclusi un totale di 281.165 pazienti con fratture del femore. La maggior parte (231.708; 82,41%) dei pazienti è stata ricoverata in ospedali pubblici, mentre 22.812 (8,11%) pazienti sono stati ricoverati in ospedali universitari, 17.154 (6,10%) pazienti sono stati ricoverati in ospedali o cliniche private, e 9.491 (3,38%) pazienti sono stati ricoverati in ospedali di ricerca italiani. La popolazione complessiva aveva un'età media di 83 anni (IQR = 75-88). La maggioranza della popolazione era di sesso femminile (207.256; 73,7%), proveniente dal Nord Italia (regione Nord, 48,9%), con tipologia di infortunio classificata come "altro" (57,3%), seguita da incidenti domestici nel 37,0% dei casi. La quasi totalità dei casi ha richiesto un ricovero acuto (97,5%), e altrettanti sono ricoveri in urgenza (97,2%). L'88,1% è stato trattato con una procedura di fissazione interna. Avevano una durata mediana del ricovero di 11 giorni (IQR = 8-15). In termini di prevalenza degli esiti associati al femore, l'HAI si è verificata nell'1,5% dei pazienti (4.142) e la sepsi nello 0,8% dei pazienti (2.244), rispettivamente. Le caratteristiche demografiche al basale e gli esiti procedurali dei pazienti inclusi stratificati per tipo di istituto sono presentati nella Tabella 3.5.

La prevalenza di ricoveri urgenti era significativamente più alta negli ospedali pubblici rispetto a quelli privati (98,7% contro 76,7%,  $P < 0,001$ ). La sintesi interna è stata utilizzata più frequentemente negli ospedali pubblici rispetto a quelli IRCCS (89,6% vs 76,7%,  $P < 0,001$ ). La prevalenza degli endpoint dello studio differiva significativamente tra i diversi tipi di istituto, il rischio di sepsi (1,3%) e ICA (1,9%) erano i più alti negli ospedali universitari (Tabella 3.5). La maggior parte degli ospedali del Nord Italia erano IRCCS (84,4%), mentre la maggior parte degli ospedali del Centro e Sud Italia erano privati rispettivamente 21,5% e 43,9%. La percentuale di pazienti ricoverati a causa di incidenti domestici era significativamente più alta negli ospedali IRCCS (45,0%) rispetto agli ospedali universitari (26,6%). Anche la prevalenza del tipo di ricovero differiva in modo significativo tra i diversi tipi di istituto, essendo il ricovero urgente significativamente più alto negli ospedali pubblici rispetto a quelli privati (98,7% contro 76,7%).

<b>Characteristics</b>	<b>Public</b>	<b>Private</b>	<b>IRCCS</b>	<b>University</b>	<b>p-value *</b>	<b>Total</b>
	N= 231708	N= 17154	N= 9491	N= 22812		N= 281165
<b><i>Age, years</i></b>					<.001	
Median (IQR)	83 (75, 88)	82 (75, 87)	82 (73, 88)	82 (72, 88)		83 (75, 88)
<b><i>Duration of hospitalization, days</i></b>					<.001	
Median (IQR)	11 (8, 15)	9 (7, 12)	10 (7, 13)	11 (8, 15)		11 (8, 15)
<b><i>Year of hospitalization</i></b>					<.001	
Median (IQR)	2014 (2013, 2015)	2014 (2013, 2015)	2014 (2013, 2015)	2014 (2013, 2015)		2014 (2013, 2015)
<b><i>Gender, n(%)</i></b>					<.001	
Female	171199 (73.9%)	13133 (76.6%)	6754 (71.2%)	16170 (70.9%)		207256 (73.7%)
<b><i>Geographical region, n(%)</i></b>					<.001	
Nord	110904 (47.9%)	5939 (34.6%)	8011 (84.4%)	12682 (55.6%)		137536 (48.9%)
Center	44876 (19.4%)	3684 (21.5%)	268 (2.8%)	3556 (15.6%)		52384 (18.6%)
South	75928 (32.8%)	7531 (43.9%)	1212 (12.8%)	6574 (28.8%)		91245 (32.5%)
<b><i>Accident type, n(%)</i></b>					<.001	
Domestic	88370 (38.1%)	5264 (30.7%)	4256 (45.0%)	6079 (26.6%)		103969 (37.0%)
Work	2137 (0.9%)	99 (0.6%)	100 (1.1%)	205 (0.9%)		2541 (0.9%)
Road	9483 (4.1%)	478 (2.8%)	421 (4.5%)	1198 (5.3%)		11580 (4.1%)
Violent	397 (0.2%)	8 (0.0%)	18 (0.2%)	28 (0.1%)		451 (0.2%)
Self-inflicted	1093 (0.5%)	61 (0.4%)	60 (0.6%)	215 (0.9%)		1429 (0.5%)
Others	130208	11244	4600	15087		161139

(segue)

	(56.2%)	(65.5%)	(48.7%)	(66.1%)		(57.3%)
<b>Hospitalization, n(%)</b>					<.001	
Acute	226270 (97.7%)	17141 (99.9%)	9445 (99.5%)	21332 (93.5%)		274188 (97.5%)
Long stay	5176 (2.2%)	9 (0.1%)	0 (0.0%)	1310 (5.7%)		6495 (2.3%)
Rehabilitation	262 (0.1%)	4 (0.0%)	46 (0.5%)	170 (0.7%)		482 (0.2%)
<b>Admission type, n(%)</b>					<.001	
Ordinary	2793 (1.2%)	3924 (22.9%)	250 (2.6%)	575 (2.5%)		7542 (2.7%)
Urgent	228600 (98.7%)	13156 (76.7%)	9224 (97.2%)	22198 (97.3%)		273178 (97.2%)
TSO	21 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)		23 (0.0%)
Programmed	153 (0.1%)	71 (0.4%)	16 (0.2%)	36 (0.2%)		276 (0.1%)
Others	141 (0.1%)	2 (0.0%)	1 (0.0%)	2 (0.0%)		146 (0.1%)
<b>Procedure, n(%)</b>					<.001	
Closed	2182 (0.9%)	69 (0.4%)	252 (2.7%)	369 (1.6%)		2872 (1.0%)
Open	230 (0.1%)	28 (0.2%)	26 (0.3%)	33 (0.1%)		317 (0.1%)
Internal fix	206087 (89.6%)	13276 (77.9%)	7261 (76.7%)	19450 (85.8%)		246074 (88.1%)
Others	21530 (9.4%)	3673 (21.5%)	1922 (20.3%)	2827 (12.5%)		29952 (10.7%)
<b>Outcomes, n(%)</b>						
Sepsis	1806 (0.8%)	49 (0.3%)	96 (1.0%)	293 (1.3%)	<.001	2244 (0.8%)
Infection	3459 (1.5%)	203 (1.2%)	51 (0.5%)	429 (1.9%)	<.001	4142 (1.5%)

N: Number; IRRCS: Research hospitals in Italy; IQR: Interquartile Range.

Tabella 3.5 Caratteristiche demografiche di base dei pazienti inclusi, stratificati in base al tipo di struttura di ricovero

La Tabella 3.6 mostra i risultati dell'adattamento dell'analisi di regressione logistica per tutti i risultati principali. Nel complesso, il tipo di struttura di ricovero era associato al rischio di ICA e sepsi sia nel modello non aggiustato che dopo il controllo dei potenziali fattori di confondimento identificati. Rispetto agli ospedali pubblici, gli ospedali universitari erano significativamente correlati con un rischio più elevato di ICA (aOR = 1,13; 95% CI: 1,02-1,26) e sepsi (aOR = 1,59; 95% CI: 1,40-1,80), dopo aggiustamento per età, sesso, tipo di ricovero, anno di ricovero e tipo di incidente. D'altra parte, utilizzando ancora gli ospedali pubblici come comparatore, gli ospedali privati erano associati a un minor rischio di sepsi (aOR = 0,44; IC 95%: 0,33-0,59), mentre gli ospedali IRCCS erano associati a un minor rischio di ICA (aOR = 0,29; 95% CI: 0,22-0,38) e sepsi (aOR = 0,80, 95% CI: 0,65-0,98, p = 0,03).

Factor	Unadjusted		Adjusted*		Adjusted*		Type III P
	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	
<b>Outcome: Sepsis</b>							
<i>Institute</i>							<b>&lt;.001</b>
Public	1		1		1		
Private	0.36 (0.27, 0.48)	<b>&lt;.001</b>	0.47 (0.35, 0.62)	<b>&lt;.001</b>	0.44 (0.33, 0.59)	<b>&lt;.001</b>	
IRCCS	1.30 (1.06, 1.60)	<b>0.012</b>	0.83 (0.68, 1.02)	0.083	0.80 (0.65, 0.98)	<b>0.034</b>	
University	1.66 (1.46, 1.88)	<b>&lt;.001</b>	1.54 (1.36, 1.75)	<b>&lt;.001</b>	1.59 (1.40, 1.80)	<b>&lt;.001</b>	
<b>Outcome: HAI</b>							
<i>Institute</i>							<b>&lt;.001</b>
Public	1		1		1		
Private	0.79 (0.69, 0.91)	<b>0.001</b>	0.85 (0.74, 0.98)	<b>0.025</b>	0.92 (0.80, 1.07)	0.298	
IRCCS	0.36 (0.27, 0.47)	<b>&lt;.001</b>	0.28 (0.21, 0.37)	<b>&lt;.001</b>	0.29 (0.22, 0.38)	<b>&lt;.001</b>	
University	1.26 (1.14, 1.40)	<b>&lt;.001</b>	1.11 (1.00, 1.22)	0.054	1.13 (1.02, 1.26)	<b>0.016</b>	

\*: adjusted for age, sex, year of hospitalization, and geographical region; &: adjusted for age, sex, year of hospitalization, geographical region, accident type, and hospitalization type; Bold values are statistically significant (P-value <0.05); OR: Odds Ratio; P: P-value; CI: Confidence Interval.

Tabella 3.6 OR dei diversi endpoint in base al tipo di struttura di ricovero derivanti dall'adattamento di un modello di regressione logistica (overall population)

Per quanto riguarda l'effetto dell'area geografica sull'associazione tra ICA e tipo di struttura di ricovero, abbiamo anche verificato se l'associazione tra tipo di istituzione e rischio dei risultati potesse variare in base all'area geografica dell'Italia. Il test di interazione formale ha suggerito che l'area geografica era un modificatore di effetto per l'associazione tra tipo di istituzione e rischio di ICA (valore p dell'interazione = 0,04) e, ancor di più, per la sepsi (p <0,0001).

Alcune di queste interazioni erano quantitative. Ad esempio, le associazioni nel Nord Italia erano simili a quelle osservate nel complesso, sebbene la differenza di rischio tra ospedali universitari e istituzioni pubbliche fosse ancora maggiore per alcuni endpoint. In particolare, utilizzando ancora le istituzioni pubbliche come comparatore – e dopo aver aggiustato per età, sesso, anno di ricovero, tipo di ricovero, e tipo di incidente – il rischio di ICA era associato all'università (aOR = 1,41; IC 95%: 1,25- 1,59 ) (vs 1,13 complessivo, valore p dell'interazione = 0,04).

Da notare, al contrario, il rischio di sepsi era simile a quello osservato nel complesso (aOR = 1,54; IC 95%: 1,35-1,76) (Tabella 3.7A). D'altra parte, nell'Italia centrale, dopo aver aggiustato per lo stesso insieme di potenziali fattori di confondimento, il rischio di sepsi associato all'università era triplicato (aOR = 2,93; IC 95%: 1,90-4,52, Tabella 3.7B), quasi due volte superiore a quello visto nel complesso (aOR = 1,59; IC 95%: 1,40-1,80, Tabella 3.6). Per la sepsi vi era la più grande evidenza di un'interazione tra tipo di strutture di ricovero e localizzazione geografica (p <0,0001).

C'era anche un'interazione qualitativa chiave poiché il rischio di risultati era costantemente inferiore nelle istituzioni private rispetto a quelle pubbliche. Tuttavia, nel Sud Italia, il rischio di ICA era in realtà molto più alto di quello osservato nelle istituzioni pubbliche (aOR = 2,29; IC 95%: 1,89-2,77) (Tabella 3.7C).

Factor	Unadjusted		Adjusted*		Adjusted&		Type III p-value
	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	
<b>Outcome: Sepsis</b>							
<i>Institute</i>							<.001
Public	1		1		1		
Private	0.46 (0.34, 0.63)	<.001	0.46 (0.34, 0.63)	<.001	0.43 (0.31, 0.59)	<.001	
IRCCS	0.80 (0.65, 0.98)	<b>0.034</b>	0.81 (0.66, 1.00)	0.052	0.77 (0.63, 0.95)	<b>0.016</b>	
University	1.41 (1.23, 1.61)	<.001	1.48 (1.29, 1.69)	<.001	1.54 (1.35, 1.76)	<.001	
<b>Outcome: HAI</b>							
<i>Institute</i>							<.001
Public	1		1		1		
Private	0.29 (0.20, 0.41)	<.001	0.29 (0.20, 0.42)	<.001	0.30 (0.21, 0.43)	<.001	
IRCCS	0.30 (0.22, 0.41)	<.001	0.28 (0.21, 0.38)	<.001	0.28 (0.21, 0.38)	<.001	
University	1.58 (1.40, 1.77)	<.001	1.38 (1.23, 1.55)	<.001	1.41 (1.25, 1.59)	<.001	

\*adjusted for age, sex, and year of hospitalization; &: adjusted for age, sex, year of hospitalization, accident type, and hospitalization type; Bold values are statistically significant (P-value <0.05); OR: Odds Ratio; P: P-value; CI: Confidence Interval.

Tabella 3.7A OR dei diversi endpoint in base al tipo di struttura di ricovero derivanti dall'adattamento di un modello di regressione logistica (regioni del Nord Italia)

Factor	Unadjusted		Adjusted*		Adjusted&		Type III P
	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	
<b>Outcome: Sepsis</b>							
<i>Institute</i>							<.001
Public	1		1		1		
Private	0.49 (0.20, 1.19)	0.114	0.50 (0.21, 1.23)	0.134	0.61 (0.24, 1.53)	0.29	
IRCCS	0.00 (0.00, .)	0.999	0.00 (0.00, .)	1	0.00 (0.00, .)	0.999	
University	2.64 (1.73, 4.03)	<.001	2.68 (1.75, 4.11)	<.001	2.93 (1.90, 4.52)	<.001	
<b>Outcome: HAI</b>							
<i>Institute</i>							0.004
Public	1		1		1		
Private	0.56 (0.38, 0.83)	<b>0.004</b>	0.54 (0.37, 0.80)	<b>0.002</b>	0.61 (0.41, 0.91)	<b>0.015</b>	
IRCCS	0.29 (0.04, 2.05)	0.213	0.05 (0.01, 0.40)	<b>0.004</b>	0.10 (0.01, 0.70)	<b>0.021</b>	
University	0.83 (0.59, 1.15)	0.257	0.72 (0.52, 1.00)	0.052	0.69 (0.50, 0.97)	<b>0.032</b>	

\*adjusted for age, sex, and year of hospitalization; &: adjusted for age, sex, year of hospitalization, accident type, and hospitalization type; Bold values are statistically significant (P-value <0.05); OR: Odds Ratio; P: P-value; CI: Confidence Interval.

Tabella 3.7B OR dei diversi endpoint in base al tipo di struttura di ricovero derivanti dall'adattamento di un modello di regressione logistica (regioni del centro Italia)

Factor	Unadjusted		Adjusted*		Adjusted&		Type III P
	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	
<b>Outcome: Sepsis</b>							
<i>Institute</i>							0.184
<b>Public</b>	1		1		1		
<b>Private</b>	0.58 (0.21, 1.58)	0.283	0.58 (0.21, 1.59)	0.288	0.30 (0.10, 0.94)	<b>0.038</b>	
<b>IRCCS</b>	2.69 (0.85, 8.55)	0.094	2.64 (0.83, 8.39)	0.101	3.00 (0.94, 9.59)	0.064	
<b>University</b>	1.49 (0.74, 2.98)	0.264	1.46 (0.73, 2.92)	0.286	1.32 (0.65, 2.65)	0.442	
<b>Outcome: Infection</b>							
<i>Institute</i>							<.001
<b>Public</b>	1		1		1		
<b>Private</b>	1.55 (1.30, 1.85)	<b>&lt;.001</b>	1.66 (1.39, 1.98)	<b>&lt;.001</b>	2.29 (1.89, 2.77)	<b>&lt;.001</b>	
<b>IRCCS</b>	0.52 (0.26, 1.05)	0.067	0.49 (0.24, 0.99)	<b>0.046</b>	0.46 (0.23, 0.93)	<b>0.031</b>	
<b>University</b>	0.58 (0.43, 0.77)	<b>&lt;.001</b>	0.55 (0.41, 0.74)	<b>&lt;.001</b>	0.60 (0.45, 0.80)	<b>&lt;.001</b>	

\*adjusted for age, sex, and year of hospitalization; &: adjusted for age, sex, year of hospitalization, accident type, and hospitalization type; Bold values are statistically significant (P-value <0.05); OR: Odds Ratio; P: P-value; CI: Confidence Interval.

Tabella 3.7C OR dei diversi endpoint in base al tipo di struttura di ricovero derivanti dall'adattamento di un modello di regressione logistica (regioni del Sud Italia)

### 3.4.4 Relazione tra spesa per igiene e pulizia e ICA

L'analisi successiva consente di osservare una relazione (non causale) tra i volumi di spesa dedicati all'igiene di base, all'igiene complessiva e al totale dei costi di bilancio rispetto alla proporzione di infezioni che si osservano nei setting ortopedici dei diversi ospedali. Come si può vedere nella prima colonna della Tabella 3.8 i tre indici di spesa considerati sono stati dicotomizzati utilizzando la soglia osservata nelle figure precedenti. La colonna di interesse è l'ultima dove la relazione tra spesa per igiene e infezioni è aggiustata per una serie di covariate. Le covariate di aggiustamento incluse nei modelli sono state riassunte nella nota alla Tabella.

	<b>Rates<sup>§</sup> per 100 (95% CI)</b>	<b>Unadjusted RR (95% CI)</b>		<b>Adjusted RR* (95% CI)</b>	
<b>Total cost (Euros)</b>					
Less than 500k	1.45 (1.26, 1.66)	1		1	
More than 500k	0.44 (0.37, 0.53)	0.31 (0.24, 0.38)	<.001	0.30 (0.24, 0.39)	<.001
<b>Basic hygiene cost (Euros)</b>					
Less than 10k	0.86 (0.75, 0.97)				
More than 10k	0.68 (0.54, 0.84)	0.79 (0.61, 1.02)	0.066	0.69 (0.53, 0.91)	0.008
<b>Total hygiene cost (Euros)</b>					
Less than 20k	0.91 (0.79, 1.04)				
More than 20k	0.67 (0.56, 0.80)	0.74 (0.59, 0.93)	0.009	0.58 (0.45, 0.74)	<.001
<sup>§</sup> post-surgery infection					
<sup>*</sup> Adjusted for number of hospital units, number of total beds, number of surgical beds, number of ICU beds, number of infectious disease unit beds, availability of emergency unit and availability of A&E					

Tabella 3.8

Il risultato più evidente, pur con tutte le limitazioni derivanti dal tipo di dataset a disposizione (ossia dati amministrativi disponibili sulle SDO) è che per ognuno degli indici considerati, chi dedica maggiori risorse economiche all'igiene e alle pulizie ottiene anche una riduzione statisticamente significativa del tasso di infezioni postoperatorie.

Questo risultato è esattamente in linea con quanto atteso dal progetto e costituisce una prima evidenza a conferma del fatto che, oltre alle dinamiche di processo presenti nei singoli ospedali, che possono in qualche modo spiegare l'insorgenza delle infezioni correlate all'assistenza, esiste anche una maggiore probabilità di osservare un'infezione laddove la spesa per igiene è più bassa.

# Capitolo 4

## Relazione sulle implicazioni medico-legali e giudiziarie connesse a un inefficiente controllo delle infezioni correlate all'assistenza con riferimento alla giurisprudenza di merito e di cassazione

### Introduzione<sup>1</sup>

Il tema delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) presenta notevoli profili di complessità, tanto in ambito medico-legale quanto in ambito giuridico. Può essere infatti molto difficile individuare la causa specifica e, conseguentemente, l'antecedente causale di un'infezione e, soprattutto nei soggetti fragili (tra cui anziani, immunodepressi, neonati), ancor più difficile è la distinzione tra gli esiti connessi all'infezione e quelli dovuti alle preesistenze patologiche del paziente. A ciò si aggiunga che il rischio di contrarre infezioni in ragione di un rapporto clinico-assistenziale non può essere azzerato anche con le migliori prassi di prevenzione e che è in aumento il problema dell'antimicrobico resistenza, ossia del fenomeno che rende inefficaci i farmaci utilizzati per uccidere i microrganismi patogeni, fatto che determina ogni anno decine di migliaia di morti (circa 50.000 decessi solo in Europa e negli USA), secondo il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020<sup>2</sup> che sottolinea in proposito l'importanza della prevenzione.

Tutti i tipi di farmaci antimicrobici (antibiotici, antifungini, antivirali, antiparassitari), originariamente creati e risultati efficaci per curare le infezioni, possono infatti, nel tempo, perdere di efficacia terapeutica rendendo impossibile la cura dei malati infetti, in relazione all'uso improprio che si fa attualmente di questi in ambito sanitario (sia umano che veterinario) e in ragione di una evoluzione del microrganismo stesso che impara ad adattarsi a un ambiente ostile per sopravvivere. Si parla in proposito di meccanismo di competizione biologica. Poiché, infatti, gli antimicrobici sono molecole naturali prodotte da alcuni microbi per difendersi da altri microbi presenti in natura, per ogni antimicrobico di origine naturale esiste già un meccanismo di resistenza presente in natura. L'introduzione degli antimicrobici, soprattutto antibiotici, in ambito clinico, genera allora una pressione selettiva favorendo la selezione di microrganismi resistenti, che sta assumendo proporzioni incontrollabili.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>3</sup>, questa è una delle maggiori minacce

<sup>1</sup> Il capitolo è a cura di Fidelity Cascini. Indagine svolta a completamento del progetto della Fondazione per la Sussidiarietà intitolato "Le infezioni correlate all'assistenza: studio etilogico dei patogeni e delle sepsi, loro distribuzione territoriale, valutazione dei fattori e dei costi correlati".

<sup>2</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2660](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2660)

<sup>3</sup> WHO. Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014, <http://apps.who.int/iris/>

per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno. L'impatto epidemiologico è legato all'incremento della morbosità e della mortalità connesse alle infezioni causate da batteri antibiotico-resistenti che, in assenza di interventi tempestivi e validi, secondo alcune stime<sup>4</sup>, potrebbe aumentare nei prossimi anni, fino a causare nel 2050 la morte di 10 milioni di persone all'anno. La presenza di infezioni correlate all'assistenza caratterizzate da antimicrobico resistenza ha inoltre conseguenze dirette sul piano economico, non solo legate alla perdita di vite e di giornate lavorative, ma anche a causa di un maggiore utilizzo di risorse sanitarie per il prolungamento delle degenze, il maggiore utilizzo di procedure diagnostiche, nonché la ricerca di preparazioni antimicrobiche diverse e spesso più costose per arrivare a essere efficaci.

Tutto ciò ha, inevitabilmente, effetti anche in ambito medico-legale e giuridico, in considerazione sia della diffusione del contenzioso in materia, sia (soprattutto) delle problematiche relative alla ripartizione dell'onere probatorio tra paziente e struttura, nonché del conseguente accertamento della responsabilità. Nell'ambito delle ICA trovano applicazione – in assenza di regole speciali – i criteri generali per l'accertamento della responsabilità sanitaria. Pertanto, in primo luogo, va accertata la sussistenza di una relazione causale tra la prestazione sanitaria e l'infezione (che solo in caso positivo può dirsi “nosocomiale”); successivamente, va verificato se la condotta della struttura ospedaliera presenti profili di colpa causalmente ricollegabili al contagio, ovvero se quest'ultimo dipenda da una circostanza non imputabile.

Sotto il profilo medico-legale, caratteristica prioritaria è che l'infezione debba essere cronologicamente riconducibile a un ricovero anche se, da un punto di vista causale, assume maggiore rilevanza la tipologia del patogeno interessato, comprendendo il termine ICA varie entità nosologiche. Il fatto che l'infezione si sia manifestata dopo la dimissione non esclude, infatti, la sua origine ospedaliera, come risulta dalla definizione di infezione riportata dall'Istituto Superiore di Sanità<sup>5</sup>:

“Si definiscono così, infatti, le infezioni sorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente né erano in incubazione...”. (Tribunale di Siena, sentenza n. 1199/2017).

“Infezioni insorte nel corso di un ricovero ospedaliero, non manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ingresso e che si rendono evidenti 48 ore o più dal ricovero e le infezioni successive alla dimissione, ma casualmente riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione, al ricovero medesimo” (Corte d'Appello di Catanzaro, sentenza n. 1446/2018).

---

bitstream/10665/112642/1/9789241564748\_eng.pdf?ua=1

4 Jim O'Neill, Wellcome Trust and UK Government, *Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations*, in *The Review on Antimicrobial Resistance*, December 2014: [https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations\\_1.pdf](https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf)

5 <https://www.epicentro.iss.it/infezioni-correlate/>

“Tutte le infezioni riconducibili a tutti i momenti assistenziali della pratica clinica, anche non strettamente ospedalieri, infezioni che per essere definite tali, devono essere insorte in un paziente ricoverato nell’ambito della rete di sorveglianza che al momento dell’ammissione al ricovero non presentava segni di una infezione o di una sua incubazione o l’agente eziologico e le modalità di trasmissione, nonché il periodo di incubazione, devono essere compatibili con l’intervallo di tempo intercorso tra l’esposizione all’agente responsabile e la comparsa della malattia”. (Tribunale di Palermo, sentenza n.5124/2017).

Le peculiarità del fenomeno infettivo rendono, d’altronde, la prova liberatoria a carico della struttura sanitaria particolarmente complessa; è importante, allora, chiarire quando la condotta della struttura possa effettivamente portare a un’esclusione della responsabilità e, correlativamente, cosa debba essere provato.

A tal fine, è opportuno passare in rassegna alcune significative sentenze che si sono occupate del tema, allo scopo di orientare operatori sanitari e manager della sanità impegnati nella definizione delle proprie prassi interne a tener conto della attuale situazione. Occorre rilevare che la prova del corretto adempimento della prestazione che l’organizzazione sanitaria è chiamata a esibire, deve interessare due aspetti: il primo riguardante l’adozione di tutte le cautele previste dalle *leges artis* per prevenire l’insorgenza di patologie infettive correlate all’assistenza; il secondo consistente nella prescrizione di un trattamento terapeutico adeguato in seguito al contagio. La prova liberatoria deve, cioè, considerare attentamente le circostanze del caso, fornendo esempi specifici delle cautele in concreto adottate (esempi che devono emergere anche dalla cartella clinica), non bastando una prova generica e decontestualizzata rispetto alla fattispecie in questione (quale, appunto, l’adozione di protocolli in materia di prevenzione, disinfezione, sterilizzazione e lo svolgimento di verifiche a campione della disinfestazione).

## 4.1 La rassegna della giurisprudenza

### Cassazione civile

La giurisprudenza consolidata della Corte di Cassazione è orientata nel senso di richiedere al paziente la sola dimostrazione di avere avuto un contatto con una determinata struttura sanitaria per un trattamento astrattamente idoneo a determinare un’infezione nosocomiale, o più in generale un’infezione correlata all’assistenza, e i suoi postumi e la prova del danno in seguito alla permanenza in quella determinata struttura.

Alla struttura sanitaria spetta, invece, dimostrare la diligenza del suo operato e dei propri operatori, la speciale difficoltà dell’intervento, l’imprevedibilità di un determinato evento e che questo si sia verificato per cause di forza maggiore, indipendenti dal suo comportamento, ovvero la mancanza di nesso di causa tra evento e operato dell’ospedale/struttura sanitaria.

Cassazione civile sez. VI, 02/09/2019, n.21939: In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare – secondo il criterio del “più probabile che non” – l'esistenza del nesso causale tra l'azione o l'omissione dei sanitari e l'evento di danno (aggravamento della patologia esistente o insorgenza di una nuova malattia).

Sent. cass. 8 aprile 2020 n. 7760: Nel processo civile vige il principio del “più probabile che non”: “In tema di responsabilità civile la verifica del nesso causale tra la condotta omissiva e il fatto dannoso consiste nell'accertamento della probabilità, positiva o negativa, che la condotta omissa, se si fosse tenuta, avrebbe evitato il rischio specifico di danno; accertamento da compiersi secondo un giudizio controfattuale. Il giudizio, che opera sostituendo l'omissione con il comportamento dovuto, deve compiersi secondo il criterio del ‘più probabile che non’, conformandosi a uno standard ‘...di certezza probabilistica’ (che) in materia civile non può essere 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 va verificata 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)”.

Cassazione civile sez. III, n. 6386/2023: Il criterio da adottare nelle valutazioni del nesso di causalità non è quello della “certezza del rapporto causa-effetto” ma “il modello di ricostruzione del nesso causale fondato sul giudizio di probabilità logica, o del più probabile che non, da utilizzare al fine di verificare la sussistenza del nesso causale tra condotta ed evento danno. Alla stregua di tale criterio, occorre verificare, sulla base di un ragionamento ipotetico di natura controfattuale, la rilevanza eziologica dell'omissione, per cui occorre stabilire se il comportamento doveroso che la struttura avrebbe dovuto tenere sarebbe stato in grado di impedire o meno l'evento lesivo, secondo un criterio appunto probabilistico e tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto nella loro irripetibile singolarità – giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa), ma soprattutto all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica). (v. Cass n. 21530 del 2021).

Cassazione civile sez. III, 10 dicembre 2012, n. 22379: “Allorché venga accertata la natura nosocomiale di una infezione per la presenza di un batterio nell'ambiente ospedaliero, la responsabilità è da imputarsi alla struttura ospedaliera”.

Cassazione civile sez. III, 26/07/2017, n.18392: In tema di responsabilità contrattuale

della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile e inevitabile con l'ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla vedova di un paziente deceduto, per arresto cardiaco, in seguito a un intervento chirurgico di asportazione della prostata cui era seguita un'emorragia, sul rilievo che la mancata dimostrazione, da parte dell'attrice, della riconducibilità eziologica dell'arresto cardiaco all'intervento chirurgico e all'emorragia insorta, escludeva in radice la configurabilità di un onere probatorio in capo alla struttura). (conf. 29853/2018, 9853/2018, 27455/2018, 27449/2018, 27447/2018, 27446/2018, 26700/2018, 20812/2018, 22278/2018, 20905/2018, 19204/2018, 19199/2018, 18549/2018, 18540/2018, 5641/2018, 3704/2018, 3698/2018, 29315/2017, 26824/2017).

Cassazione civile sez. III, n. 28991 dell'11 novembre 2019: Sentenza del cosiddetto “decalogo di San Martino 2019”, sulla base della quale: “In tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno-evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione” (conf., Cass. civ., 23 ottobre 2018, n. 26700; Cass. civ., 15 febbraio 2018, n. 3704; Cass. civ., 7 dicembre 2017, n. 29315; Cass. civ., 26 luglio 2017, n. 18392).

Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n.28992: Ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile e inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione.

Cassazione Sez. III, n. 11599 del 15 giugno 2020: Sul nesso di causalità materiale in materia di infezioni, decisione conforme al principio di diritto della sent. 28991/2019: “A fronte della prova del nesso di causalità fornita correttamente dalla paziente, la semplice produzione, da parte della struttura sanitaria, dei protocolli ospedalieri per le medicazioni in fase post-operatoria è ritenuta, quindi, insufficiente”.

Ordinanza della Cassazione, n. 17696 del 25 agosto 2020: In tema di responsabilità della struttura ospedaliera, in relazione al decesso di una paziente avente come causa finale uno shock settico, tuttavia, l’evento non avrebbe avuto inizio se non ci fosse stata un’infezione da stafilococco aureo inclusa espressamente dalla stessa CTU “tra le concause della morte” della paziente: in mancanza dell’infezione originaria, la sopravvivenza della paziente agli esiti della caduta accidentale sarebbe stata “più probabile che non”. “L’insorgenza di un’infezione del genere non può considerarsi un fatto né eccezionale né difficilmente prevedibile. E l’onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è, ovviamente, a carico della struttura.” Pertanto, la Cassazione rileva che, a seguito del ricovero della paziente, gravavano sulla struttura sanitaria una serie di obbligazioni di natura contrattuale e tra queste, “pacificamente [...] anche l’obbligazione di garantire l’assoluta sterilità non soltanto dell’attrezzatura chirurgica ma anche dell’intero ambiente operatorio nel quale l’intervento ha luogo. La responsabilità della struttura sanitaria per il fatto degli ausiliari di cui si avvale si estende dunque alla condotta di tutti gli operatori chiamati a dare il proprio contributo all’operatività della struttura stessa. Se non risulta prospettata la possibilità che l’infezione possa avere un’origine diversa da quella nosocomiale, secondo la Cassazione, infatti, deve darsi per accertata, anche se in via presuntiva, la dimostrazione da parte dei danneggiati che il contagio sia avvenuto in ospedale. Ciò che rileva, a tal proposito, è che l’Azienda ospedaliera dimostri la regolarità dell’operato dei suoi ausiliari, anche in relazione alle operazioni di sterilizzazione dell’ambiente operatorio. Alla luce della giurisprudenza suindicata, infatti, una volta dimostrata, da parte del danneggiato, la sussistenza del nesso di causalità tra l’insorgere (in questo caso) della malattia e il ricovero, era onere della struttura sanitaria provare l’inesistenza di quel nesso (ad esempio, dimostrando l’assoluta correttezza dell’attività di sterilizzazione) ovvero l’inesistenza di un fattore esterno che rendeva impossibile quell’adempimento ai sensi dell’art. 1218 del codice civile.

Cassazione civile sez. III, 23/02/2021, n.4864: In applicazione dei principi sul riparto dell’onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria elaborati dalla Suprema Corte, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l’aggravamento della situazione patologica (o l’insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la

prestazione o la prova della causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare di: 1) aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico.

Cassazione civile sez. III, n. 6386/2023: In caso di infezioni nosocomiali “ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il *criterio temporale* – e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale – il *criterio topografico* – *i.e.* l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. ‘probabilità prevalente’ – e il *criterio clinico* – volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare”. La sentenza specifica poi gli oneri probatori gravanti sulla struttura, sui soggetti apicali, e fornisce indicazioni al medico legale per la sua indagine.

### **Cassazione Penale**

Cass. pen. sez. IV, n. 33770/2017: Le infezioni nosocomiali non sono sempre idonee a interrompere il nesso con la prima causa, in quanto considerate eventi prevedibili ed evitabili, perché tipiche conseguenze della permanenza all'interno della struttura. Valutazione dei casi specifici

Sez. 4, Sentenza n. 25689 del 03/05/2016, Rv. 267374 – 01 (Annulla senza rinvio, App. Torino, 22/01/2014): È configurabile l'interruzione del nesso causale tra condotta ed evento quando la causa sopravvenuta innesca un rischio nuovo e incommensurabile, del tutto incongruo rispetto al rischio originario attivato dalla prima condotta. (Nella fattispecie, la S.C. ha ritenuto immune da censure la decisione che aveva affermato la sussistenza del nesso causale tra l'errore chirurgico originario, che aveva ridotto la paziente in coma profondo, e il decesso della medesima per setticemia contratta durante il lungo ricovero presso l'unità di terapia intensiva, rilevando come l' “infezione nosocomiale” sia uno dei rischi tipici e prevedibili da tener in conto nei casi di non breve permanenza nei reparti di terapia intensiva, ove lo sviluppo dei processi infettivi è tutt'altro che infrequente in ragione delle condizioni di grave defedazione fisica dei pazienti).

Massime precedenti Conformi: N. 43168 del 2013 Rv. 258085 - 01, N. 17804 del 2015 Rv. 263581 - 01, N. 33329 del 2015 Rv. 264365 - 01, N. 15493 del 2016 Rv. 266786 - 01

### **Tribunale di Merito**

Tribunale Agrigento, 02/03/2016, n.370: in un caso di infezione nosocomiale contratta

ta in occasione di interventi chirurgici per il trattamento di una frattura al piede. In particolare, il Giudice ha rilevato la corretta somministrazione della terapia antibiotica e della profilassi pre e post operatoria, ma ha ritenuto che mancasse la prova sia della preesistenza dell'infezione sia dell'efficace asepsi della strumentazione chirurgica e degli ambienti ospedalieri; e ciò nonostante nella struttura ospedaliera fosse presente uno specifico organismo di gestione e controllo delle infezioni ospedaliere e una convenzione con l'Istituto di Igiene della facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Palermo, per la consulenza e il controllo delle infezioni ospedaliere e il monitoraggio ambientale delle aree a rischio infettivo.

Tribunale di Milano, sentenza n. 1007 del 5 febbraio 2020: In mancanza di prova in ordine alla effettiva sterilità dei locali in cui fu eseguito l'intervento e della strumentazione utilizzata, così come in ordine ai protocolli adottati per la prevenzione di infezioni ospedaliere ed alle verifiche e precauzioni adottate a tal fine, sia la struttura sia i medici vanno considerati responsabili per l'infezione nosocomiale contratta dal paziente. Le indagini tecniche svolte nel procedimento hanno confermato che la presenza di *Escherichia Coli* fosse "assai probabilmente" riconducibile a inquinamento perioperatorio, in quanto "nessuna prova è stata offerta in ordine alla effettiva sterilità dei locali in cui fu eseguito l'intervento e della strumentazione utilizzata [...] i convenuti non hanno fornito indicazione alcuna in ordine ai protocolli adottati per la prevenzione di infezioni ospedaliere, né i medici convenuti – entrambi operatori nell'intervento *de quo* e dunque tenuti a operare con la dovuta prudenza e diligenza – hanno dato atto delle verifiche e precauzioni adottate a tal fine".

Tribunale di Milano, sez. I, ord. 9 aprile 2019, n. 2728: In relazione a un'infezione occorsa all'esito di un intervento chirurgico agli arti inferiori per un problema settico che ha comportato la necessità di ulteriori interventi. Il Tribunale – a fronte di una CTU che ha affermato la sicura natura nosocomiale dell'infezione, pur nell'incertezza in ordine alla sua specifica causa – ha ritenuto che le prove fornite dalla struttura sanitaria non fossero idonee a escludere la colpa della stessa nella determinazione dei danni. Invero, nonostante la convenuta abbia genericamente dimostrato di aver adottato linee guida e protocolli diretti a evitare le infezioni nosocomiali, è mancata la prova che, nel caso specifico, tali protocolli siano stati scrupolosamente osservati, in quanto dalla cartella clinica e dalla check list preoperatoria non è emerso il rispetto di tutte le attività di prevenzione.

Tribunale di Roma, Sez. XIII, con sentenza pronunciata nel procedimento R.G. n. 34214-2012 e pubblicata in data 27-09-2018: Le infezioni ospedaliere non sono colpa di chi ha curato il paziente, ma della struttura dove è stato curato: il tribunale ha condannato un'azienda ospedaliera a risarcire un paziente per aver contratto durante un ricovero e

come conseguenza di questo, un'infezione che lo aveva costretto a sottoporsi a ulteriori interventi chirurgici. Il nosocomio è quindi responsabile se non può dimostrare di aver fatto tutto il necessario per evitarle e l'azienda va condannata a risarcire il paziente. Linee guida e protocolli sono inutili se non si vigila "quotidianamente, nei modi possibili e fattibili, sull'applicazione di esse sul campo, cosa che avviene di rado". Nel caso in esame il paziente non si lamentava dell'intervento, ma dell'infezione ospedaliera per la quale chiedeva un risarcimento e l'ospedale si costituiva contestando la domanda ed evidenziando che al paziente erano state somministrate le migliori terapie per debellare l'infezione insorta, mentre non c'era nessuna correlazione con l'infezione insorta e diagnosticata e l'operazione. Una prima perizia rilevava il nesso causale tra l'intervento e l'infezione della ferita da considerarsi a tutti gli effetti ospedaliera, tuttavia, reputava che l'infezione non fosse attribuibile a malpractice medica quanto a carenze strutturali e organizzative dell'ospedale. Il giudice disponeva una nuova consulenza secondo la quale: - non c'erano dubbi che il batterio fosse di origine ospedaliera; - il contagio presupponeva una qualche carenza, una deficienza di attenzione e di messa in opera in ordine alle procedure di sanificazione e di asetticità che devono costantemente garantire la sicurezza del paziente contro i contagi da infezioni nella struttura ospedaliera. Una volta accertato quindi che il paziente abbia contratto l'infezione, si legge nella sentenza, "in virtù dei principi che regolano l'onere della prova, in materia contrattuale non vi può essere alcun dubbio che incombe alla struttura ospedaliera provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta sanificazione ambientale, al fine di evitare la contaminazione. In altre parole l'AO doveva fornire la prova che l'evento dannoso (contagio) non rientra tra le complicanze prevedibili ed evitabili. Qual è il modo di adempiere a tale prova negativa? Quello di fornire la prova positiva di aver fatto tutto quanto la scienza del settore ha finora escogitato per evitare o quanto meno ridurre al massimo il rischio di contaminazione e di diffusione del contagio". (Conf. ad es., Trib. Roma, sez. XIII, n. 22130 del 2017; Trib. Roma, n. 14729 del 2017).

Trib. Roma, sez. XIII, n. 37466/2012: In cui la struttura sanitaria non ha fornito prove dell'adozione nel caso specifico degli strumenti di prevenzione atti a evitare potenziali infezioni in tutta la fase di permanenza presso la struttura ospedaliera, fornendo peraltro solo indicazioni e schede del tutto generiche, non in grado di dimostrare una specifica e puntuale opera di sanificazione volta alla riduzione del rischio e in linea con lo stato di conoscenze nel settore.

Corte Appello Venezia, sez. IV, 12 giugno 2017, n. 1233: "In linea di fatto, non è contestato che l'appellante si sia sottoposto a operazione di artroprotesi al ginocchio sinistro in conseguenza delle lesioni all'articolazione subite in occasione dell'incidente stradale. Sussiste nesso causale tra il fatto illecito e l'ulteriore evento lesivo, rappresentato dalla sepsi,

sviluppatasi a causa dell’impianto protesico e perciò di origine nosocomiale, che non può considerarsi evenienza eccezionale e atipica, tale da integrare causa sopravvenuta autonoma e imprevedibile, atta a escludere il nesso causale, ai sensi e per gli effetti dell’art. 41, comma 2, c.p. Non rileverebbe in senso opposto, ove anche dimostrata, l’eventuale imperizia o negligenza da parte dei sanitari, che abbia causato o favorito l’insorgenza della sepsi poiché la colpa del sanitario, ancorché grave, non può ritenersi causa autonoma e indipendente rispetto al comportamento dell’autore dell’illecito”.

Tribunale Taranto, sent. n.2241/2019: Nel caso di specie, il Tribunale ha evidenziato come il Giudicante ha evidenziato che nella fattispecie l’Asl non avesse dimostrato l’“osservanza dei protocolli universalmente riconosciuti come efficaci per la prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero, dalla quale soltanto può discendere la non riconducibilità della complicità infettiva a condotte positivamente riferibili alla struttura sanitaria”.

Tribunale Bologna, 13 ottobre 2017, n. 2231: Concernente un caso di artroprotesi del ginocchio con conseguente infezione, che ha comportato la rimozione della protesi e il reimpianto della stessa in due differenti interventi chirurgici. Il Tribunale, facendo proprie le considerazioni dei consulenti tecnici, ha rilevato la difficoltà dell’accertamento del nesso causale in relazione ai fenomeni infettivi (che possono essere determinati da innumerevoli momenti produttivi), ma contemporaneamente ha individuato una serie di indici tali da far ritenere, nel caso di specie, altamente probabile la relazione causale e l’effettiva contaminazione del sito chirurgico. È emersa, nella fattispecie, una condotta negligente della struttura che ha permesso di affermare che le pratiche di medicazione della ferita chirurgica non siano avvenute in condizioni di totale asetticità e, dunque, pur essendo astrattamente vero che non è possibile elidere completamente il rischio di infezioni anche nel più rigoroso rispetto delle regole di asepsi, le condizioni in cui è avvenuto l’intervento hanno reso altamente probabile l’imputabilità del contagio alla condotta dei sanitari.

Trib. Bari, sent. 10 marzo 2009, n. 827: Ha ritenuto responsabile la struttura ospedaliera per il danno biologico riportato da una paziente che, sottoposta a un intervento di cataratta all’occhio destro, ha contratto un’endofthalmitis da *Pseudomonas aeruginosa* con conseguente enucleazione bulbare e sostituzione protesica. Il riconoscimento della responsabilità della struttura si è fondato sulla mancata dimostrazione della preesistenza dell’infezione nella paziente, sull’accertata natura nosocomiale dell’infezione nonché sulla “mancata dimostrazione della, non già effettiva, bensì efficace sterilizzazione delle attrezzature”.

Trib. Genova n.1456/2017: In cui si afferma che il rischio di contrarre infezioni ospedaliere non possa essere posto a carico del paziente, configurando così una sorta di roulette russa a danno di chi si reca presso tali strutture proprio per farsi curare.

Trib. Genova, n. 9924/2014: In cui la struttura sanitaria è stata condannata anche in virtù di deficit e carenze sugli specifici documenti in tema di sterilizzazione e disinfezione degli ambienti, mancando inoltre le linee guida della Direzione Sanitaria e del Comitato infezioni ospedaliere circa l'infezione *de qua*.

Trib. Latina, sez. II, 28 settembre 2020, n. 1757: In forza del contratto atipico di ospedalità e di assistenza sanitaria la struttura sia tenuta a tenere i corretti comportamenti di prevenzione del rischio infettivo, adatti a ciascun caso concreto.

Corte appello, Genova, sez. II, 24/11/2021, n. 1194: L'ente ospedaliero è tenuto, una volta che il paziente è stato ricoverato, ad adottare un modello organizzativo e di prevenzione finalizzato a evitare, o perlomeno ridurre, il rischio di insorgenza di infezioni di tipo nosocomiale, per tutta la durata del ricovero e ad apprestare cure e trattamenti terapeutici adeguati al contagio; all'ente, quindi, spetta dimostrare di aver adottato e rispettato tutte le procedure per una adeguata asepsi (misure di prevenzione e di profilassi), così da far escludere la sussistenza di alcun profilo di colpa e ricondurre l'infezione all'interno di quella percentuale di casi non evitabili e rientranti nel c.d. rischio consentito.

Corte appello, Napoli, sez. VII, 28/01/2020, n. 350: Incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'insorgenza di una nuova malattia e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile e inevitabile con l'ordinaria diligenza (fattispecie in tema di responsabilità della struttura sanitaria per infezione nosocomiale contratta durante intervento chirurgico).

## **4.2 Considerazioni conclusive**

La rassegna giurisprudenziale dimostra che in materia di ICA, la struttura ospedaliera convenuta può essere esonerata da responsabilità se è in grado di fornire un'adeguata prova liberatoria, sicuramente difficile ma pur sempre possibile. Nel caso in cui tale prova dovesse riuscire, le conseguenze pregiudizievoli dell'infezione dovrebbero ricadere interamente sul paziente e/o suoi eredi, attori nel giudizio (e a stretto rigore, anche le spese

processuali), sebbene possa essere appurato che il contagio sia avvenuto in occasione del trattamento sanitario. Tuttavia, ragioni di giustizia sostanziale unite alle difficoltà probatorie, hanno indotto alcuni Tribunali ad applicare grossolanamente un regime di responsabilità – di fatto – oggettivo, per cui, all'accertamento del nesso causale tra trattamento sanitario e infezione, consegue direttamente (e indipendentemente dal comportamento virtuoso o meno della struttura) l'affermazione della responsabilità. Tale approccio, seppur comprensibile viste le reali problematiche che si pongono in quest'ambito, non è tuttavia giustificato in assenza di un regime di responsabilità di tipo oggettivo.

Parte della dottrina e della giurisprudenza continuano inoltre a interrogarsi sull'efficacia della responsabilità civile in ambito sanitario, in relazione sia alla sua funzione di *deterrence* che di *compensation*.

Il modello della responsabilità civile – pur presentando oggettive difficoltà, legate soprattutto alle peculiarità del settore sanitario, in generale, e di quello infettivo, in particolare – può svolgere un'importante funzione deterrente, sollecitando un controllo *bottom up* da parte non solo dei fruitori delle prestazioni ma anche dello stesso personale medico, che dovrebbe attivarsi per denunciare le carenze della struttura e per sensibilizzare gli organi direttivi sui programmi di prevenzione. Le strutture ospedaliere dovrebbero essere più attente al tema della prevenzione delle infezioni nosocomiali, promuovendo l'istituzione di organismi interni di qualità e l'applicazione di protocolli in tema di igiene ospedaliera; ciò, come si è detto, non è sufficiente per andare esenti da responsabilità, ma rappresenta sicuramente un importante punto di partenza.

La soluzione migliore pare, allora, quella della responsabilità civile, con la facoltà per la struttura convenuta di fornire la prova liberatoria, prova che deve essere specifica ed effettivamente idonea, ma pur sempre concretamente possibile; laddove, poi, la struttura riesca a soddisfare il proprio onere probatorio, allora sì che il danno subito in conseguenza dell'infezione nosocomiale potrebbe essere indennizzato da un fondo statale *ad hoc*, in ossequio al compito dello Stato di tutelare la salute dei consociati (art. 32 Cost.) e del principio sancito nell'art. 1 della legge n. 24/2017<sup>6</sup>. Questo fondo statale – analogo a quello istituito dalla l. n. 210/1992 a favore dei soggetti passivi di esiti permanenti a seguito di vaccinazioni obbligatorie e contagi da somministrazione di sangue ed emoderivati – avrebbe, così, natura sussidiaria, operando limitatamente alle ipotesi in cui l'ente ospedaliero riesca a provare la non imputabilità dell'evento.

Di valore superiore rispetto alla soluzione riparativa del danno, sia essa risarcitoria o indennitaria, resta la strategia della prevenzione del danno mediante la gestione del rischio. La Legge 24/2017 sulla sicurezza delle cure ha, non a caso, richiamato l'attenzione sull'importanza di consolidare, a livello istituzionale nazionale, l'attività di promulgazione di linee guida basate sull'evidenza scientifica e raccolte in raccomandazioni, al fine di

---

6 M. Vanini, *La prova liberatoria nella responsabilità da infezioni nosocomiali. Onere di allegazione e prova del danno patrimoniale e non patrimoniale*, [www.ridare.it](http://www.ridare.it), 4 novembre 2019.

meglio indirizzare le attività sanitarie di prevenzione, che interessano tra gli altri ambiti anche quello delle ICA. L'esercizio normativo ha aperto la prospettiva della valorizzazione delle evidenze scientifiche mediante linee guida e della condivisione delle buone pratiche. In questo quadro s'inseriscono anche le raccomandazioni nazionali attualmente disponibili su sanificazione e disinfezione degli ambienti sanitari che, già disponibili<sup>7,8</sup>, attendono solo di essere diffusamente applicate. L'evoluzione delle conoscenze scientifiche in materia di tecniche e prodotti per la disinfezione, consentirà poi l'aggiornamento di queste raccomandazioni alla luce di emergenti scoperte scientifiche di settore<sup>9</sup>.

---

7 Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (a cura di), *Linea Guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*, 2018. Disponibile sul sito: ANMDO, <https://www.anmdo.org/wp-content/uploads/2019/01/libro-uno-finzi-1.pdf>

8 *Linee di indirizzo sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza*, disponibile sul sito: <https://www.anmdo.org/wp-content/uploads/2019/01/libro-uno-finzi-1.pdf>

9 G.E. Calabrò, E. Caselli, C. Rognoni, P. Laurenti, U. Moscato, M.L. Di Pietro, M.R. Gualano, F. Cascini, F. D'Ambrosio, F. Pattavina, S. Vincenti, A. Maida, R. Mancini, S. Martinelli, C. Amantea, V.F. Corona, A. Daniele, A. Paladini, M.F. Rossi, E. La Gatta, L. Petrella, V. Puleo, R. Tarricone, W. Ricciardi, *Valutazione di Health Technology Assessment del sistema di sanificazione biologico a base di probiotici del genere Bacillus (PCHS) [Health Technology Assessment of the Probiotic Cleaning Hygiene System (PCHS)]*, in *J Prev Med Hyg.*, 16 novembre 2022, 63(3 Suppl 1): E1-E123. Italian. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.3s1. PMID: 36819908; PMCID: PMC9910312.

# Capitolo 5

## Conclusioni

Il report presentato riassume i principali risultati della ricerca commissionata da ONBSI alla Fondazione per la Sussidiarietà e svolta in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Questo studio ha evidenziato due aspetti rilevanti: innanzitutto la disponibilità di un dato a livello nazionale, che ha consentito di poter svolgere il progetto basandosi su tutti i bilanci delle aziende pubbliche operanti sul territorio nazionale, attraverso un dato amministrativo regolarmente fornito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Questa prima rilevanza risulta essenziale perché la disponibilità di dati pubblici di tipo amministrativo consente a priori di ipotizzare un sistema di monitoraggio nel tempo sull'andamento del fenomeno analizzato. Infatti, questo consente di superare la necessità di una survey da sottoporre agli ospedali, che comporterebbe, peraltro, il rischio di un dato approssimativo se non distorto e quindi un bias all'origine che potrebbe condurre a risultati inconsistenti.

Secondariamente, le analisi svolte hanno confermato le ipotesi di partenza, vale a dire come la spesa sanitaria per igiene e pulizie negli ospedali pubblici italiani, aggiustata per opportune caratteristiche degli ospedali stessi, sia in contrazione. Da questo punto di vista è ipotizzabile che l'avvento del Covid-19 nel 2020 abbia invece dato impulso a una maggiore spesa, resasi necessaria per garantire una sanificazione degli ambienti ospedalieri al fine di ridurre i rischi di contrarre la malattia sia per i degenti sia per il personale. Sarebbe quindi interessante un'analisi di confronto tra gli anni pre Covid-19 con gli anni 2020 e 2021 e osservare successivamente il 2022 e il 2023 per capire come un possibile effetto Covid-19 sia divenuto un fattore di stimolo per un rialzo degli investimenti ospedalieri in igiene e pulizie.

In ogni caso il dato più rilevante che emerge dalle nostre analisi è una scarsa correlazione tra le spese a bilancio dedicate all'igiene e alle pulizie e le caratteristiche ospedaliere direttamente collegabili a un maggiore rischio di ICA. Questo dato rimarca la necessità per le aziende ospedaliere di valutare quanto l'allocazione di risorse sia direttamente correlata al loro rischio intrinseco di incidenza delle ICA, non solo per il principale rischio che queste implicano per i pazienti, ma anche per una mera questione di opportunità legata alla perdita di risorse economiche che le ICA comportano.

Infine, un risultato rilevante riguarda anche l'analisi dei costi sociali. Abbiamo, infatti, osservato come le aziende ospedaliere che investono maggiormente in igiene e pulizie sono anche quelle che riducono l'incidenza sia della mortalità sia dell'eccesso di giornate di degenza. Questo conferma come le spese a bilancio per igiene e pulizie risultino al contempo un fattore che migliora l'efficacia e l'efficienza ospedaliera.



# Appendice

Questa appendice alla ricerca include molteplici analisi di dettaglio che, incluse direttamente nel testo, ne avrebbero appesantito la lettura. In questo modo, il lettore ha l'opportunità di conoscere ulteriori elementi a supporto delle analisi sviluppate, laddove lo ritenga di proprio interesse.

Nell'Appendice A (Analisi per dimensione) abbiamo sviluppato le analisi descrittive già ampiamente dibattute nel corpo della ricerca, attraverso una distinzione per dimensione, considerando ospedali piccoli, medi e grandi. L'analisi per dimensione è certamente rilevante, così come molta letteratura scientifica ha evidenziato; infatti, la dimensione è spesso legata alla qualità e, in particolare, alla capacità di un utilizzo più efficiente dei fattori di input per la produzione degli output.

Allo stesso modo le appendici B (Aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni), C (Aziende ospedaliere di Medie Dimensioni) e D (Aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni) dettagliano un'analisi grafica per dimensione ospedaliera.

L'appendice E (Approfondimenti analisi SDO) include alcune analisi aggiuntive rispetto al Capitolo 4.

L'appendice F (Robustezza del modello sui costi sociali) presenta alcuni check di robustezza dei modelli presentati nelle analisi sui costi sociali.

E infine l'appendice G include un breve cappello metodologico che serve a illustrare quanto applicato in termini statistici ed econometrici nei modelli descritti nel report.

## Appendice A. Analisi per dimensione

Dimensioni	Media	Dev. St.	p5	p95
<b>Piccole Dimensioni</b>				
B.1) Acquisti di beni	44,369	30,291	8,593	95,806
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	866	641	166	2,127
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	142	170	1	436
B.2) Acquisti di servizi	151,974	188,338	6,533	580,325
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	17,093	8,516	4,326	32,955
Pulizia	2,620	1,432	627	5,349
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	416	361	78	1,100
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	167	139	12	457
B.5) Personale del ruolo sanitario	62,081	30,289	12,040	110,214
Costi totali	293,605	235,503	49,759	840,289
Igiene di base	2,761	1,472	687	5,437
Igiene allargata	3,177	1,640	893	6,338
<b>Medie Dimensioni</b>				
B.1) Acquisti di beni	86,426	60,384	34,263	189,772
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	1,605	1,003	382	3,524
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	246	220	11	625
B.2) Acquisti di servizi	333,862	394,334	26,927	1136714
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	31,339	13,454	15,347	51,718
Pulizia	5,166	2,582	2,005	9,871
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	792	502	308	1,806
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	240	163	38	576
B.5) Personale del ruolo sanitario	126,043	45,198	64,847	218,736
Costi totali	611,663	499,918	187,096	1680485
Igiene di base	5,416	2,568	2,226	10,120
Igiene allargata	6,213	2,674	2,625	11,047
<b>Grandi Dimensioni</b>				
B.1) Acquisti di beni	160,659	91,421	71,764	388,365
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	3,170	2,692	591	8,055
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	512	486	59	1,334
B.2) Acquisti di servizi	410,770	463,978	46,683	1364815
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	56,510	27,149	23,830	103,264
Pulizia	9,782	6,201	3,642	22,707
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	1,691	1,092	594	3,657
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	594	599	88	2,078
B.5) Personale del ruolo sanitario	216,326	123,859	111,898	550,470
Costi totali	905,850	690,355	295,083	2470776
Igiene di base	10,294	6,320	3,922	23,203
Igiene allargata	11,985	6,926	5,011	26,110

dati in migliaia di euro

	Media	Dev. St.	p5	p95
<b>Dimensioni</b>				
<b>Piccole Dimensioni</b>				
N. reparti	24	12	5	42
Posti letto	329	131	96	496
N. strutture	2	1	1	3
Posti letto chir.	100	53	0	184
Posti letto TI	9	5	0	20
Posti letto MI	6	20	0	20
Ospedale universitario (Sì/No)	0	0	0	1
PS	0	0	0	1
IRCCS (Sì/No)	0	0	0	1
dea	0	0	0	1
<b>Medie Dimensioni</b>				
N. reparti	48	15	31	74
Posti letto	653	80	519	774
N. strutture	2	1	1	5
Posti letto chir.	192	36	132	249
Posti letto TI	18	7	8	30
Posti letto MI	10	10	0	26
Ospedale universitario (Sì/No)	0	0	0	1
PS	0	0	0	1
IRCCS (Sì/No)	0	0	0	0
dea	0	0	0	1
<b>Grandi Dimensioni</b>				
N. reparti	80	38	44	168
Posti letto	1,245	498	813	2,530
N. strutture	3	2	1	7
Posti letto chir.	373	142	224	683
Posti letto TI	37	18	14	74
Posti letto MI	27	27	0	62
Ospedale universitario (Sì/No)	0	0	0	1
PS	0	0	0	1
IRCCS (Sì/No)	0	0	0	1
dea	0	0	0	1

dati in migliaia di euro

## Appendice B. Aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni

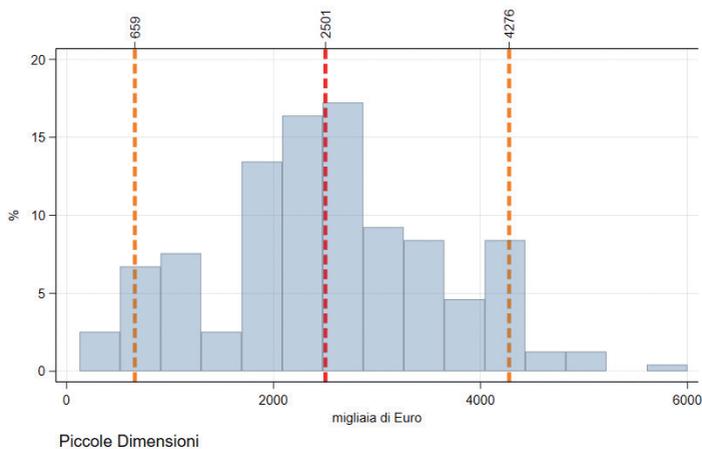


Figura A1: Distribuzione della variabile Pulizia per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni.  
Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

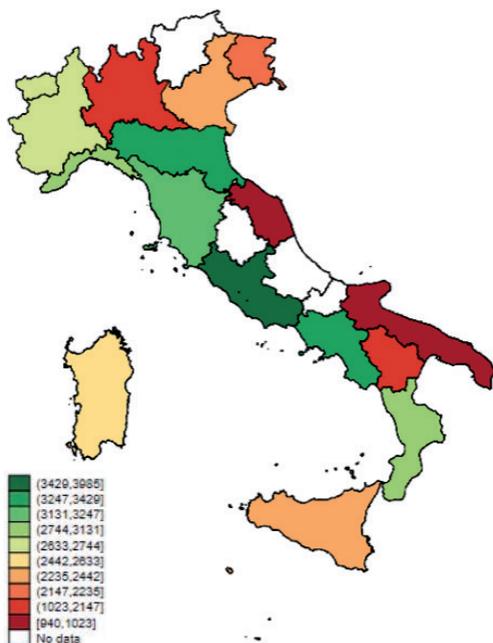


Figura A2: Distribuzione geografica della variabile Pulizia per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni

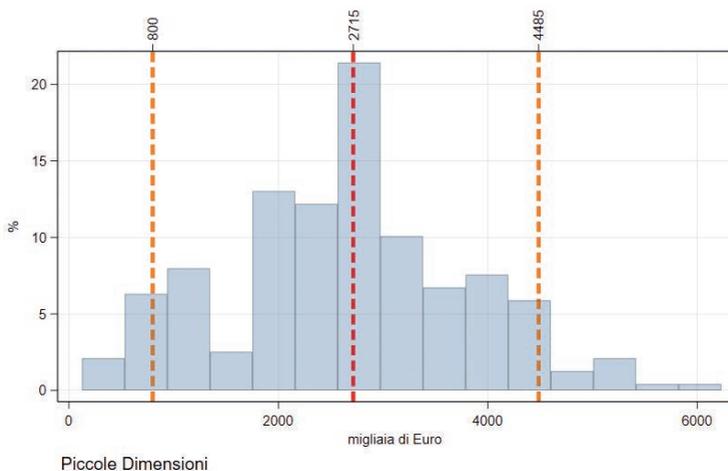


Figura A3: Distribuzione della variabile Igiene di base per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

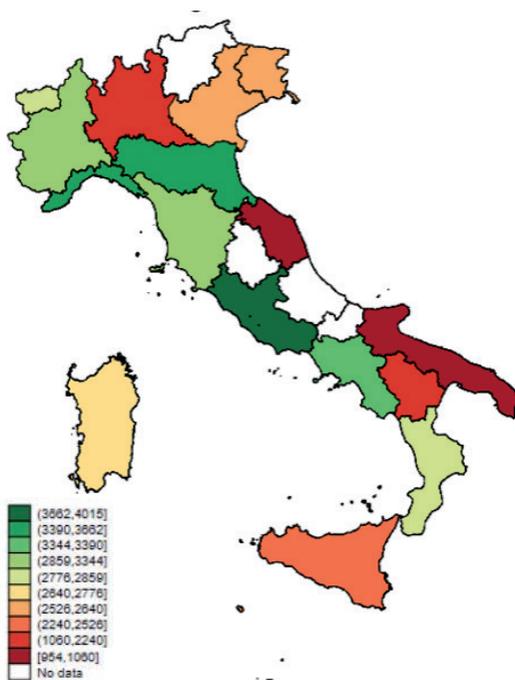


Figura A4: Distribuzione geografica della variabile Igiene di base per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni

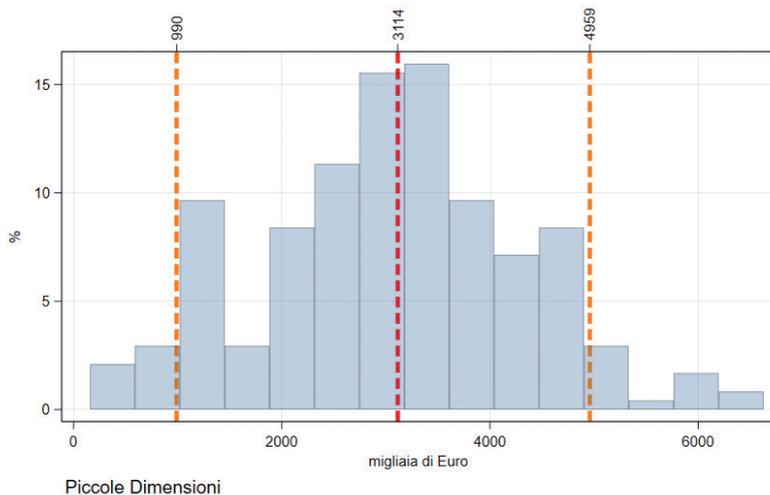


Figura A5: Distribuzione della variabile Igiene allargata per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

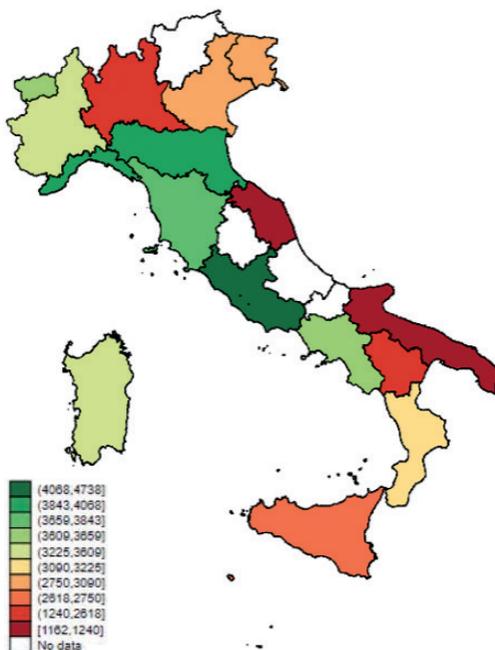


Figura A6: Distribuzione geografica della variabile Igiene allargata per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni

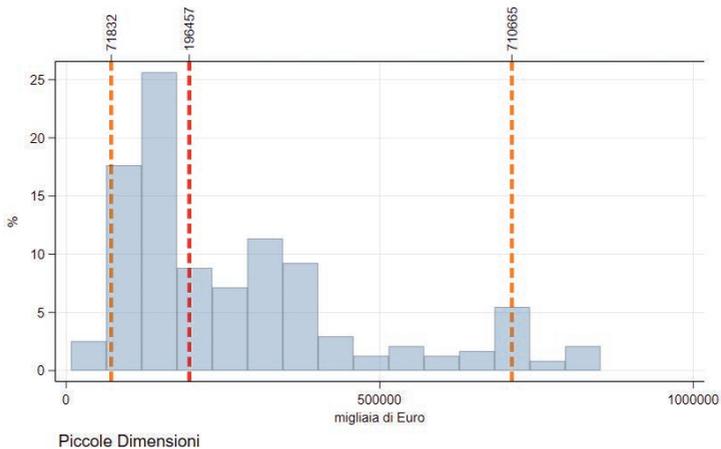


Figura A7: Distribuzione della variabile Costi totali per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

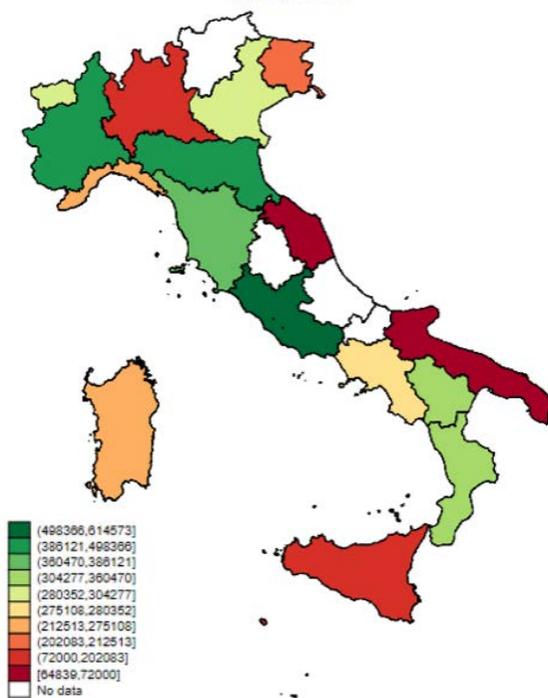


Figura A8: Distribuzione geografica della variabile Costi totali per aziende ospedaliere di Piccole Dimensioni.

## Appendice C. Aziende ospedaliere di Medie Dimensioni

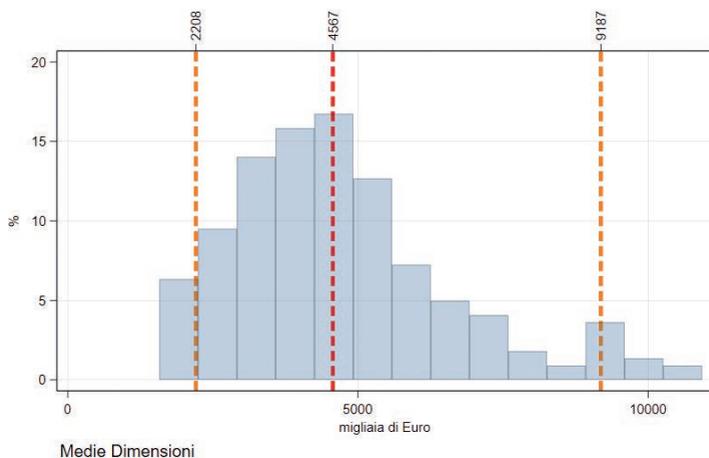


Figura A9: Distribuzione della variabile Pulizia per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni.  
Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

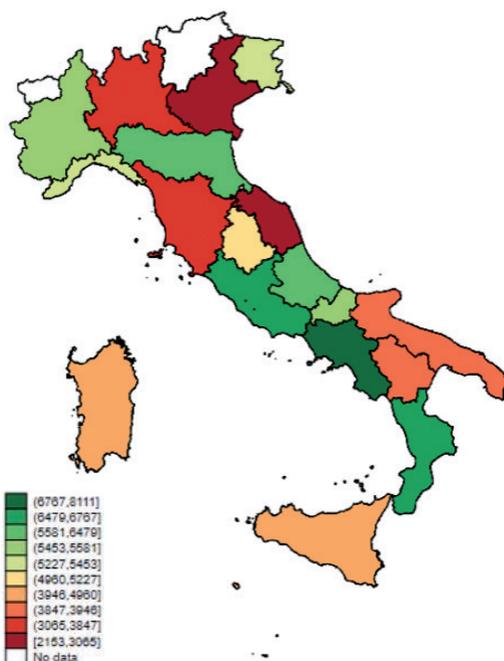


Figura A10: Distribuzione geografica della variabile Pulizia per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni

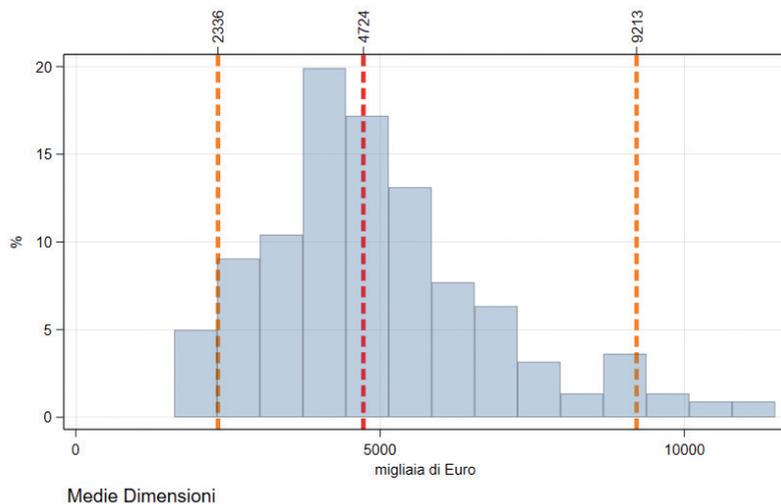


Figura A11: Distribuzione della variabile Igiene di base per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

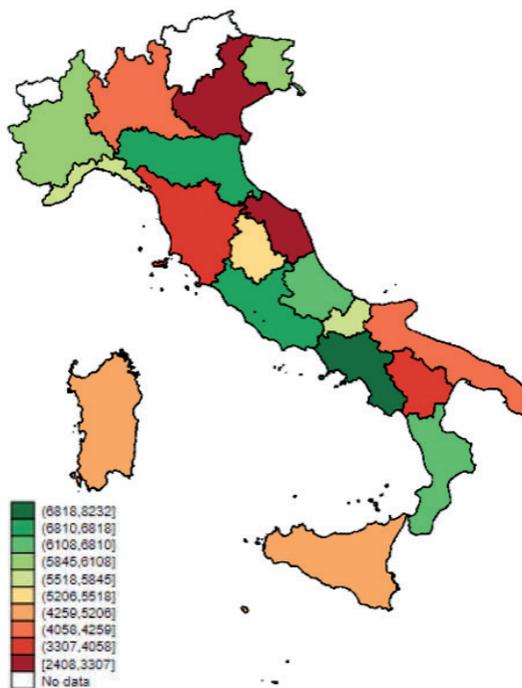


Figura A12: Distribuzione geografica della variabile Igiene di base per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni

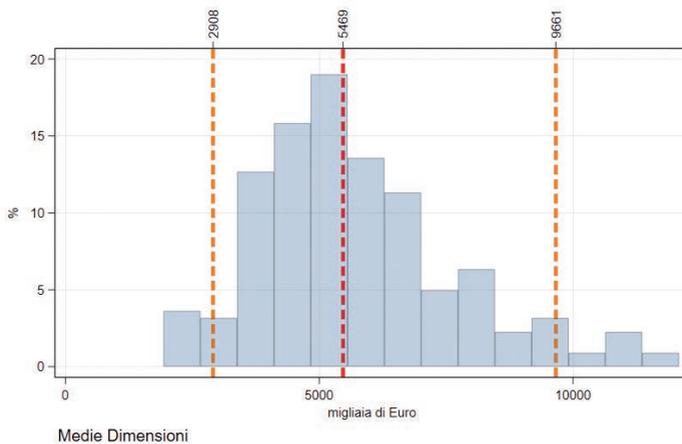


Figura A13: Distribuzione della variabile Igiene allargata per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

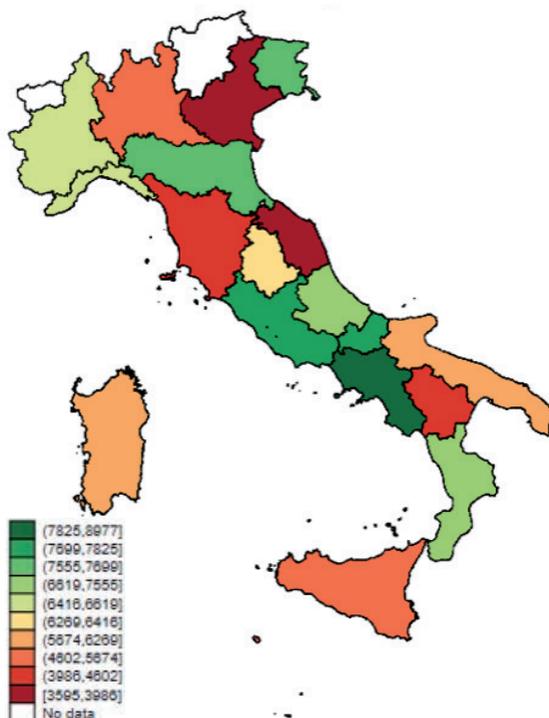


Figura A14: Distribuzione geografica della variabile Igiene allargata per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni

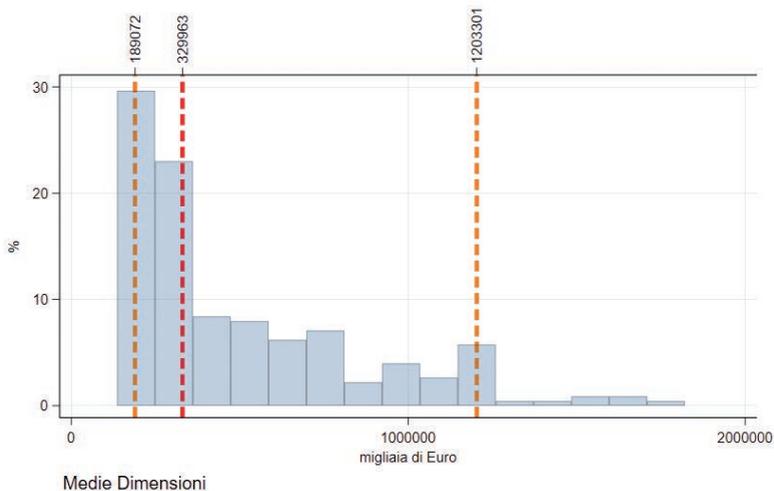


Figura A 15: Distribuzione della variabile Costi totali per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

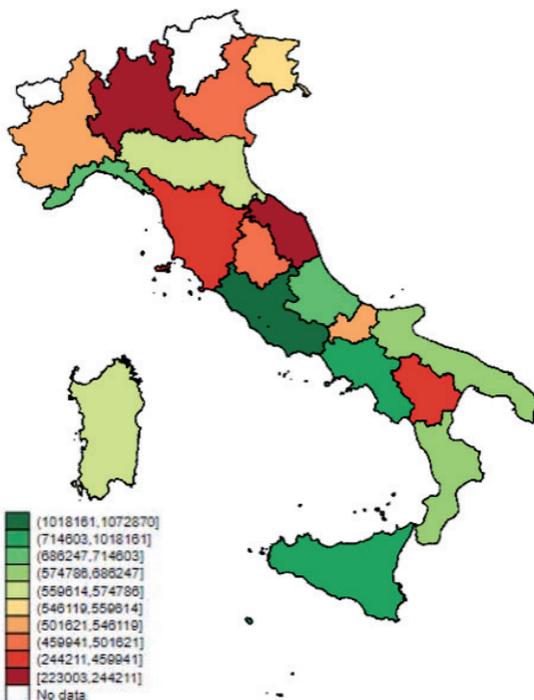


Figura A 16: Distribuzione geografica della variabile Costi totali per aziende ospedaliere di Medie Dimensioni

## Appendice D. Aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni

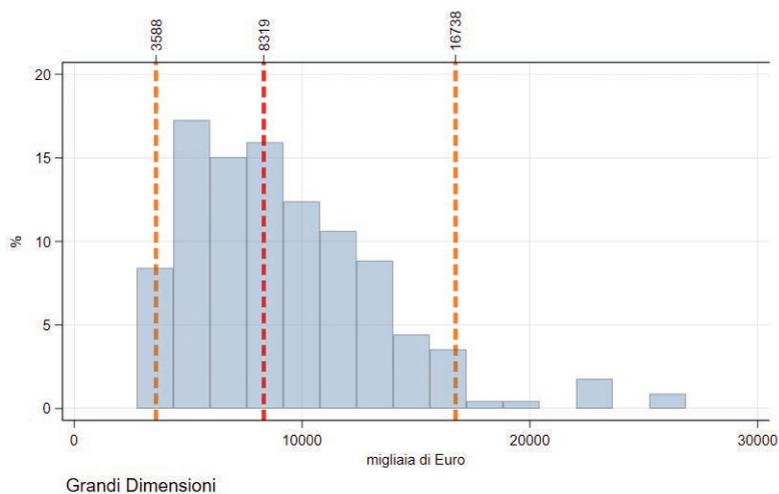


Figura A17: Distribuzione della variabile Pulizia per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni.  
Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

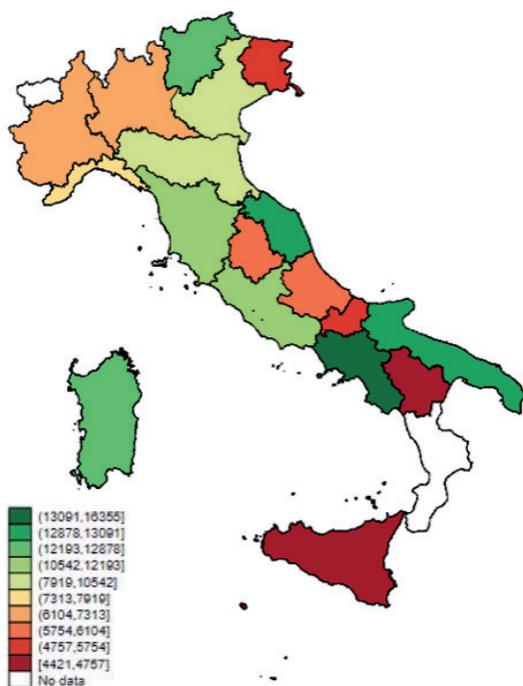


Figura A18: Distribuzione geografica della variabile Pulizia per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni

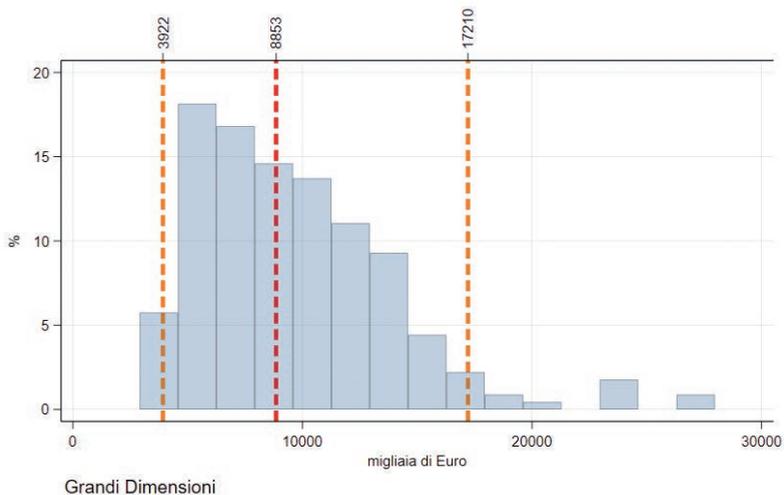


Figura A19: Distribuzione della variabile Igiene di base per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

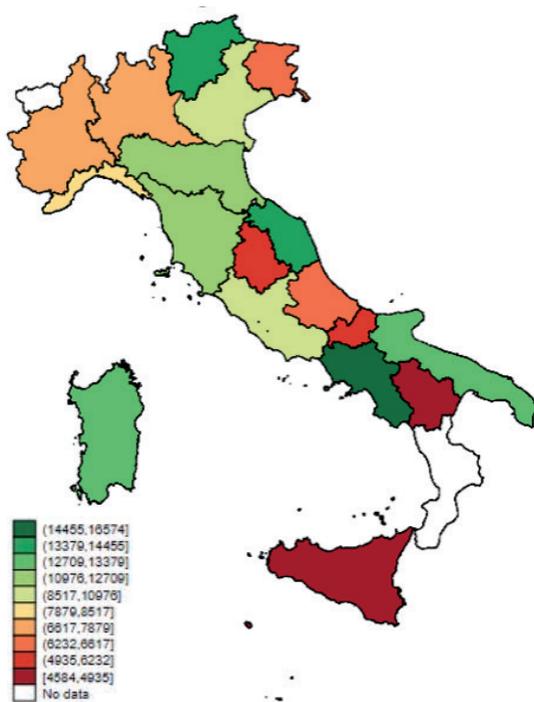


Figura A20: Distribuzione geografica della variabile Igiene di base per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni

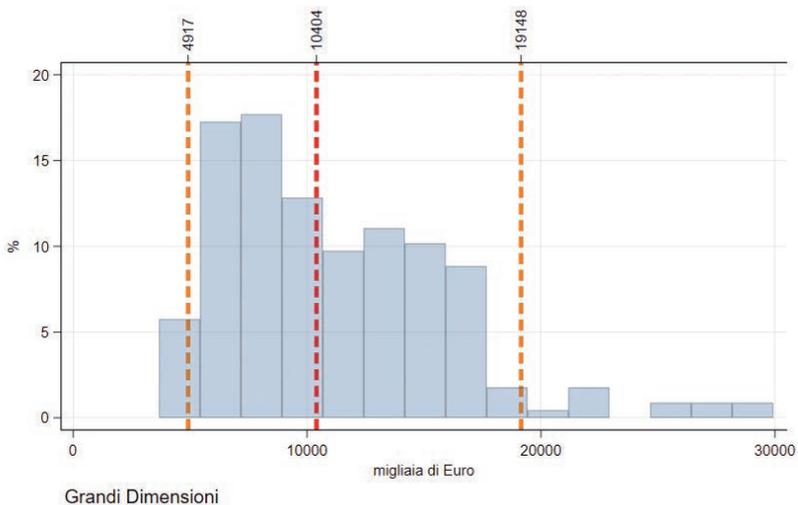


Figura A21: Distribuzione della variabile Igiene allargata per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

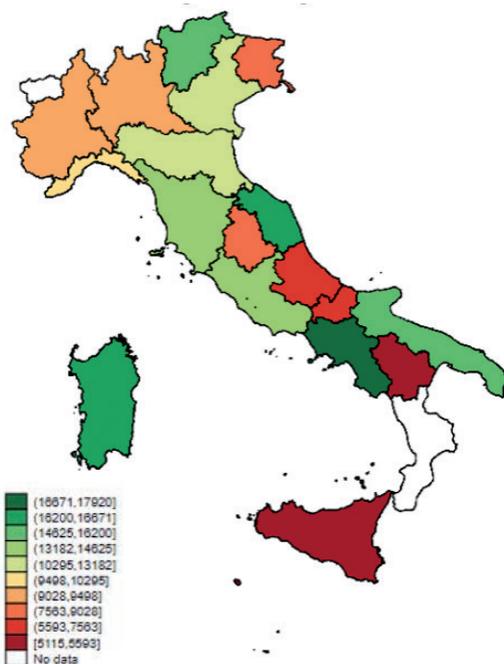


Figura A22: Distribuzione geografica della variabile Igiene allargata per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni

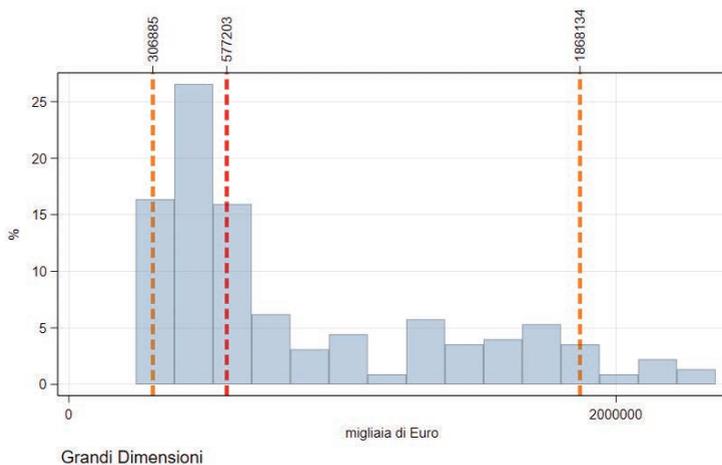


Figura A23: Distribuzione della variabile Costi totali per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni. Arancio: 5° e 95° percentile. Rosso: Mediana

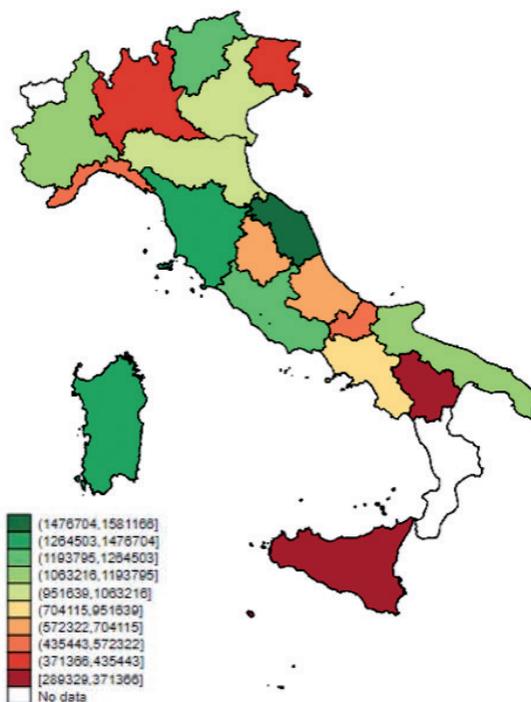


Figura A24: Distribuzione geografica della variabile Costi totali per aziende ospedaliere di Grandi Dimensioni

## Appendice E. Approfondimenti analisi SDO

In questa appendice si riportano i risultati a complemento dell'analisi di correlazione e dell'analisi modellistica.

Ecco di seguito la parte sulla correlazione:

Simple Statistics						
Variable	N	Mean	Std Dev	Sum	Minimum	Maximum
inf_mean	403	0.00802	0.02489	3.23166	0	0.22485
inf_100	403	0.80190	2.48928	323.16645	0	22.48521
c_mean	403	920210	670746	370844685	48187	2746980
c_higiene	402	8402	6157	3377723	610.25000	39940
c_higiene_all	402	21842	14216	8780485	2119	67894
c_nreparti	403	25.22477	19.45612	10166	2.75000	139.50000
c_nrbeds_t	403	377.74380	328.40338	152231	40.00000	2301
c_nrbeds_c	403	114.88854	101.46411	46300	12.00000	691.00000
c_nrbeds_i	403	11.04342	12.55783	4451	0	76.00000
c_nrbeds_inf	403	6.87821	14.36687	2772	0	186.75000
liv_DEA1	403	0.56576	0.79958	228.00000	0	5.00000
liv_DEA2	403	0.23325	0.52328	94.00000	0	4.00000
liv_PS	403	0.43921	0.63336	177.00000	0	3.00000
c_mean_bin	403	0.64268	0.47981	259.00000	0	1.00000
rc_mean_bin	403	1.64268	0.47981	662.00000	1.00000	2.00000
nc_mean_bin	403	0.35732	0.47981	144.00000	0	1.00000
c_higiene_bin	403	0.29777	0.45784	120.00000	0	1.00000
rc_higiene_bin	403	1.29777	0.45784	523.00000	1.00000	2.00000
nc_higiene_bin	403	0.70223	0.45784	283.00000	0	1.00000
c_higiene_all_bin	403	0.44665	0.49776	180.00000	0	1.00000
rc_higiene_all_bin	403	1.44665	0.49776	583.00000	1.00000	2.00000
nc_higiene_all_bin	403	0.55335	0.49776	223.00000	0	1.00000

Pearson Correlation Coefficients									
Prob >  r  under H0: Rho=0									
Number of Observations									
	inf_mean	inf_100	c_mean	c_hygiene	c_hygiene_all	c_nreparti	c_nrbeds_t	c_nrbeds_c	c_nrbeds_i
inf_mean	1.00000 403	1.00000 <.0001 403	-0.15434 0.0019 403	-0.05384 0.2815 402	-0.05384 0.2815 402	-0.05654 0.12050 0.0155 403	0.16783 0.0007 403	0.14462 0.0036 403	0.13076 0.0086 403
inf_100	1.00000 <.0001 403	1.00000 403	-0.15434 0.0019 403	-0.05384 0.2815 402	-0.05384 0.2815 402	-0.05654 0.12050 0.0155 403	0.16783 0.0007 403	0.14462 0.0036 403	0.13076 0.0086 403
c_mean	-0.15434 0.0019 403	-0.15434 0.0019 403	1.00000 403	0.78975 <.0001 402	0.78975 <.0001 402	0.79178 -0.08836 0.0764 403	-0.12659 0.0110 403	-0.16280 0.0010 403	-0.13670 0.0060 403
c_hygiene	-0.05384 0.2815 402	-0.05384 0.2815 402	0.78975 <.0001 402	1.00000 402	1.00000 402	0.93269 <.0001 402	0.06465 0.1958 402	0.05989 0.2309 402	0.05533 0.2684 402
c_hygiene_all	-0.05654 0.2580 402	-0.05654 0.2580 402	0.79178 <.0001 402	0.93269 <.0001 402	0.93269 <.0001 402	1.00000 0.09934 0.0465 402	0.11499 0.0211 402	0.10165 0.0417 402	0.11660 0.0194 402
c_nreparti	0.12050 0.0155 403	0.12050 0.0155 403	-0.08836 0.0764 403	0.06465 0.1958 402	0.06465 0.1958 402	1.00000 0.93546 <.0001 403	0.93546 <.0001 403	0.89480 <.0001 403	0.85285 <.0001 403
c_nrbeds_t	0.16783 0.0007 403	0.16783 0.0007 403	-0.12659 0.0110 403	0.05989 0.2309 402	0.05989 0.2309 402	0.11499 0.0211 402	0.93546 <.0001 403	1.00000 0.96312 <.0001 403	0.88739 <.0001 403
c_nrbeds_c	0.14462 0.0036 403	0.14462 0.0036 403	-0.16280 0.0010 403	0.05533 0.2684 402	0.05533 0.2684 402	0.10165 0.0417 402	0.89480 <.0001 403	0.96312 <.0001 403	0.88236 <.0001 403
c_nrbeds_i	0.13076 0.0086 403	0.13076 0.0086 403	-0.13670 0.0060 403	0.07018 0.1602 402	0.07018 0.1602 402	0.11660 0.0194 402	0.85285 <.0001 403	0.88739 <.0001 403	0.88236 <.0001 403
c_nrbeds_inf	0.05792 0.2460 403	0.05792 0.2460 403	-0.15515 0.0018 403	0.01046 0.8344 402	0.01046 0.8344 402	0.03701 0.4593 402	0.51134 <.0001 403	0.52464 <.0001 403	0.53341 <.0001 403
liv_DEA1	0.01006 0.8405 403	0.01006 0.8405 403	0.18209 0.0002 403	0.08149 0.1028 402	0.08149 0.1028 402	0.10828 0.0300 402	0.27707 <.0001 403	0.25518 <.0001 403	0.16604 0.0008 403
liv_DEA2	0.07345 0.1411 403	0.07345 0.1411 403	-0.10190 0.0409 403	0.02475 0.6208 402	0.02475 0.6208 402	0.09771 0.0503 402	0.59829 <.0001 403	0.60085 <.0001 403	0.58130 <.0001 403
liv_PS	-0.06507 0.1924 403	-0.06507 0.1924 403	0.08111 0.1040 403	0.04859 0.3311 402	0.04859 0.3311 402	0.00538 0.9144 402	-0.07016 0.1598 403	-0.10395 0.0370 403	-0.09605 0.0540 403
c_mean_bin	-0.19338 <.0001 403	-0.19338 <.0001 403	0.68858 <.0001 403	0.46398 <.0001 402	0.46398 <.0001 402	0.51935 <.0001 402	-0.11537 0.0205 403	-0.12976 0.0091 403	-0.14442 0.0037 403
rc_mean_bin	-0.19338 <.0001 403	-0.19338 <.0001 403	0.68858 <.0001 403	0.46398 <.0001 402	0.46398 <.0001 402	0.51935 <.0001 402	-0.11537 0.0205 403	-0.12976 0.0091 403	-0.14442 0.0037 403
nc_mean_bin	0.19338 <.0001 403	0.19338 <.0001 403	-0.68858 <.0001 403	-0.46398 <.0001 402	-0.46398 <.0001 402	-0.51935 <.0001 402	0.11537 0.0205 403	0.12976 0.0091 403	0.14442 0.0037 403
c_hygiene_bin	-0.03309 0.5077 403	-0.03309 0.5077 403	0.70991 <.0001 403	0.82193 <.0001 402	0.82193 <.0001 402	0.82496 <.0001 402	0.05837 0.2423 403	0.06980 0.1619 403	0.06687 0.1804 403
rc_hygiene_bin	-0.03309 0.5077 403	-0.03309 0.5077 403	0.70991 <.0001 403	0.82193 <.0001 402	0.82193 <.0001 402	0.82496 <.0001 402	0.05837 0.2423 403	0.06980 0.1619 403	0.06687 0.1804 403
nc_hygiene_bin	0.03309 0.5077 403	0.03309 0.5077 403	-0.70991 <.0001 403	-0.82193 <.0001 402	-0.82193 <.0001 402	-0.82496 <.0001 402	-0.05837 0.2423 403	-0.06980 0.1619 403	-0.06687 0.1804 403
c_hygiene_all_bin	-0.04724 0.3442 403	-0.04724 0.3442 403	0.64987 <.0001 403	0.71020 <.0001 402	0.71020 <.0001 402	0.79755 <.0001 402	0.08304 0.0960 403	0.11813 0.0177 403	0.11493 0.0210 403
rc_hygiene_all_bin	-0.04724 0.3442 403	-0.04724 0.3442 403	0.64987 <.0001 403	0.71020 <.0001 402	0.71020 <.0001 402	0.79755 <.0001 402	0.08304 0.0960 403	0.11813 0.0177 403	0.11493 0.0210 403
nc_hygiene_all_bin	0.04724 0.3442 403	0.04724 0.3442 403	-0.64987 <.0001 403	-0.71020 <.0001 402	-0.71020 <.0001 402	-0.79755 <.0001 402	-0.08304 0.0960 403	-0.11813 0.0177 403	-0.11493 0.0210 403

Pearson Correlation Coefficients								
Prob >  r  under H0: Rho=0								
Number of Observations								
	c_nrbeds_inf	liv_DEA1	liv_DEA2	liv_PS	c_mean_bin	rc_mean_bin	nc_mean_bin	c_hygiene_bin
inf_mean	0.05792 0.2460 403	0.01006 0.8405 403	0.07345 0.1411 403	-0.06507 0.1924 403	-0.19338 <.0001 403	-0.19338 <.0001 403	0.19338 <.0001 403	-0.03309 0.5077 403
inf_100	0.05792 0.2460 403	0.01006 0.8405 403	0.07345 0.1411 403	-0.06507 0.1924 403	-0.19338 <.0001 403	-0.19338 <.0001 403	0.19338 <.0001 403	-0.03309 0.5077 403
c_mean	-0.15515 0.0018 403	0.18209 0.0002 403	-0.10190 0.0409 403	0.08111 0.1040 403	0.68858 <.0001 403	0.68858 <.0001 403	-0.68858 <.0001 403	0.70991 <.0001 403
c_hygiene	0.01046 0.8344 402	0.08149 0.1028 402	0.02475 0.6208 402	0.04859 0.3311 402	0.46398 <.0001 402	0.46398 <.0001 402	-0.46398 <.0001 402	0.82193 <.0001 402
c_hygiene_all	0.03701 0.4593 402	0.10828 0.0300 402	0.09771 0.0503 402	0.00538 0.9144 402	0.51935 <.0001 402	0.51935 <.0001 402	-0.51935 <.0001 402	0.82496 <.0001 402
c_nreparti	0.51134 <.0001 403	0.27707 <.0001 403	0.59829 <.0001 403	-0.07016 0.1598 403	-0.11537 0.0205 403	-0.11537 0.0205 403	0.11537 0.0205 403	0.05837 0.2423 403
c_nrbeds_t	0.52464 <.0001 403	0.25518 <.0001 403	0.60085 <.0001 403	-0.10395 0.0370 403	-0.12976 0.0091 403	-0.12976 0.0091 403	0.12976 0.0091 403	0.06980 0.1619 403
c_nrbeds_c	0.53341 <.0001 403	0.16604 0.0008 403	0.58130 <.0001 403	-0.09605 0.0540 403	-0.14442 0.0037 403	-0.14442 0.0037 403	0.14442 0.0037 403	0.06687 0.1804 403
c_nrbeds_i	0.56308 <.0001 403	0.08785 0.0782 403	0.56799 <.0001 403	-0.12000 0.0159 403	-0.09764 0.0502 403	-0.09764 0.0502 403	0.09764 0.0502 403	0.09909 0.0468 403
c_nrbeds_inf	1.00000 403	-0.04222 0.3979 403	0.30771 <.0001 403	-0.01495 0.7648 403	-0.14613 0.0033 403	-0.14613 0.0033 403	0.14613 0.0033 403	0.07001 0.1607 403
liv_DEA1	-0.04222 0.3979 403	1.00000 403	-0.06648 0.1829 403	-0.19716 <.0001 403	0.11975 0.0162 403	0.11975 0.0162 403	-0.11975 0.0162 403	0.06869 0.1687 403
liv_DEA2	0.30771 <.0001 403	-0.06648 0.1829 403	1.00000 403	-0.15976 0.0013 403	-0.14279 0.0041 403	-0.14279 0.0041 403	0.14279 0.0041 403	0.02087 0.6762 403
liv_PS	-0.1495 0.7648 403	-0.19716 <.0001 403	-0.15976 0.0013 403	1.00000 403	0.13298 0.0075 403	0.13298 0.0075 403	-0.13298 0.0075 403	0.01969 0.6935 403
c_mean_bin	-0.14613 0.0033 403	0.11975 0.0162 403	-0.14279 0.0041 403	0.13298 0.0075 403	1.00000 403	1.00000 <.0001 403	-1.00000 <.0001 403	0.41760 <.0001 403
rc_mean_bin	-0.14613 0.0033 403	0.11975 0.0162 403	-0.14279 0.0041 403	0.13298 0.0075 403	1.00000 <.0001 403	1.00000 403	-1.00000 <.0001 403	0.41760 <.0001 403
nc_mean_bin	0.14613 0.0033 403	-0.11975 0.0162 403	0.14279 0.0041 403	-0.13298 0.0075 403	-1.00000 <.0001 403	-1.00000 <.0001 403	1.00000 403	-0.41760 <.0001 403
c_hygiene_bin	0.07001 0.1607 403	0.06869 0.1687 403	0.02087 0.6762 403	0.01969 0.6935 403	0.41760 <.0001 403	0.41760 <.0001 403	-0.41760 <.0001 403	1.00000 403
rc_hygiene_bin	0.07001 0.1607 403	0.06869 0.1687 403	0.02087 0.6762 403	0.01969 0.6935 403	0.41760 <.0001 403	0.41760 <.0001 403	-0.41760 <.0001 403	1.00000 <.0001 403
nc_hygiene_bin	-0.07001 0.1607 403	-0.06869 0.1687 403	-0.02087 0.6762 403	-0.01969 0.6935 403	-0.41760 <.0001 403	-0.41760 <.0001 403	0.41760 <.0001 403	-1.00000 <.0001 403
c_hygiene_all_bin	0.08476 0.0893 403	0.02602 0.6024 403	0.10520 0.0348 403	-0.00045 0.9928 403	0.48243 <.0001 403	0.48243 <.0001 403	-0.48243 <.0001 403	0.72479 <.0001 403
rc_hygiene_all_bin	0.08476 0.0893 403	0.02602 0.6024 403	0.10520 0.0348 403	-0.00045 0.9928 403	0.48243 <.0001 403	0.48243 <.0001 403	-0.48243 <.0001 403	0.72479 <.0001 403
nc_hygiene_all_bin	-0.08476 0.0893 403	-0.02602 0.6024 403	-0.10520 0.0348 403	0.00045 0.9928 403	-0.48243 <.0001 403	-0.48243 <.0001 403	0.48243 <.0001 403	-0.72479 <.0001 403

Pearson Correlation Coefficients Prob >  r  under H0: Rho=0 Number of Observations					
	rc_hygiene_bin	nc_hygiene_bin	c_hygiene_all_bin	rc_hygiene_all_bin	nc_hygiene_all_bin
inf_mean	-0.03309 0.5077 403	0.03309 0.5077 403	-0.04724 0.3442 403	-0.04724 0.3442 403	0.04724 0.3442 403
inf_100	-0.03309 0.5077 403	0.03309 0.5077 403	-0.04724 0.3442 403	-0.04724 0.3442 403	0.04724 0.3442 403
c_mean	0.70991 <.0001 403	-0.70991 <.0001 403	0.64987 <.0001 403	0.64987 <.0001 403	-0.64987 <.0001 403
c_hygiene	0.82193 <.0001 402	-0.82193 <.0001 402	0.71020 <.0001 402	0.71020 <.0001 402	-0.71020 <.0001 402
c_hygiene_all	0.82496 <.0001 402	-0.82496 <.0001 402	0.79755 <.0001 402	0.79755 <.0001 402	-0.79755 <.0001 402
c_nreparti	0.05837 0.2423 403	-0.05837 0.2423 403	0.08304 0.0960 403	0.08304 0.0960 403	-0.08304 0.0960 403
c_nrbeds_t	0.06980 0.1619 403	-0.06980 0.1619 403	0.11813 0.0177 403	0.11813 0.0177 403	-0.11813 0.0177 403
c_nrbeds_c	0.06687 0.1804 403	-0.06687 0.1804 403	0.11493 0.0210 403	0.11493 0.0210 403	-0.11493 0.0210 403
c_nrbeds_i	0.09909 0.0468 403	-0.09909 0.0468 403	0.15468 0.0018 403	0.15468 0.0018 403	-0.15468 0.0018 403
c_nrbeds_inf	0.07001 0.1607 403	-0.07001 0.1607 403	0.08476 0.0893 403	0.08476 0.0893 403	-0.08476 0.0893 403
liv_DEA1	0.06869 0.1687 403	-0.06869 0.1687 403	0.02602 0.6024 403	0.02602 0.6024 403	-0.02602 0.6024 403
liv_DEA2	0.02087 0.6762 403	-0.02087 0.6762 403	0.10520 0.0348 403	0.10520 0.0348 403	-0.10520 0.0348 403
liv_PS	0.01969 0.6935 403	-0.01969 0.6935 403	-0.00045 0.9928 403	-0.00045 0.9928 403	0.00045 0.9928 403
c_mean_bin	0.41760 <.0001 403	-0.41760 <.0001 403	0.48243 <.0001 403	0.48243 <.0001 403	-0.48243 <.0001 403
rc_mean_bin	0.41760 <.0001 403	-0.41760 <.0001 403	0.48243 <.0001 403	0.48243 <.0001 403	-0.48243 <.0001 403
nc_mean_bin	-0.41760 <.0001 403	0.41760 <.0001 403	-0.48243 <.0001 403	-0.48243 <.0001 403	0.48243 <.0001 403
c_hygiene_bin	1.00000 <.0001 403	-1.00000 <.0001 403	0.72479 <.0001 403	0.72479 <.0001 403	-0.72479 <.0001 403
rc_hygiene_bin	1.00000 403	-1.00000 <.0001 403	0.72479 <.0001 403	0.72479 <.0001 403	-0.72479 <.0001 403
nc_hygiene_bin	-1.00000 <.0001 403	1.00000 403	-0.72479 <.0001 403	-0.72479 <.0001 403	0.72479 <.0001 403

Pearson Correlation Coefficients					
Prob >  r  under H0: Rho=0					
Number of Observations					
	rc_hygiene_bin	nc_hygiene_bin	c_hygiene_all_bin	rc_hygiene_all_bin	nc_hygiene_all_bin
c_hygiene_all_bin	0.72479 <.0001 403	-0.72479 <.0001 403	1.00000 403	1.00000 <.0001 403	-1.00000 <.0001 403
rc_hygiene_all_bin	0.72479 <.0001 403	-0.72479 <.0001 403	1.00000 <.0001 403	1.00000 403	-1.00000 <.0001 403
nc_hygiene_all_bin	-0.72479 <.0001 403	0.72479 <.0001 403	-1.00000 <.0001 403	-1.00000 <.0001 403	1.00000 403

## Appendice F. Robustezza del modello sui costi sociali

VARIABLES	(1) Pulizia	(2) Igiene di base	(3) Igiene allargata
N. strutture	19.288 (60.369)	5.043 (61.894)	-356.881** (140.997)
Posti letto	3.454*** (0.318)	3.841*** (0.324)	15.072*** (0.719)
Costi totali	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.008*** (0.001)
Formazione	-0.089 (0.221)	-0.035 (0.228)	0.704 (0.539)
% PL Chir.	-9.405 (8.253)	-9.818 (8.502)	38.242* (19.905)
% PL TI	107.304** (52.691)	128.424** (54.374)	258.816** (128.775)
% PL MI	-5.280 (24.817)	-7.637 (24.834)	-10.378 (49.941)
PS	966.877 (630.581)	966.597 (626.041)	779.167 (1,215.985)
dea	136.581 (439.832)	68.203 (437.028)	185.196 (853.280)
A.O. Universitaria	860.998 (695.230)	911.390 (690.482)	4,660.311*** (1,344.047)
IRCCS	-93.196 (561.536)	-67.024 (557.483)	3,013.261*** (1,082.127)
anno = 2016	-77.743 (70.383)	-88.039 (73.101)	358.131** (180.860)
anno = 2017	-122.528 (75.295)	-147.243* (78.158)	480.179** (192.789)
anno = 2018	-138.385* (76.787)	-174.528** (79.653)	647.523*** (195.854)
anno = 2019	-131.036* (77.954)	-190.064** (80.807)	999.516*** (198.015)
Constant	489.026 (350.010)	6.558*** (0.026)	-2,385.459*** (774.638)
Constant	7.839*** (0.044)	7.831*** (354.788)	7.468*** (0.045)
Constant	6.520*** (0.026)	485.955 (0.045)	8.486*** (0.026)
Observations	1,010	1,010	1,010
Number of groups	275	275	275

Standard errors in parentheses  
 \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Tabella A1: Controllo di robustezza: Modelli multilevel con rimozione delle osservazioni estreme (5% più a sinistra e più a destra della distribuzione dei costi totali)

## Appendice G. Metodologia

In questa sezione presentiamo il principale approccio metodologico utilizzato al fine di modellare le relazioni tra costi e caratteristiche ospedaliere e tra costi sociali, infezioni e costi. L'approccio utilizzato nell'analisi statistica si basa sulla capacità del modello di considerare la ripetizione della misura dei dati di bilancio nei diversi anni considerati (2015-2018) per ogni azienda ospedaliera pubblica italiana e la struttura gerarchica presente nei dati. È necessario pertanto considerare un approccio che tenga conto della mancata indipendenza tra le osservazioni e quindi dell'autocorrelazione entro ospedale. Il modello statistico prescelto risulta il multilevel che risulta l'approccio statistico che meglio si adatta a questo tipo di studio, per la capacità di rispettare il criterio del *coeteris paribus* e per la struttura gerarchica dei dati d'analisi, con informazioni a livello di anno e a livello degli ospedali. Presentiamo in modo sintetico il modello statistico sviluppato durante l'analisi. La forma assunta dal modello multilevel è la seguente:

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j}X_{ij} + \epsilon_{ij} \quad (1)$$

dove  $Y_{ij}$  misura l'*outcome* relativo all'*i*-simo anno in cui è misurato il *j*-simo ospedale;  $\beta_{0j}$  corrisponde all'usuale intercetta di un modello lineare,  $X_{ij}$  è il vettore di variabili esplicative con parametri  $\beta_{1j}$ , mentre  $\epsilon_{ij}$  rappresentano i residui indipendenti di media nulla ( $\mu = 0$ ) a livello anno-ospedale.

Nel modello descritto si ipotizza che ogni unità del livello superiore (ospedale) abbia una differente intercetta e un differente coefficiente associato alle variabili esplicative, per questo tali coefficienti sono definiti casuali (random).

Ipotizzato che i parametri  $\beta_{0j}$  e  $\beta_{1j}$  siano variabili casuali con varianza costante e distribuzione nota, è possibile inserire nel modello anche variabili al livello superiore; in questo caso l'equazione (1) si può esprimere nel seguente modo:

$$Y_{ij} = [\gamma_{00} + \gamma_{10}X_{ij} + \gamma_{01}Z_j + \gamma_{11}Z_jX_{ij}] + [u_{1j}X_{ij} + u_{0j} + \epsilon_{ij}] \quad (2)$$

essendo:

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}Z_j + u_{0j} \quad (3)$$

e

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + \gamma_{11}Z_j + u_{1j} \quad (4)$$

dove le  $Z_j$  rappresentano le variabili esplicative a livello dell'ospedale.

Si assume che i residui del modello  $\epsilon_{ij}$  siano incorrelati con valore atteso nullo:

$$E(\epsilon_{ij}) = 0 ; \text{Var}(\epsilon_{ij}) = \sigma^2 \quad (5)$$

Si ipotizza inoltre che il parametro casuale  $u_{0j}$  abbia distribuzione  $\Phi(u_{0j})$  con varianza costante:

$$\text{Var}(u_{ij}) = \sigma_u^2 \quad (6)$$

# Sentenze

## Cassazione civile sez. VI, 02/09/2019, n. 21939

La Corte Suprema di Cassazione, Sezione Sesta Civile, sottosezione 3 composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati: Dott. FRASCA Raffaele – Presidente – Dott. SCODITTI Enrico – Consigliere – Dott. RUBINO Lina – Consigliere – Dott. SCRIMA Antonietta – rel. Consigliere – Dott. ROSSETTI Marco – Consigliere – ha pronunciato la seguente:

ORDINANZA sul ricorso 68-2018 proposto da:

G.E. in D.L., elettivamente domiciliata in ROMA, VIA SABOTINO 31, presso lo studio dell'avvocato GIORGIA MINOZZI, che la rappresenta e difende unitamente agli avvocati SERGIO TOGNON, JACOPO TOGNON;

– ricorrente –

contro

Casa di Cura Columbus – Istituto Suore Missionarie del Sacro Cuore di Gesù;

– intimata –

avverso la sentenza n. 2112/2017 della CORTE D'APPELLO di MILANO, depositata il 16/05/2017; udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio non partecipata del 14/02/2019 dal Consigliere Relatore Dott. SCRIMA ANTONIETTA.

Fatto

### FATTI DI CAUSA

Con sentenza n. 13678/2014, il Tribunale di Milano rigettò le domande proposte da G.E. in D.L. nei confronti della Casa di Cura Columbus – Istituto Suore Missionarie del Sacro Cuore di Gesù, volte all'accertamento della responsabilità della parte convenuta nell'infezione – trasmissione dell'epatite C, asseritamente contratta in occasione del ricovero ospedaliero dell'attrice presso la predetta struttura sanitaria dal 21 marzo 2004 al 3 aprile 2004, per un intervento di arto protesico al ginocchio destro, e alla condanna di tale parte al risarcimento dei danni.

A fondamento delle proposte domande l'attrice aveva rappresentato che, dopo il predetto intervento, era stata dimessa il giorno 3 aprile 2004, in buone condizioni generali e che, successivamente, ad aprile e a settembre dell'anno 2005, avendo richiesto ad un medico svizzero cure e prestazioni otorinolaringoiatriche, aveva effettuato una serie di esami che avevano evidenziato markers

di epatite virale in misura piuttosto elevata, così apprendendo di essere affetta da HCV (epatite C).

La convenuta, nel costituirsi nel giudizio di primo grado, contestò che potesse ravvisarsi qualsiasi profilo di responsabilità professionale nella condotta dei suoi sanitari, osservando che la paziente aveva denunciato la malattia oltre un anno dopo la sua dimissione e che, in occasione dell'intervento in parola, all'attrice non era stata effettuata alcuna trasfusione, che i sanitari dell'Istituto non avevano alcun obbligo di effettuare l'analisi dei marcatori virali, non rientrando gli stessi in alcun protocollo prescritto da norme o direttive internazionali, onde non poteva escludersi che la paziente fosse già affetta dalla malattia al momento del ricovero, e che tutto il materiale utilizzato in sala operatoria era sterile in quanto trattato in autoclave.

Il Tribunale rilevò che, secondo l'orientamento costante della giurisprudenza di legittimità, "grava(va) sull'attore (paziente danneggiato che agi(va) in giudizio deducendo l'inesatto inadempimento della prestazione sanitaria) oltre alla prova del contratto, anche quella dell'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie nonché la prova del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione del debitore e tale evento dannoso, allegando il solo inadempimento del sanitario. Resta(va) a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento, cioè di avere tenuto un comportamento diligente. Nel caso di specie, non essendovi stata trasfusione, l'attrice avrebbe dovuto provare l'assenza di infezione all'atto dell'intervento. Per contro, la Casa di Cura non aveva alcun obbligo che potesse eventualmente rilevare ai fini del giudizio sull'esatto adempimento, di compiere indagini preventive sul punto laddove le medesime, come affermato dal ctu rileva(va)no a meri fini di "medicina difensiva"".

Richiamando la relazione collegiale nella parte in cui, con riferimento alla ricerca del nesso di causalità tra la condotta del nosocomio e l'evento danno, aveva escluso l'applicabilità del principio di esclusione di cause alternative del contagio e, in termini puramente statistici, aveva ritenuto che il grado di probabilità che l'infezione fosse stata contratta nel marzo 2004 attraverso il già richiamato intervento di artroprotesi di ginocchio fosse basso, sicuramente inferiore al 50%, ovvero più probabile no che sì, quel Giudice evidenziò che "l'attrice, prima del marzo 2004, si era sottoposta a ben quattro interventi chirurgici e che, prima del 2005, ella aveva subito una colonscopia; che la stessa aveva avuto "almeno altre 6 occasioni di possibile contagio, cui si do(vevano) aggiungere le cure odontoiatriche subite nel corso degli anni e il perdurante rischio di "infezione inapparente" (da contagio occasionale attraverso fonti comuni o banali, v. pg. 10 ctu); che la medesima non era stata sottoposta ad alcuna trasfusione presso la struttura convenuta in occasione del ricovero in esame, poiché (era) stato provato che le due unità di sangue, messe a disposizione durante l'intervento, non vennero mai utilizzate per la paziente e furono restituite al Servizio Trasfusionale dell'Ospedale Sacco in data 25.03.04, integre e correttamente conservate (cfr. pag. 5 C.T.U.), circostanza peraltro... ammessa anche dal c. t. di parte attrice Dott. G., nella sua relazione sub doc. 6 attoreo".

Il Tribunale, quindi, concluse affermando che dovesse escludersi la responsabilità della struttura convenuta, non avendo l'attrice fornito la prova del nesso causale fra l'infezione e l'operato della struttura sanitaria convenuta.

Avverso la sentenza di primo grado G.E. in D.L. propose gravame, del quale la parte appellata chiese il rigetto.

La Corte di appello di Milano, con sentenza del 16 maggio 2017, rigettò l'impugnazione, condannò l'appellante alle spese di lite di quel grado e dichiarò la sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte dell'appellante, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato di cui al D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, così come modificato dalla L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17.

Avverso la sentenza della Corte di merito G.E. in D.L. ha proposto ricorso per cassazione, basato su un unico motivo e illustrato da memoria.

L'intimata non ha svolto attività difensiva in questa sede.

La proposta del relatore è stata ritualmente comunicata, unitamente al decreto di fissazione dell'adunanza in camera di consiglio, ai sensi dell'art. 380 bis c.p.c..

Diritto

## RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con l'unico motivo, rubricato "Violazione dell'art. 360 c.p.c., n. 3, in relazione all'art. 2697 c.c. con riferimento agli artt. 1218 – 1176 c.c. e agli artt. 115 – 116 c.p.c.", la ricorrente, nel censurare la motivazione con cui la Corte di merito ha rigettato le sue doglianze con le quali aveva dedotto la violazione dell'art. 2697 c.c. per non aver il primo Giudice addossato l'onere di provare la preesistenza della patologia all'intervento in parola alla struttura sanitaria, attuale intimata, la quale, invece, avrebbe dovuto dimostrare che G.E. in D.L. fosse già affetta, prima del ricovero, da epatite virale C, la cui origine nosocomiale era stata accertata dalla relazione peritale, – rappresenta di non aver affermato, come invece indicato nella sentenza impugnata, che la Casa di cura avrebbe dovuto eseguire come metodologia di routine esami epatici, con i quali certamente si sarebbe dimostrato la preesistenza o meno all'intervento della epatite C, ma di aver sostenuto e di continuare a sostenere che – a fronte dei seguenti dati certi: 1) il ricovero e l'intervento chirurgico del 2004, 2) l'accertamento della malattia nel 2005 e 3) la grande virulenza dei valori di replicazione, indicativi di una malattia recente –, spettava alla struttura sanitaria, ex art. 2697 c.c., dimostrare che l'attuale ricorrente fosse già ammalata di epatite C al momento del ricovero presso la già indicata Casa di cura.

Ad avviso della ricorrente, la paziente aveva l'onere di provare "solo l'intervento chirurgico (e quindi il contratto) e l'insorgenza della malattia o la scoperta della stessa successivamente (come nel nostro caso) nient'altro dovea e deve dimostrare: perché il nesso causale si aveva di per sè trattandosi di infezione nosocomiale ed essendovi piena verosimiglianza del fatto allegato, che implica un giudizio causale diretto, nella relazione condotta-evento".

La ricorrente censura, altresì, la sentenza impugnata, sostenendo che la Corte di merito ha ritenuto più probabile, in base ai calcoli statistici fatti dai C.T.U., che la malattia preesistesse all'epoca del ricovero del 2004, per precedenti interventi chirurgici negli anni 80-90, e, posto che l'intervento del 2004 incideva soltanto in misura inferiore al 10% come possibilità di contrazione della malattia, toccava alla paziente dimostrare che, quando era stata ricoverata, ne era esente.

Secondo la ricorrente, non sarebbe rilevante la percentuale di rischio di contrarre la malattia nell'intervento chirurgico del 2004 ma sarebbe, invece, rilevante che "in quel ricovero (la contrazione della malattia) poteva verificarsi, se non vi era la piena sterilizzazione di ambiente, di cose e di persone", "insomma, la dimostrazione che un (certo) fatto (intervento chirurgico, ricovero ospedaliero) è idoneo a determinare un certo effetto (infezione da epatite C) questo di per sé tiene luogo alla concreta dimostrazione che quel fatto ha prodotto quell'effetto: appunto si parla di nesso di causalità presunto".

1.1. Il motivo deve essere rigettato.

1.2. La Corte di merito, nel confermare la decisione di primo grado, ha ribadito che non è in contestazione tra le parti che alcuna trasfusione di sangue fu effettuata alla ricorrente in occasione del ricovero di cui si discute in causa. Ha affermato che il principio di vicinanza alla prova o di riferibilità non può essere utilmente invocato al fine di ribaltare sull'avversario l'onere probatorio, "qualora, come nella specie, le circostanze oggetto di prova, per le stesse caratteristiche della situazione presa in esame, rientrano nella piena conoscibilità ed accessibilità di entrambe le parti, tali da consentire senza particolari difficoltà alla parte di provare i propri requisiti soggettivi". Ha, inoltre, rilevato che "la relazione collegiale... dà compiutamente conto anche delle conclusioni raggiunte in merito al più probabile nqche sì che l'infezione in discorso sia stata contratta nel marzo del 2004 posto che prima dell'intervento alla Columbus la signora G. aveva subito almeno 6 interventi/procedure invasive a rischio di trasmettere l'HCV e considerando statisticamente equivalente per ciascuna occasione la probabilità di essere quella infettante la probabilità di un contagio antecedente è pari a  $100/7 \times 6 = 85,71\%$ , mentre quella di un contagio avvenuto in occasione dell'intervento al ginocchio risulta pari a  $100/7 \times 1 = 14,29\%$ , aggiungendo che essendo la circolazione dei virus epatici più alta in occasione dei precedenti interventi subiti che non negli anni 2000 (l'intervento è del 2004) ed essendo la signora stata esposta ad altri ben noti fattori di rischio di contrarre virus epatici, la residua probabilità che l'attrice abbia ricevuto l'HCV dall'intervento chirurgico in discussione può essere attendibilmente considerata inferiore al 10%".

1.3. Questa Corte ha già avuto modo di affermare che: "In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'evento di danno (aggravamento della patologia preesistente ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, non potendosi predicare, rispetto a tale elemento della fattispecie, il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 c.c." (Cass., ord., 20/08/2018, n. 20812; Cass. 7/12/2017, n. 29315) e che "Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicchè, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata" (Cass. 15/02/2018, n. 3704; Cass. 26/07/2017, n. 18392).

Tali principi vanno ribaditi in questa sede; pertanto, va affermato che, nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, provare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento, onere che va

assolto dimostrando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del “più probabile che non”, la causa del danno, con la conseguenza che, se, al termine dell’istruttoria, non risulti provato il suddetto nesso tra condotta ed evento, la domanda dev’essere rigettata.

1.4. Va evidenziato che questa conclusione non si pone in contrasto con quanto affermato dalle Sezioni Unite di questa Corte (Cass., sez. un., 11/1/2008, n. 577, pure richiamata dalla ricorrente), secondo cui “in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell’onere probatorio l’attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l’esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l’insorgenza o l’aggravamento della patologia ed allegare l’inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante”.

Questo principio venne, infatti, affermato a fronte di una situazione in cui l’inadempimento “qualificato”, allegato dall’attore (ossia l’effettuazione di un’emotrasfusione) era tale da comportare di per sé, in assenza di fattori alternativi “più probabili”, nel caso singolo di specie, la presunzione della derivazione del contagio dalla condotta. La prova della prestazione sanitaria conteneva già, in questa chiave di analisi, quella del nesso causale, sicché non poteva che spettare al convenuto l’onere di fornire una prova idonea a superare tale presunzione secondo il criterio generale di cui all’art. 2697 c.c., comma 2, e non la prova liberatoria richiesta dall’art. 1218 c.c..

1.5. La Corte di merito, decidendo come sopra riportato, ha fatto corretta applicazione dei principi richiamati al p. 1.3., sicché il motivo proposto risulta infondato. Quanto osservato non è emerso dalla memoria di parte ricorrente.

2. Il ricorso va, pertanto, rigettato.

3. Non vi è luogo a provvedere per le spese, non avendo la parte intimata svolto attività difensiva in questa sede.

4. Va dato atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, ai sensi del D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, art. 13, comma 1-quater, nel testo introdotto dalla L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1-bis, evidenziandosi che il presupposto dell’insorgenza di tale obbligo non è collegato alla condanna alle spese, ma al fatto oggettivo del rigetto integrale o della definizione in rito, negativa per l’impugnante, del gravame (v. Cass. 13 maggio 2014, n. 10306).

5. Va disposto che in caso di diffusione del presente provvedimento siano omesse le generalità e gli altri dati identificativi della parte ricorrente, a norma del D.Lgs. n. 196 del 2003, art. 52.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso.

Ai sensi del D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, art. 13, comma 1-quater, nel testo introdotto dalla

L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1-bis.

Dispone che in caso di diffusione del presente provvedimento siano omesse le generalità e gli altri dati identificativi della parte ricorrente, a norma del D.Lgs. n. 196 del 2003, art. 52.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Sezione Sesta Civile – 3 della Corte Suprema di Cassazione, il 14 febbraio 2019.

Depositato in Cancelleria il 2 settembre 2019.

## **Sentenza Cassazione 8 aprile 2020 n. 7760**

La Corte Suprema di Cassazione – Sezione Terza Civile composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati: Dott. AMENDOLA Adelaide – Presidente – Dott. SCARANO Luigi Alessandro – Consigliere – Dott. FIECCONI Francesca – Consigliere – Dott. VALLE Cristiano – rel. Consigliere – Dott. TATANGELO Augusto – Consigliere – ha pronunciato la seguente sentenza sul ricorso 14774/2019 proposto da:

C.C., nella qualità di genitore esercente la patria potestà sui minori C.N.C., S. e St., elettivamente domiciliato in Roma alla via Germanico n. 197, presso lo studio dell'avvocato Galasso Alfredo che lo rappresenta e difende unitamente all'avvocato D'Amico Felicia;

– ricorrente –

contro Presidenza del Consiglio dei Ministri, in persona del Presidente in carica, domiciliato per legge in Roma alla via dei Portoghesi n. 12 presso l'Avvocatura Generale dello Stato che lo rappresenta e difende per legge;

– controricorrente –

avverso la sentenza n. 00198/2019 della CORTE d'APPELLO di MESSINA, depositata il 19/03/2019; udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 10/02/2020 da Dott. Cristiano Valle; udito il P.M., in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. FRESA Mario, che ha concluso per il rigetto del ricorso; udito l'Avvocato Alfredo Galasso e l'Avvocato Felicia D'Amico per il ricorrente, che hanno concluso per l'accoglimento del ricorso.

Fatto

FATTI DI CAUSA

La Corte di Appello di Messina ha, con sentenza n. 00198 del 19 marzo 2019, riformato la sentenza n. 01566 in data 01/06/2017 del Tribunale della stessa sede – al quale la causa era stata rimessa da questa Corte (sentenza n. 19265 del 12/09/2014, integrata dall’ordinanza n. 15095 del 17/07/2015) a seguito della cassazione del decreto di conferma dell’originario provvedimento dello stesso Tribunale di inammissibilità della domanda – che aveva accolto la domanda di C.C., quale esercente la potestà genitoriale sui minori C.N.C., S. e St., e condannato lo Stato italiano al pagamento, in favore dei suddetti, della somma di Euro duecentocinquantanovemila e duecento, oltre interessi al saggio legale sulla somma devalutata dalla data dell’evento ((OMISSIS), uccisione di M.M. madre dei minori da parte del padre N.S.) e rivalutazione anno per anno a titolo di danno patrimoniale, in applicazione della L. 13 aprile 1988, n. 118, sulla responsabilità civile dei magistrati.

Avverso la sentenza d’appello propone ricorso, con atto affidato a quattro motivi, C.C., nella qualità di esercente la potestà genitoriale sui predetti minori.

Resiste con controricorso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Non sono state depositate memorie.

All’udienza di discussione del 10 febbraio 2020 il P.G. ha concluso per il rigetto del ricorso.

La difesa del ricorrente ha concluso per l’accoglimento.

Diritto

## RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Il ricorso si articola su quattro motivi.

1.1. Il primo mezzo propone censura di nullità della sentenza ai sensi dell’art. 360 c.p.c., comma 1, n. 4, in relazione all’art. 132 c.p.c., comma 2 (anche se erroneamente scritto a pag. 4 del ricorso ed anche successivamente, “comma 1”), ed assume il carattere meramente apparente della motivazione resa dal giudice d’appello

1.2. Il secondo motivo propone censura di violazione e (o) falsa applicazione di norme di diritto e segnatamente della L. n. 117 del 1988, art. 2 e dell’art. 2043, in ordine al nesso di causalità tra la condotta omissiva dei magistrati incardinati nella Procura della

Repubblica di Caltagirone e l'evento (omicidio di M.M.).

1.3. Il terzo mezzo propone censura di omesso esame di fatto decisivo, di cui all'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, relativamente ad alcuni fatti ed atti processuali ed evidenzia il travisamento di alcune prove. La censura si appunta segnatamente: a) contro il preteso giudicato formatosi in relazione a svariate denunce tra quelle che, in numero di dodici e con connotati di estrema circostanzialità, secondo la prospettazione dell'impugnante, erano state presentate dalla M. nell'arco di un anno: giudicato che coprirebbe la negativa valutazione della responsabilità dei magistrati in relazione alle stesse; b) contro il richiamo, reputato affatto incongruente, a non meglio specificati tempi tecnici per l'adozione di provvedimenti; c) contro il travisamento nella lettura degli esiti della consulenza tecnica di ufficio svolta nel giudizio di separazione.

1.4. Il quarto ed ultimo motivo propone censura di violazione e (o) falsa applicazione della L. n. 117 del 1988 e dell'art. 2059 c.c. e ripropone la domanda di risarcimento del danno non patrimoniale disattesa dal Tribunale di Messina.

2. I primi tre motivi di ricorso, in quanto strettamente connessi, possono essere congiuntamente esaminati.

2.1. I fatti non controversi sono i seguenti: M.M. fu uccisa dal marito N.S., con il quale aveva in corso causa di separazione connotata da accesa conflittualità per l'affidamento dei figli, il (OMISSIS) – grosso centro in provincia di (OMISSIS) ma ricadente nell'ambito del circondario del Tribunale di Caltagirone – sulla pubblica via, con plurimi fendenti di un coltello a serramanico di 9,5 centimetri di lunghezza; N.S. venne arrestato subito dopo, venne tratto a giudizio e riconosciuto colpevole del delitto di omicidio in danno della moglie.

2.2. La Corte di Appello di Messina ha, con la sentenza impugnata, ritenuto che i fatti rilevanti in causa fossero quelli fatti oggetto della denuncia presentata da M.M. il (OMISSIS) ed ha affermato, a pag. 5 della motivazione, che il Tribunale aveva “ritenuto la sussistenza di una grave violazione di legge, commessa con negligenza inescusabile, in relazione ai fatti denunciati da M.M. nel (OMISSIS)”, in quanto la M. aveva evidenziato che il N. le si era mostrato intento a pulirsi le unghie della mano con un coltello, ed ha successivamente precisato che l'inadempimento dell'organo della pubblica accusa era da ravvisarsi nella mancanza di una perquisizione e dell'eventuale successivo sequestro del coltello nei confronti del N..

2.3. La Corte territoriale ha esplicitamente concentrato la propria disamina sulle de-

nunce effettuate da M.M. nel (OMISSIS) affermando che “Può, pertanto, ritenersi dato incontestato la mancata effettuazione, a seguito delle denunce del (OMISSIS), di alcun atto di perquisizione e sequestro, avendo la Procura, una volta ricevuta la notizia criminis, proceduto esclusivamente alla – doverosa – iscrizione del N. nel registro degli indagati per i reati di cui agli artt. 612 e 388 c.p.; L. n. 110 del 1975, art. 4, con successivo esercizio dell’azione penale ex artt. 459 c.p.c. e segg.” (così nel testo).

Nel prosieguo la sentenza d’appello evidenzia: che il quadro normativo dell’epoca non consentiva la richiesta, e quindi l’emissione, di misura cautelare per i fatti di cui alle denunce del (OMISSIS), nè era stato introdotto nell’ordinamento il reato di cd. stalking, di cui al D.L. 23 novembre 2009, n. 11 (convertito con modificazioni nella L. n. 38 del 23 aprile 2009, che ha introdotto l’art. 612 bis c.p.), che, alle stregua delle risultanze della consulenza tecnica di ufficio eseguita nella causa di separazione coniugale tra la M. ed il N., non risultavano patologie psichiatriche del N. e che, sulla base della certificazione del Servizio Territoriale per le tossicodipendenze, lo stesso non era in stato di dipendenza da droghe, con conseguente esclusione dei presupposti applicativi della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura di cui agli artt. 73 c.p.p. e segg. e per il trattamento sanitario obbligatorio di cui alla L. 23 dicembre 1978, n. 833 (artt. 32 e segg.).

La Corte d’Appello, tuttavia, ha continuato a ritenere dirimente, pur con le evidenziate precisazione, tendenti ad escludere una condotta inadempiente degli organi pubblici, la mancata effettuazione di una perquisizione nei confronti del N., anche se per inciso ha posto in dubbio che quello con cui il N. si mostrò alla M. fosse lo stesso coltello successivamente utilizzato per l’omicidio (in altro passo della motivazione la Corte territoriale aveva, peraltro, evidenziato che un coltello era già stato consegnato, nel (OMISSIS), dal N. ai Carabinieri).

La sentenza d’appello a pag. 15 afferma che l’”unico addebito che può, pertanto, muoversi alla Procura della Repubblica di Caltagirone consiste nella mancata effettuazione di una perquisizione volta alla ricerca del coltello utilizzato dal N. per minacciare la moglie e nel successivo sequestro” e prosegue nella disamina della sussistenza o meno del nesso causale tra la condotta omessa (mancata attuazione della condotta dovuta) e l’evento dannoso e giunge alla conclusione, alle pagg. 16 e seguenti, che in considerazione della fermezza del proposito omicida del N. (testualmente, a pag. 17: “Non si è trattato, infatti, di un omicidio d’impeto ma accuratamente programmato”), il quale uccise M.M. per strada, sotto gli occhi di diversi passanti e dello stesso padre della vittima, incurante, quindi, di essere immediatamente scoperto, che “l’omissione addebitabile alla Procura sia stata eziologicamente inefficiente, poiché la perquisizione e l’eventuale sequestro del

coltello non avrebbero impedito la morte della giovane mamma”.

2.4. La contraddizione della motivazione del giudice d'appello è evidente: in concreto la Corte di merito afferma che, stante l'intento omicidario del N. del tutto comprovato, dal successivo svilupparsi degli eventi, qualsiasi intervento dell'Ufficio giudiziario sarebbe stato influente, così testualmente a pag. 18 si legge: “Il N., infatti, avrebbe potuto facilmente procurarsi un'altra arma avente caratteristiche similari a quello utilizzato per uccidere, semplicemente acquistandola”.

In tal modo la Corte di merito ha, pur affermando di effettuare il cd. giudizio controfattuale, escluso la rilevanza causale di qualsiasi possibile antecedente logico, operando in modo difforme da quanto costantemente prescritto in materia. La giurisprudenza di questa Corte (Cass. n. 23197 del 27/09/2018) afferma, con orientamento che in questa sede si reputa ribadire, che “In tema di responsabilità civile, la verifica del nesso causale tra condotta omissiva e fatto dannoso si sostanzia nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto. Tale giudizio deve essere effettuato sulla scorta del criterio del “più probabile che non”, conformandosi ad uno standard di certezza probabilistica, che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (cd. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e, nel contempo, di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica o baconiana)”.

È, inoltre, giurisprudenza costante di questa Corte (di recente Cass. n. 13096 del 24/05/2017) che “In materia di illecito aquiliano, l'accertamento del nesso di causalità materiale, in relazione all'operare di più concause ed all'individuazione di quella cd. “prossima di rilievo” nella verifica dell'evento dannoso, forma oggetto di un apprezzamento di fatto del giudice di merito che è sindacabile in sede di legittimità, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3), sotto il profilo della violazione delle regole di diritto sostanziale recate dagli artt. 40 e 41 c.p. e art. 1227 c.c., comma 1”.

2.5. Così come effettuato dalla Corte di Appello di Messina il giudizio sul nesso causale (che è, e resta, come detto, un giudizio di fatto, rimesso per ciò solo al giudice di merito, anche qualora si tratti di cause di responsabilità civile ai sensi della L. n. 117 del 1988, in cui si controverte dell'ipotesi tipica in cui il magistrato è chiamato ad interpretare ed applicare norme di diritto: Cass. n. 13189 del 26/06/2015, non massimata) non è in realtà

correttamente impostato, in quanto, anche attraverso una eccessiva frammentazione dei fatti, con conseguente inintelligibile polverizzazione di alcuni di episodi (per quanto subito si dirà), si priva di rilevanza l'antecedente logico, ossia la condotta omessa, poichè si afferma che qualunque essa potesse essere, l'evento di danno si sarebbe comunque verificato. Così motivando la Corte di Appello ha dilatato l'incidenza dell'inadempienza dell'organo giudiziario ai limiti del caso fortuito e della forza maggiore, o, comunque, ha ristretto l'evitabilità dell'evento ai soli casi di assoluta impossibilità di una condotta positiva alternativa.

Ne deriva che il percorso argomentativo del giudice territoriale è in contrasto con le regole che governano l'accertamento del nesso eziologico; la motivazione offerta è perplessa e contraddittoria (a prescindere da ogni questione di sufficienza della motivazione).

Segnatamente del tutto incomprensibile è il richiamo al giudicato formatosi sui fatti oggetto di talune denunce (peraltro neppure chiaramente individuate), per avere il N., in relazione agli stessi, patteggiato le relative condanne dopo la morte della moglie: censura svolta nel terzo mezzo come omesso esame di un fatto decisivo e che si presta a essere apprezzata anche sotto il profilo della impossibilità di risalire, attraverso l'apparato argomentativo della pronuncia impugnata, all'iter logico posto a base del convincimento del decidente.

2.6. I primi tre motivi di ricorso sono, pertanto, fondati nei sensi innanzi precisati, assorbito ogni altro rilievo in essi svolto.

3. Il quarto motivo, meramente reiterativo dell'impugnazione di merito in punto di danno non patrimoniale non riconosciuto dal Tribunale di Messina, che ha ritenuto non applicabile la L. n. 18 del 2015, di modifica dell'originario testo della L. n. 117 del 1988, non avendo essa efficacia retroattiva, è assorbito e dovrà essere riproposto al giudice di rinvio.

4. Il ricorso è, pertanto, accolto.

4.1. La sentenza impugnata deve essere cassata e, non sussistendo i presupposti per la decisione nel merito, la causa rinviata, in applicazione dell'art. 383 c.p.c., comma 1, alla Corte di appello di Catanzaro, ossia a altro giudice di pari grado a quello che ha pronunciato la sentenza qui cassata, essendosi gli Uffici giudiziari di Messina già pronunciati, con esiti grandemente difforni, nelle fasi preliminari al merito e di merito.

4.2. Al giudice del rinvio è demandato di provvedere anche sulle spese di questo giudizio

di cassazione.

4.3. Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1, quater, deve darsi atto dell'insussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1 bis, in quanto l'impugnazione è stata accolta.

5. Il Collegio reputa opportuno disporre, in considerazione della minore età dei fratelli C.N. all'epoca dei fatti ed essendo due di essi ancora minorenni, che in caso di utilizzazione della presente sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione scientifica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, sia omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati identificativi delle parti riportati nella sentenza.

P.Q.M.

accoglie il ricorso, per quanto di ragione;

cassa la sentenza impugnata e rinvia la causa alla Corte di appello di Catanzaro, anche per le spese di questo giudizio.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1, quater, dà atto della non sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1 bis.

Dispone oscuramento dati identificativi e generalità.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Corte di Cassazione, Sezione Terza Civile, il 10 febbraio 2020.

Depositato in Cancelleria il 8 aprile 2020

## **Sentenza Cassazione n. 21530 del 2021**

La Corte Suprema di Cassazione – sezione Terza Civile composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati: Dott. TRAVAGLINO Giacomo – Presidente – Dott. GRAZIOSI Chiara – Consigliere – Dott. SCRIMA Antonietta – Consigliere – Dott. VINCENTI Enzo – rel. Consigliere – Dott. PELLECCHIA Antonella – Consigliere ha pronunciato la seguente sentenza sul ricorso 8784-2019

proposto da:

AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.) DELLA SARDEGNA, elettivamente domiciliata in ROMA, VIA PORTUENSE 104, presso lo studio del Dott. FABIO TRINCA, rappresentato e difeso dagli avvocati ALBERTO LUMINOSO, ANGELO LUMINOSO;  
– ricorrente –

contro

P.D., P.R., elettivamente domiciliati in ROMA, VIA GOLAMETTO 4, presso lo studio dell'avvocato LORENZO GIUA, che li rappresenta e difende unitamente agli avvocati STEFANIA MUSCAS, ANTONIO CAREDDU;  
– controricorrente –

nonché nei confronti di:

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA;  
– intimata –

avverso la sentenza n. 97/2018 della CORTE D'APPELLO di CAGLIARI, depositata il 07/02/2018; udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 16/02/2021 – tenutasi ai sensi del D.L. n. 137 del 2020, art. 23, comma 8 bis, convertito, con modificazioni, nella L. n. 176 del 2020, – dal Consigliere Dott. VINCENTI ENZO.

Fatto

## FATTI DI CAUSA

1. – P.R., in proprio e in qualità di genitore esercente la responsabilità sul minore P.D., convenne in giudizio le Aziende Sanitarie locali n. (OMISSIS) di Cagliari e n. (OMISSIS) di Oristano, chiedendo la condanna di queste ultime al risarcimento dei danni sofferti per il decesso della congiunta M.S., occorso il (OMISSIS), per TENS o “sindrome di Lyell”, diagnosticata con ritardo fatale.

1.1. – L'adito Tribunale di Oristano, espletata C.T.U. medico-legale, con sentenza n. 369/2013, accolse la domanda, condannando in solido le aziende convenute al pagamento, in favore di P.R., della somma di Euro 475.255,00 e della somma di Euro 407.361,00 in favore di P.D., a titolo di risarcimento danni, oltre interessi legali dalla data della sentenza e sino al soddisfo.

Il Tribunale condannò, altresì, le compagnie assicuratrici dell'Azienda Sanitaria locale (OMISSIS) di Cagliari, la Sasa Assicurazioni Riassicurazioni S.p.A. e La Nazionale Assicurazioni S.p.A., chiamate in causa, a tenere indenne l'assicurata dalle conseguenze pregiudizievoli derivanti dall'accoglimento della domanda attrice, nonché alla rifusione delle spese processuali nei confronti della medesima struttura sanitaria.

2. – Con sentenza n. 97 resa pubblica il 7 febbraio 2018, la Corte d'Appello di Cagliari, ritenendo, sulla base di C.T.U. medico-legale, ascrivibile l'exitus della M. esclusivamente alla condotta grave-

mente colposa dei medici operanti nell'Asl (OMISSIS) di Oristano, in accoglimento dell'appello svolto dalle chiamate in causa compagnie assicuratrici dell'Asl (OMISSIS), la Milano Assicurazioni S.p.A. (già Sasa Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.) e l'Unipol Assicurazioni S.p.A. (già La Nazionale Assicurazioni S.p.A.) e di quello incidentale dell'Azienda Sanitaria locale (OMISSIS) di Cagliari, nonché, parzialmente (ossia, sulla pretesa risarcitoria attorea concernente il danno patrimoniale), di quello dell'Azienda Sanitaria locale (OMISSIS) di Oristano, condannava unicamente quest'ultima Azienda Sanitaria locale (OMISSIS) di Oristano al pagamento, a titolo di risarcimento danni, della somma di Euro 375.117,20 in favore di P.R. e della somma di Euro 407.361,00 in favore di P.D., oltre relativi accessori.

2.1. – In particolare, per quanto ancora rileva in questa sede, la Corte d'Appello riteneva che “l'evento letale (fosse) ascrivibile esclusivamente all'operato dei medici dell'ospedale San Martino di Oristano”, con esclusione della responsabilità imputabile all'Asl (OMISSIS) di Cagliari, per aver la predetta struttura sanitaria correttamente diagnosticato la sindrome di Lyell e per aver, sospesa la somministrazione di paracetamolo, tempestivamente disposto, in data 26 settembre 1999, il trasferimento della paziente dapprima presso l'unità operativa di Terapia Intensiva e Rianimazione, e, in data (OMISSIS), in ragione del successivo ulteriore aggravamento, presso il Centro Grandi Ustionati di Sassari, ove la paziente è deceduta.

Quanto alla posizione della Asl (OMISSIS) di Oristano, il giudice di secondo grado riscontrava nell'operato dei medici – e segnatamente, nell'assenza di un'anamnesi del quadro clinico completa e dettagliata, nell'errata diagnosi di morbillo e conseguente mancata sospensione del farmaco Actigrip scatenante la reazione allergica, nonché nella prescrizione di altro farmaco contenente il medesimo principio attivo di paracetamolo determinante ancor più l'aggravamento della patologia in scollamento cutaneo – la condotta generatrice dell'evoluzione severa della malattia, culminata, ridotte drasticamente le possibilità di sopravvivenza della M., nell'exitus della medesima.

3. – Avverso tale sentenza ricorre per cassazione l'Azienda per la Tutela della Salute della Sardegna (succeduta per legge a tutte le Aziende Sanitarie locali della Sardegna, e, fra queste, All'azienda Sanitaria locale (OMISSIS) di Oristano), affidando le sorti dell'impugnazione a tre motivi.

Resistono con controricorso, illustrato da memoria, P.R. e P.D..

Non hanno svolto attività difensiva in questa sede le intime UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e Milano Assicurazioni S.p.A..

Il pubblico ministero ha rassegnato conclusioni scritte, concludendo per il rigetto del ricorso.

La decisione è stata resa in camera di consiglio ai sensi del D.L. n. 137 del 2020, art. 23, comma 8 bis, convertito, con modificazioni, nella L. n. 176 del 2020, in mancanza di richiesta di discussione orale, con adozione della forma di sentenza in forza dell'art. 375 c.p.c., u.c..

Diritto

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. – Con il primo mezzo è denunciata, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3, la violazione e falsa applicazione degli artt. 1218,1223,1225,1226,1227 e 1228 c.c. e artt. 40 e 41 c.p., per non aver la Corte territoriale applicato, in punto di accertamento del nesso causale tra condotta della struttura sanitaria ed evento lesivo, il principio del “più probabile che non” in conformità alle peculiarità del caso concreto, attestandosi invero sul mero piano di statistiche generali ed astratte, là dove ha sostenuto che, ove la sindrome di Lyell fosse stata tempestivamente diagnostica, la M. avrebbe avuto, nella misura del 70%, significative chances di sopravvivenza.

La Corte di merito, in contrasto con il principio per cui la prova del nesso causale grava sul danneggiato, non avrebbe, altresì, reso alcun giudizio controfattuale in merito all'incidenza determinante del ritardo – di un solo giorno – della diagnosi di TENS nella causazione dell'exitus della paziente, sulla scorta dei rilievi per cui la diagnosi medesima sarebbe comunque avvenuta, presso l'Asl (OMISSIS) di Cagliari, soli tre giorni successivi all'assunzione del medicinale Actigrip che avrebbe scatenato l'esantema, nonché della circostanza per cui la M. sarebbe stata successivamente ricoverata in ben altre strutture ospedaliere, quali il reparto di Terapia Intensiva dell'Asl (OMISSIS) di Cagliari e il Centro Grandi Ustionati di Sassari.

1.1. – Il motivo è in parte infondato e in parte inammissibile.

1.1.1. – Giova rammentare, anzitutto, che (alla stregua di orientamento ormai stabile di questa Corte: Cass., S.U., 11 gennaio 2008, n. 576 e, tra le altre, Cass., 27 settembre 2018, n. 23197), in tema di responsabilità civile, la verifica del nesso causale tra condotta (commissiva e/o omissiva) e fatto dannoso – regolato strutturalmente dalle norme di cui agli artt. 40 e 41 c.p. (e, dunque, per via interpretativa, in forza dell'applicazione della teoria condizionalistica, temperata dalla teoria della c.d. regolarità o adeguatezza causale) deve compiersi sulla scorta del criterio (o regola di funzione o, altrimenti detta, regola probatoria) del “più probabile che non”, conformandosi ad uno standard di certezza probabilistica, che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (cd. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconfidente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e, nel contempo, di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica o baconiana).

Allorquando, poi, venga in rilievo, segnatamente, una condotta omissiva, quella verifica si sostanzia nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto.

1.1.1.1. – In particolare, quanto specificamente al profilo dell'accertamento del nesso eziologico che investe l'applicazione del criterio del “più probabile che non”, il principio sopra enunciato trova le seguenti puntualizzazioni.

Non può disconoscersi, infatti, che l'attuale assetto della giurisprudenza civile in materia si presenta, in misura significativa, tributario degli approdi, sistematico e di risultato, della sentenza delle Sezioni Unite penali n. 30328 del 10 luglio 2002 (dep. 11 settembre 2002), pronunciata proprio in materia di responsabilità sanitaria.

La citata decisione ha avuto ad oggetto la cognizione di fattispecie di reato colposo omissivo improprio e, dunque, di accertamento relativo alla causalità della condotta omissiva (ossia, dell'anzidetto giudizio controfattuale che, per l'appunto, si richiede nella verifica dell'eziologia dell'omissione, per cui, in modo speculare a quanto accade per la condotta attiva, occorre stabilire se il comportamento doveroso che l'agente avrebbe dovuto tenere comportamento materiale prima di tutto – sarebbe stato in grado di impedire, o meno, l'evento lesivo, al di là di ogni profilo di rimprovero soggettivo), ma ha enunciato principi generalmente applicabili in materia di rapporto causale, tracciando una chiara distinzione tra probabilità scientifica e probabilità logica.

In essa non si nega affatto la rilevanza della legge scientifica (universale – assai rare – o statistica, che sono la maggior parte), o della regola d'esperienza, di copertura, ma si afferma che non è consentito dedurre automaticamente e proporzionalmente dal coefficiente di probabilità statistica espresso dalla “legge” la conferma dell'ipotesi sull'esistenza del rapporto di causalità, poiché il giudice ne deve verificare la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze di fatto e dell'evidenza.

Assume, dunque, centralità il c.d. “ragionamento probatorio” del giudice, che fa sì che l'accertamento processuale divenga anch'esso elemento definitorio dello stesso concetto di causa rilevante per il diritto.

In altri termini, la “regola di struttura” e la “regola di funzione” si saldano nel cd. ragionamento probatorio; ciò sta a significare il rigetto di quel modello – al quale guardava la giurisprudenza più risalente che ancorava l'accertamento del nesso di causa imprescindibilmente in base a determinate soglie probabilistiche fornite dalla legge scientifica.

Quell'accertamento giudiziale è stato quindi ancorato dalla sentenza delle Sezioni Unite penali alla “alta o elevata credibilità razionale” del verificarsi dell'evento lesivo in base alla condotta dell'agente, ciò in ragione dello stretto legame con l'esigenza di preservare, in ambito penalistico, oltre ai caratteri di tassatività e determinatezza della fattispecie di reato (art. 25 Cost.), il principio di non colpevolezza dell'accusato (art. 27 Cost.), per cui la condanna può seguire solo ove l'ipotesi accusatoria sia fondata oltre ogni ragionevole dubbio.

Diversamente, in ambito di responsabilità civile, la diversità dei valori implicati (come ribadito dalla citata Cass., S.U., (OMISSIS)76/2008 ed essendosi nel medesimo senso espressa ancor prima Cass., 16 ottobre 2007, n. 21619) porta a privilegiare la regola probatoria o di funzione del “più probabile che non”, che, come detto, costituisce ormai “diritto vivente”.

A tal riguardo, si fa riferimento al principio di evidence and inference dei sistemi anglosassoni, per affermare che lo standard di “certezza probabilistica” in materia civile – come detto – non può essere ancorato esclusivamente alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi, che potrebbe anche mancare o essere inconfidente, ma va 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).

Il principio è stato, quindi, puntualizzato (tra le altre, Cass., 21 luglio 2011, n. 15991; Cass., 20 febbraio 2015, n. 3390) nel senso della necessità di una analisi specifica e puntuale di tutte le

risultanze probatorie del singolo processo, della singola vicenda di danno, della singola condotta causalmente efficiente alla produzione dell'evento, tutte a loro volta permeate di una non ripetibile unicità.

L'ineludibile esigenza di ancorare l'accertamento del nesso causale alla concretezza della vicenda storica comporta una traslazione della regola sostanziale in quella processuale, tale che la valorizzazione del caso concreto non risulti svalutazione della legge scientifica, soprattutto nella sua declinazione di legge statistica, per dar corpo ad "ideali aneliti riparatori tout court" (così la citata Cass. n. 15991/2011), ma impone di calare il giudizio sull'accertamento del nesso causale all'interno del processo, così da verificare, secondo il prudente apprezzamento rimesso al giudice del merito (art. 116 c.p.c.), la complessiva evidenza probatoria del caso concreto e addivenire, all'esito di tale giudizio comparativo, alla più corretta delle soluzioni possibili.

Di qui, la vitalità del criterio della c.d. evidenza del probabile nell'ambito del singolo processo e della singolare vicenda processuale, che, dunque, non si risolve nella preponderanza dell'evidenza legata al criterio del "50% + 1" (tipico della cultura giuridica anglosassone), ma potrà giungere all'affermazione di sussistenza del nesso di causalità materiale anche in situazioni di probabilità minori (senza per ciò dar luogo ad ipotesi di "perdita di chance"), tenuto conto delle acquisizioni probatorie, sia in positivo, che in negativo, ossia come assenza di fattori alternativi plausibili.

In tale ottica conferma e conforto di una siffatta impostazione ma anche l'emersione di talune precisazioni di rilievo – provengono dalla giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione Europea (CGUE).

L'orientamento della CGUE era stato fatto oggetto di richiamo già dalla citata Cass., S.U., n. 576/2008 là dove, in controversie consumeristiche, il riferimento diretto era al concetto di "sufficiente probabilità" o di "maggiore probabilità" della violazione delle norme sulla concorrenza in danno del consumatore (CGCE, 13/07/2006, n. 295; Corte giustizia CE, 15/02/2005, n. 12).

Un rilievo ancor più significativo assume, però, la più recente sentenza del 21 giugno 2017 (C-621/15), in tema di interpretazione dell'art. 4 della direttiva 85/374 in materia di responsabilità da prodotto difettoso, in controversia riguardante un'azione risarcitoria contro il produttore di un vaccino per il danno derivante da un asserito difetto di quest'ultimo.

La questione interpretativa si è posta in ragione della mancanza di una legge di copertura (nella specie, secondo la scienza e la ricerca medica) a fondare l'esistenza, ma anche ad escluderla, del nesso tra la somministrazione del vaccino e l'insorgenza della malattia da cui era affetto il danneggiato; la pronuncia, quindi, ha avuto riguardo proprio alla prova della connessione causale tra difetto del prodotto e danno, prova il cui onere grava sul danneggiato.

Nell'ottica del principio di effettività della tutela che segna l'esercizio dei diritti spettanti ai singoli in forza del diritto dell'Unione, la CGUE ha ritenuto che la prova del nesso causale possa anche derivare da quella indiziaria, fornita dall'attore, pur in assenza di "certezze" scientifiche (in termini positivi o negativi), ma potendosi fondare "su un complesso di indizi la cui gravità, precisione e concordanza... consentono" al giudice "di ritenere, con un grado sufficientemente elevato di probabilità, che una simile conclusione" ossia la sussistenza dell'anzidetta connessione – "corrisponda alla realtà".

Pur ribadendo l'assetto del riparto dell'onere di prova, a carico del danneggiato – e, dunque, negando che si possa addivenire ad un ribaltamento di detto onere, conferendo al giudizio presuntivo una valenza anche iuris tantum di esistenza del nesso di causalità tra il difetto e l'insorgenza del danno – la CGUE evidenzia come ciò debba essere evitato proprio tramite l'applicazione del principio sopra definito di “evidenza del probabile”, legato alla formazione del *thema probandum* nel più ampio contraddittorio tra le parti.

Ciò richiede – afferma la Corte di Lussemburgo – “che il giudice si assicuri di preservare il proprio libero apprezzamento quanto al fatto che una simile prova sia stata o meno fornita in modo giuridicamente sufficiente, fino al momento in cui, avendo egli preso conoscenza degli elementi prodotti dalle due parti e degli argomenti scambiati dalle stesse, si ritenga in grado, alla luce dell'insieme delle circostanze pertinenti del caso al suo esame, di formare il proprio convincimento definitivo al riguardo” (convincimento che – come detto – attiene all'esistenza o meno del nesso di causalità materiale tra una condotta e un evento, pur in assenza del conforto pieno della c.d. legge di copertura).

Secondo un'ottica simile si è, del resto, espressa la giurisprudenza di questa Corte in materia di danni da vaccinazioni obbligatorie, indennizzati ai sensi della L. n. 210 del 1992, giacché, a fronte di un riscontro sul piano scientifico di segno sostanzialmente negativo (ossia di “implausibilità biologica”) circa la sussistenza del nesso causale tra somministrazione vaccinale e patologia insorta (autismo), si è dato, poi, rilievo alla carenza di elementi concreti ulteriori a fondare l'esistenza di detto nesso, mettendo in risalto la convergente valutazione tra la determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa) e gli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica), così da giungere al convincimento che l'eziologia ipotizzata dal ricorrente era rimasta allo stadio di “mera possibilità teorica” (così Cass., 25 luglio 2018, n. 19699; in precedenza, analogamente, Cass., 25 luglio 2017, n. 18358; Cass., 24 ottobre 2017, n. 25119; Cass., 3 febbraio 2021, n. 2474).

Ne consegue che la “legge di copertura” viene, anzitutto, a delineare il perimetro della c.d. causalità generica, fornendo (ove naturalmente ciò sia predicabile e nei termini, pur limitati, in cui lo sia) una base di copertura scientifica (statistico/probabilistica) del nesso causale, attraverso la quale transita la c.d. causalità specifica che attenendo alla concretezza della vicenda processuale e dunque alla pretesa fatta valere dal danneggiato – della prima saggia la definitiva conclusione facendo leva sugli elementi processualmente raccolti e, quindi, in base all'evidenza probatoria.

1.1.2. – Degli anzidetti principi ha fatto buon governo la Corte territoriale, calando la propria valutazione nel contesto delle complessive (e ritualmente acquisite) risultanze probatorie, alla luce degli accertamenti tecnici medico-legali effettuati nel corso dell'intero giudizio e non arrestando il proprio giudizio al solo rilievo statistico (legato, dunque, alla legge di copertura in ambito di scienza medica e, quindi, alla sola c.d. causalità generica) delle percentuali di sopravvivenza dei pazienti affetti dalla sindrome di Leyll, né mancando di evidenziare il giudizio controfattuale a sostegno del positivo accertamento della causalità materiale a fronte di condotta omissiva, nella quale, peraltro, non si è esaurito il complessivo comportamento tenuto dai medici dell'Ospedale di Oristano quale ritenuto in correlazione eziologica con l'evento lesivo del decesso della M., alla stregua del criterio (o regola di funzione) del “più probabile che non”.

In particolare, il giudice di appello (cfr. sentenza pp. 19/25) ha concretamente accertato – sulla scorta delle espletate c.t.u. (e dei relativi rilievi dei consulenti di parte), delle deposizioni testimoniali raccolte e della documentazione (ritualmente) acquisita agli atti (e, segnatamente, delle cartelle cliniche) – la carenza, sin dal ricovero della M. del 24 settembre 1999, di “elementari indagini anamnestiche” in uno con l’imperita interpretazione dell’esame obiettivo, da cui l’errata diagnosi di morbillo (perpetuata anche il giorno successivo in occasione delle dimissioni), con erronea prescrizione di farmaco (tachipirina) aggravante il quadro clinico, tale da abbattere la percentuale di sopravvivenza del 70%, rilevando a tal fine anche la superficialità (e, dunque, l’imprudenza) delle dimissioni di paziente con temperatura corporea di circa 40 gradi e dalla sintomatologia che, quantomeno, avrebbe dovuto indurre i medici ad una diagnosi differenziale da quella del morbillo.

Di qui, il coerente giudizio controfattuale “di ragionevole probabilità che la M. avrebbe potuto sopravvivere se i medici di Oristano avessero tempestivamente effettuato la diagnosi corretta interrotto la somministrazione di paracetamolo – al contrario, incrementata, aggravandosi la patologia – così consegnando la paziente a una unità operativa di Terapia Intensiva e Rianimazione o un Centro Grandi Ustionati in condizioni cliniche generali meno disastrose e compromesse di quelle in cui pervenne a Cagliari”.

Sicché, il giudizio della Corte territoriale sulla sussistenza, nel caso in esame, del nesso di causalità materiale tra condotta (dei sanitari) ed evento (letale a carico della paziente), esitato in un positivo accertamento eziologico in base al criterio del “più probabile che non”, non evidenzia alcuna incertezza al riguardo – risultando così coerente anche con la regola, residuale, di riparto dell’onere probatorio, che trova rilievo solo in caso di fatto la cui causa determinativa sia rimasta ignota, facendone gravare sull’attore/danneggiato la mancata dimostrazione (tra le altre, Cass., 7 dicembre 2017, n. 29315; Cass., 20 agosto 2018, n. 20812; Cass., 3 novembre 2020, n. 24462) – e tale, quindi, da porsi idoneamente a fondamento della piena attribuzione dell’evento lesivo a carico dei medici dell’Ospedale di Oristano e, dunque, della struttura sanitaria nella quale essi hanno operato, ossia la (ex) A.S.L. (OMISSIS) di Oristano.

Sono, quindi, destituite di fondamento le censure di error in iudicando avanzate dalla parte ricorrente.

1.1.3. – Gli ulteriori profili di doglianza investono direttamente la quaestio facti riservata all’apprrezzamento del giudice di merito, del quale l’A.T.S. ricorrente critica, essenzialmente (e in modo inammissibile), gli esiti in ragione di una lettura alternativa delle risultanze probatorie (prospettazione che, come tale, non sarebbe neppure riconducibile al paradigma del vizio c.d. motivazionale di cui alla previgente – e inapplicabile ratione temporis – formulazione dell’art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5) ovvero lamentando una insufficiente e/o contraddittoria motivazione, senza dedurre, in modo idoneo e congruente (Cass., S.U., 7 aprile 2014, n. 8053), un vizio di omesso esame di fatto storico materiale (cfr. sulla valenza meramente istruttoria della c.t.u. quale atto processuale, da cui eventualmente trarre il fatto storico, Cass., 24 giugno 2020, n. 12387) in forza della vigente norma di cui al citato dell’art. 360 c.p.c., n. 5.

Peraltro – e sebbene siano già di per sé assorbenti le considerazioni che precedono – tali censure sono, altresì, inammissibili là dove (cfr. pp. 17/18 del ricorso) fanno leva sulla documentazione relativa al processo penale contro ignoti instaurato dopo il decesso della M., che la Corte territoriale ha dichiarato in toto inammissibile in quanto prodotta tardivamente, in violazione dell'art. 345 c.p.c., comma 3, (p. 24 della sentenza).

L'A.T.S. non ha, infatti, dato contezza in questa sede, già con l'atto introduttivo del giudizio di cassazione (palesandosi, comunque, affatto generica l'affermazione, resa con la memoria ex art. 378 c.p.c., per cui la Corte d'appello non avrebbe dichiarato l'inammissibilità degli atti allegati al ricorso) e nel rispetto dei principi di specificità e localizzazione processuale, di cui all'art. 366 c.p.c., comma 1, n. 4 e n. 6, della estraneità all'anzidetto processo penale degli atti che sono stati posti a sostegno del ricorso e che si palesano come inerenti all'indagine penale (verbali si S.I.T., indagine NAS, esposto-denunzia).

2. – Con il secondo mezzo è dedotta, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3, violazione e falsa applicazione degli artt. 1218,1223,1225,1226,1227 e 1228 c.c. e artt. 40 e 41 c.p., nonché, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, denunciato “vizio di omesso esame di fatto decisivo”, per non aver la Corte territoriale tenuto in adeguato conto, nella produzione dell'evento lesivo in un caso, come quello in esame, in cui non era “possibile.. stabilire se la condotta commissiva od omissiva dei medici sia stata o meno rilevante nella effettiva causazione dell'evento morte”, dell'efficienza causale del “fortuito”, ossia dell'indice di mortalità della patologia così elevato da dover provocare, di per sé, nonché a prescindere dalle cure poste in essere, un esito infausto del trattamento medico. Donde – soggiunge la ricorrente -, il giudice di merito avrebbe erroneamente posto a carico di essa Azienda Sanitaria un obbligo risarcitorio integrale, là dove, solo a considerare l'incidenza del fortuito nel caso concreto, la liquidazione dei danni avrebbe dovuto essere, in via equitativa, non superiore alla misura del 50-70%.

3. – Con il terzo mezzo è prospettata, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3, violazione e falsa applicazione degli artt. 1176,1218 e 2236 c.c., nonché dedotto, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, omesso esame di fatto decisivo e discusso tra le parti, per non aver la Corte territoriale pronunciato sull'eccezione, sollevata con l'appello incidentale, di esimente della responsabilità prevista dall'art. 2236 c.c., per il caso in cui – come nella specie si presentava la diagnosi della sindrome di Lyell – la prestazione medica implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

4. – È prioritario l'esame del terzo motivo, che attiene ancora all'an della responsabilità civile della struttura sanitaria, là dove il secondo mezzo investe la portata dell'obbligazione risarcitoria.

4.1. – Il motivo è inammissibile, prima ancora che infondato.

4.1.1. – La ricorrente si duole di una omessa pronuncia sull'eccezione, da essa sollevata in appello, concernente l'applicazione, nella specie, dell'esimente di responsabilità configurata dall'art. 2236 c.c., adducendo, al tempo stesso, una violazione di legge (degli artt. 1176,1218 e 2236 c.c.) e un vizio di omesso esame di fatto decisivo e discusso tra le parti, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, là dove, invero, avrebbe dovuto dedurre un vizio di omessa pronuncia su motivo di appello (e non già su eccezione riservata alla parte, poiché il rilievo della questione concernente la necessità della soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà può essere compiuto d'ufficio dal

giudice, sulla base di risultanze ritualmente acquisite, non costituendo oggetto di un'eccezione in senso stretto: tra le molte, Cass., 11 gennaio 2021, n. 200), ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 4, e, quindi, invocare, in modo univoco, la nullità della sentenza e non già limitarsi a evidenziare una violazione di legge o un vizio motivazionale (Cass., S.U., 24 luglio 2013, n. 17931; Cass., 7 maggio 2018, n. 10862).

4.1.2. – Tuttavia, ove in ipotesi si possa giungere ad emendare la erronea prospettazione della censura, il vizio denunciato non è affatto ravvisabile, giacché la questione introdotta dalla A.T.S. (all'epoca A.S.L. (OMISSIS) di Oristano) in sede di appello è stata esaminata e decisa – sia pure se non espressamente menzionata la norma dell'art. 2236 c.c., evocata dalla ricorrente – con una pronuncia implicita di irrilevanza e di infondatezza, in quanto superata e travolta dalla soluzione che il giudice di merito ha dato in punto di imputazione soggettiva della responsabilità dei sanitari dell'Ospedale di Oristano, che si presta a configurarsi come incompatibile con l'applicazione dello stesso art. 2236 c.c..

4.1.2.1. – Come da questa Corte affermato in più di un'occasione (tra le altre, Cass., 10 maggio 2000, n. 5945; Cass., 28 maggio 2004, n. 10297; Cass., 19 aprile 2006, n. 9085; Cass., 31 luglio 2015, n. 16275), la limitazione della responsabilità professionale del medico ai soli casi di dolo o colpa grave a norma dell'art. 2236 c.c. si applica nelle sole ipotesi che presentino problemi tecnici di particolare difficoltà nozione che ricomprende non solo la necessità di risolvere problemi insolubili o assolutamente aleatori, ma anche l'esigenza di affrontare problemi tecnici nuovi, di speciale complessità, che richiedano un impegno intellettuale superiore alla media, o che non siano ancora adeguatamente studiati dalla scienza.

In ogni caso, tale limitazione di responsabilità attiene esclusivamente all'imperizia, non all'imprudenza e alla negligenza (da valutarsi ai sensi dell'art. 1176 c.c., comma 2), con la conseguenza che risponde anche per colpa lieve il professionista che, nell'esecuzione di un intervento o di una terapia medica, provochi un danno per omissione di diligenza. L'accertamento relativo alla sussistenza di tali presupposti compete, quindi, al giudice di merito ed è incensurabile in sede di legittimità se adeguatamente motivato.

4.1.2.2. – La Corte territoriale (come già in precedenza evidenziato) ha accertato a carico dei sanitari dell'Ospedale di Oristano “molteplici profili di colpa” (così a p. 20 della sentenza), ravvisandone: a) l'imperizia nell'errata diagnosi di morbillo invece di quella di sindrome di Leyll in base alle evidenze dell'esame obiettivo (e, a maggior ragione, al momento del trasferimento in altro nosocomio), nonché nella somministrazione di farmaco contenente paracetamolo (determinante l'ingravescenza della patologia); b) la negligenza nella carente effettuazione “di elementari indagini anamnestica”; c) l'imprudenza (in termini di condotta “superficiale”) “nel dimettere, nella stessa giornata del 24 settembre, una paziente con una temperatura corporea di 40 gradi e la suddetta sintomatologia”.

Trattasi, dunque, di accertamento che, in primo luogo, mette in risalto, alla luce dei parametri valutativi anzidetti (enucleati dalla giurisprudenza di questa Corte), l'irriducibilità dei puntuali addebiti, di imperizia, mossi ai sanitari (errata diagnosi della specifica patologia e consequenziale erroneo intervento immediato a livello di terapia: mancata sospensione della somministrazione di tachipirina) al concetto (seppur mobile) di “problemi tecnici di speciale difficoltà”.

In ogni caso, e in via dirimente, detto accertamento evidenzia profili di negligenza ed imprudenza che elidono, di per sé, la possibilità di applicare, nel caso di specie, la norma dell'art. 2236 c.c., che, come detto, limita il proprio ambito di operatività alla condotta professionale imperita, ossia quella difforme dalle regole che possono considerarsi acquisite alla scienza ed alla pratica medica e che indirizzano metodi e/o tecniche di intervento, così da costituire il necessario corredo, culturale e sperimentale del professionista che si dedichi ad un particolare settore della medicina.

Ciò che, in sintesi, trova rilievo – alla stregua di quanto previsto dalla L. n. 24 del 2017, art. 5, pur inapplicabile *ratione temporis* alla presente controversia – nelle raccomandazioni indicate dalle linee guida o nelle buone pratiche clinico-assistenziali, da calarsi pur sempre nella specificità del caso concreto.

4.1.2.3. – Ne', del resto, un tale accertamento in fatto è stato comunque attinto da censure concludenti, essendosi la A.T.S. limitata a dolersi di una (presunta) omessa pronuncia sul motivo di gravame (nei termini anzidetti), senza dedurre, in modo idoneo e congruente, quanto alla *quaestio facti* un vizio di omesso esame ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5 (alla stregua di quanto enunciato da Cass., S.U., 7 aprile 2014, n. 8053, per cui il ricorrente deve indicare il “fatto storico”, il cui esame sia stato omesso, il “dato”, testuale o extratestuale, da cui esso risulti esistente, il “come” e il “quando” tale fatto sia stato oggetto di discussione processuale tra le parti e la sua “decisività”, fermo restando che l'omesso esame di elementi istruttori non integra, di per sé, il vizio di omesso esame di un fatto decisivo qualora il fatto storico, rilevante in causa, sia stato comunque preso in considerazione dal giudice, ancorché la sentenza non abbia dato conto di tutte le risultanze probatorie).

Ne' (pur essendo già di per sé assorbenti le considerazioni al p. 4.1.2.2.) è stata sottoposta a critica specifica, nel rispetto dell'art. 366 c.p.c., n. 4, la sentenza della Corte territoriale nella sua articolata valutazione della colpa professionale (come visto, comunque escludente la possibilità di fare applicazione dell'art. 2236 c.c.), giacché, pur avendo richiamato la giurisprudenza sulla citata norma (ed accennato in estrema sintesi all'esito della decisione di gravame), la ricorrente non ha poi svolto doglianze puntuali su quella valutazione, concentrando piuttosto lo sviluppo argomentativo del motivo nel dare contezza delle ragioni dell'appello.

5. – Venendo allo scrutinio del secondo motivo, esso è inammissibile.

Lo è anzitutto là dove con esso si postula un omesso esame sul “rischio di mortalità di base”, che non può ritenersi un fatto storico materiale da potersi ricondurre nell'alveo del vizio denunciabile ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, sostanziosamente in una valutazione astratta di carattere tecnico-scientifico nell'ambito della medicina, che la Corte territoriale ha, peraltro, tenuto in considerazione nella deliberazione, in concreto, delle probabilità di sopravvivenza della paziente.

Inoltre, lo è (inammissibile), e in via assorbente, in quanto la doglianza dell'A.T.S. muove dall'errore presupposto che, nella specie, vi sia una concomitanza del “fortuito” (per l'appunto, il rischio di mortalità di base) con la condotta dei sanitari tale che il fattore naturale abbia concorso eziologicamente con quello umano nella verifica dell'evento lesivo (la morte della paziente), così da poter poi ridondare (non sul piano della causalità materiale, bensì) sul piano della causalità

giuridica in termini di riduzione, in via equitativa, dell'obbligo risarcitorio, rilevando proprio in tal guisa la accertata concorrenza eziologica del "fortuito" stesso.

Tuttavia, come detto in precedenza, la Corte territoriale ha accertato, in base alla regola probatoria del "più probabile che non" e facendo corretta applicazione del "ragionamento probatorio", l'esistenza del nesso causale tra condotta dei sanitari e morte della paziente in termini di ascrizione completa dell'evento lesivo in capo ai medici, escludendo intermediazioni di fattori naturali concomitanti e con valenza eziologica incidente sulla causazione dell'evento stesso. Per contro, parte ricorrente intende (inammissibilmente) assegnare valenza di fattore naturale eziologicamente concorrente con la condotta dei sanitari ad una (come detto) astratta valutazione della scienza medica, avulsa, dunque, dalla verifica effettuata, correttamente, dal giudice di merito in concreto e secondo le coordinate giuridiche innanzi rammentate (p. 1.1.1.1., che precede).

Infine, la censura si viene a comunque scontrare con la circostanza (che sarebbe, di per sé, dirimente) secondo cui, per poter avvalersi della riduzione equitativa dell'obbligo risarcitorio in ragione del fattore naturale (nella specie, quel "fortuito" evocato dalla ricorrente A.T.S.), occorre "che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario" (così Cass., 21 luglio 2011, n. 15991; in termini anche Cass., 17 giugno 2016, n. 12516). Ciò che, invece, è, nel caso in esame, da escludere in base all'accertamento della Corte territoriale (ormai non più superabile all'esito dello scrutinio che precede) in ordine alla condotta colposa dei sanitari dell'Ospedale di Oristano determinativa della ingravescenza della patologia in guisa tale da "abbate(re) la percentuale statistica di sopravvivenza del 70% in misura tale... (che) le condizioni della inferma non si sarebbero aggravate e la stessa avrebbe potuto sopravvivere con le cure appropriate in un centro attrezzato" (così p. 22 della sentenza di appello).

6. – Il ricorso va, pertanto, rigettato e la parte ricorrente condannata al pagamento, in favore dei controricorrenti, delle spese del giudizio di legittimità, come liquidate in dispositivo.

Non occorre provvedere alla regolamentazione di dette spese nei confronti delle parti intimiate che non hanno svolto attività difensiva in questa sede.

P.Q.M.

rigetta il ricorso e condanna la parte ricorrente al pagamento, in favore dei controricorrenti, delle spese del giudizio di legittimità, che liquida in Euro 10.200,00, per compensi, oltre alle spese forfetarie nella misura del 15 per cento, agli esborsi liquidati in Euro 200,00, e agli accessori di legge.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del citato art. 13, comma 1-bis, se dovuto.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Sezione Terza civile della Corte suprema di Cassazione, il 16 febbraio 2021.

Depositato in Cancelleria il 27 luglio 2021

# **Sentenza Cassazione Civile, Sez. III, n. 28991 dell'11 novembre 2019**

Cassazione Civile sezione terza, sentenza n. 28991 dell'11-11-2019

La Corte Suprema di Cassazione – sezione Terza Civile composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati: Dott. TRAVAGLINO Giacomo - Presidente - Dott. FRASCA Raffaele - Consigliere - Dott. OLIVIERI Stefano - Consigliere - Dott. SCODITTI Enrico - rel. Consigliere - Dott. VALLE Cristiano - Consigliere -

ha pronunciato la seguente sentenza sul ricorso 16754-2017 proposto da:

G.E., elettivamente domiciliata in PIAZZA COLA DI RIENZO 68, presso lo dell'avvocato ANDREA ZANELLO, rappresentata e difesa dall'avvocato ANDREA NOCCESI;

- ricorrente -

contro

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO già AZIENDA USL N. (OMISSIS), in persona del Commissario e Legale Rappresentante pro tempore Dott. GO.EM., elettivamente domiciliata in ROMA, VIALE DELLE MILIZIE N. 22, presso lo studio dell'avvocato ALESSIO LOTTI, rappresentata e difesa dall'avvocato PIETRO PECORINI;

- controricorrente -

avverso la sentenza n. 758/2017 della CORTE D'APPELLO di FIRENZE, depositata il 04/04/2017; udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 04/07/2019 dal Consigliere Dott. ENRICO SCODITTI; udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. SGROI CARMELO che ha concluso per il rigetto del ricorso; udito l'Avvocato ANDREA NOCCESI.

Svolgimento del processo

1. G.E. convenne in giudizio innanzi al Tribunale di Firenze l'Azienda Unità Sanitaria Locale 10 di Firenze chiedendo il risarcimento del danno, sia iure proprio che ereditario, per la morte della propria madre B.M.L. deducendo che la causa del decesso era imputabile a colpa medica. Il Tribunale adito rigettò la domanda. Avverso detta sentenza propose appello la G. Con sentenza di data 4 aprile 2017 la Corte d'appello di Firenze, previa CTU, rigettò l'appello.

2. Osservò la corte territoriale, premesso che l'onere della prova circa il nesso causale era a carico dell'attrice, che il CTU, dopo avere escluso che la causa del decesso fosse stata la pancreatite (non di tipo emorragico), aveva evidenziato per un verso che una TAC all'addome, che pure sarebbe stato opportuno effettuare, non avrebbe fornito elementi decisivi ai fini dell'opzione di un nuovo trattamento chirurgico, per l'altro che, benchè l'ipotesi di un terzo intervento chirurgico fosse stata un'ipotesi da considerare, altrettanto valida era stata la scelta attendista dei sanitari, in quanto l'eventuale terzo trattamento chirurgico avrebbe realizzato chances di sopravvivenza quantificabili in misura di poco superiori al 40%, ma vi sarebbe stato un elevatissimo rischio di mortalità per operatoria. Aggiunse che il CTU medesimo aveva concluso che, pur in presenza di qualche condotta ipoteticamente colposa dei sanitari, era incerta la correlazione causale fra tale condotta ed il decesso, di cui non era stato possibile identificare con precisione la causa, attribuibile genericamente ad uno stato di shock ed insufficienza multiorgano. Osservò quindi che non risultava raggiunta la

soglia del “più probabile che non” quanto alla correlazione causale fra la morte e la condotta dei sanitari e che irrilevante era l’ulteriore affermazione del CTU circa l’obiettivo incertezza sulle ragioni effettive della morte, una volta che era stata esclusa la riconducibilità dell’evento ai sanitari.

3. Ha proposto ricorso per cassazione G.E. sulla base di tre motivi e resiste con controricorso la parte intimata. Successivamente alla fissazione del ricorso in camera di consiglio ai sensi dell’art. 380 bis.1 c.p.c. è stata disposta la trattazione in pubblica udienza. È stata presentata memoria.

#### Motivi della decisione

1. Con il primo motivo si denuncia violazione degli artt. 1218 e 2697 c.c.. Osserva la ricorrente che l’incertezza in ordine al nesso causale si ripercuote negativamente sulla struttura sanitaria, su cui incombe il relativo onere probatorio, con conseguente necessità di valutare la colpa dei sanitari, e che il giudice di appello è pervenuto al convincimento dell’assenza del nesso causale argomentando dalla percentuale di possibilità di sopravvivenza che la paziente avrebbe avuto in caso di effettuazione dell’intervento chirurgico, laddove invece avrebbe dovuto chiedersi quante possibilità di sopravvivenza avrebbe avuto la paziente senza essere sottoposta ad intervento e solo qualora le stesse fossero state superiori al 42% avrebbe dovuto ritenere lecita la condotta attendista (ma priva di approfondimenti diagnostici) dei sanitari.

1.1. Il motivo è infondato. La questione posta dal motivo di censura attiene al rapporto fra responsabilità contrattuale nel campo medico e causalità materiale. Negare che incomba sul paziente creditore di provare l’esistenza del nesso di causalità fra l’inadempimento ed il pregiudizio alla salute, come si assume nel motivo, significa espungere dalla fattispecie costitutiva del diritto l’elemento della causalità materiale. Di contro va osservato che la causalità relativa tanto all’evento pregiudizievole, quanto al danno consequenziale, è comune ad ogni fattispecie di responsabilità, contrattuale ed extracontrattuale, quale portato della distinzione fra causalità ed imputazione.

La causalità attiene al collegamento naturalistico fra fatti accertato sulla base delle cognizioni scientifiche del tempo ovvero su basi logico-inferenziali. Essa attiene alla relazione probabilistica (svincolata da ogni riferimento alla prevedibilità soggettiva) tra condotta ed evento di danno (e fra quest’ultimo e le conseguenze risarcibili), da ricostruirsi secondo un criterio di regolarità causale, integrato, se del caso, da quelli dello scopo della norma violata e dell’aumento del rischio tipico, previa analitica descrizione dell’evento (cfr. Cass. sez. U. 11 gennaio 2008, n. 576 pag. 13 e Cass. 11 luglio 2017, n. 17084), mentre su un piano diverso si colloca la dimensione soggettiva dell’imputazione. Quest’ultima corrisponde all’effetto giuridico che la norma collega ad un determinato comportamento sulla base di un criterio di valore, che è rappresentato dall’inadempimento nella responsabilità contrattuale e dalla colpa o il dolo in quell’aquiliana (salvo i casi di imputazione oggettiva dell’evento nell’illecito aquiliano - artt. 2049, 2050, 2051 e 2053 c.c.).

Che la causalità materiale si iscriva a pieno titolo anche nella dimensione della responsabilità contrattuale trova una testuale conferma nell’art. 1227 c.c., comma 1, che disciplina proprio il fenomeno della causalità materiale rispetto al danno evento sotto il profilo del concorso del fatto colposo del creditore (Cass. 19 luglio 2018, n. 19218; 21 luglio 2011, n. 15991), mentre il comma 2 attiene, come è noto, alle conseguenze pregiudizievoli del danno evento (c.d. causalità giuridica). Ogni forma di responsabilità è dunque connotata dalla congiunzione di causalità ed imputazione.

Su questo tronco comune intervengono le peculiarità della responsabilità contrattuale.

1.1.1. Il tratto distintivo della responsabilità contrattuale risiede nella premessa della relazionalità, da cui la responsabilità conseguente alla violazione di un rapporto obbligatorio. Il danno derivante dall'inadempimento dell'obbligazione non richiede la qualifica dell'ingiustizia, che si rinviene nella responsabilità extracontrattuale, perchè la rilevanza dell'interesse leso dall'inadempimento non è affidata alla natura di interesse meritevole di tutela alla stregua dell'ordinamento giuridico, come avviene per il danno ingiusto di cui all'art. 2043 c.c. (cfr. Cass. Sez. U. 22 luglio 1999, n. 500), ma alla corrispondenza dell'interesse alla prestazione dedotta in obbligazione (arg. ex art. 1174 c.c.). È la fonte contrattuale dell'obbligazione che conferisce rilevanza giuridica all'interesse regolato.

Se la soddisfazione dell'interesse è affidata alla prestazione che forma oggetto dell'obbligazione vuol dire che la lesione dell'interesse, in cui si concretizza il danno evento, è cagionata dall'inadempimento.

La causalità materiale, pur teoricamente distinguibile dall'inadempimento per la differenza fra eziologia ed imputazione, non è praticamente separabile dall'inadempimento, perchè quest'ultimo corrisponde alla lesione dell'interesse tutelato dal contratto e dunque al danno evento. La causalità acquista qui autonomia di valutazione solo quale causalità giuridica, e dunque quale delimitazione del danno risarcibile attraverso l'identificazione del nesso eziologico fra evento di danno e danno conseguenza (art. 1223 c.c.). L'assorbimento pratico della causalità materiale nell'inadempimento fa sì che tema di prova del creditore resti solo quello della causalità giuridica (oltre che della fonte del diritto di credito), perchè, come affermato da Cass. Sez. U. 30 ottobre 2001 n. 13533 del 2001, è onere del debitore provare l'adempimento o la causa non imputabile che ha reso impossibile la prestazione (art. 1218 c.c.), mentre l'inadempimento, nel quale è assorbita la causalità materiale, deve essere solo allegato dal creditore. Non c'è quindi un onere di specifica allegazione (e tanto meno di prova) della causalità materiale perchè allegare l'inadempimento significa allegare anche nesso di causalità e danno evento.

Tale forma del rapporto fra causalità materiale e responsabilità contrattuale attinge tuttavia allo schema classico dell'obbligazione di dare o di fare contenuto nel codice civile. Nel diverso territorio del *facere* professionale la causalità materiale torna a confluire nella dimensione del necessario accertamento della riconducibilità dell'evento alla condotta secondo le regole generali sopra richiamate. Sul punto valgono le seguenti considerazioni.

1.1.2. Se l'interesse corrispondente alla prestazione è solo strumentale all'interesse primario del creditore, causalità ed imputazione per inadempimento tornano a distinguersi anche sul piano funzionale (e non solo su quello strutturale) perchè il danno evento consta non della lesione dell'interesse alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, ma della lesione dell'interesse presupposto a quello contrattualmente regolato. La distinzione fra interesse strumentale, affidato alla cura della prestazione oggetto di obbligazione, ed interesse primario emerge nel campo delle obbligazioni di diligenza professionale. La prestazione oggetto dell'obbligazione non è la guarigione dalla malattia o la vittoria della causa, ma il perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore. Il danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie attinge non l'interesse affidato all'adempimento della prestazione professionale, ma quello presupposto corrispondente al diritto alla salute. Benchè guarigione dalla malattia o

vittoria della causa non siano dedotte in obbligazione, esse non costituiscono un motivo soggettivo che resti estrinseco rispetto al contratto d'opera professionale, ma sono tipicamente connesse all'interesse regolato perché la possibilità del loro soddisfacimento è condizionata dai mutamenti intermedi nello stato di fatto determinati dalla prestazione professionale. L'interesse corrispondente alla prestazione oggetto di obbligazione ha natura strumentale rispetto ad un interesse primario o presupposto, il quale non ricade nel motivo irrilevante dal punto di vista contrattuale perché non attiene alla soddisfazione del contingente ed occasionale bisogno soggettivo ma è connesso all'interesse regolato già sul piano della programmazione negoziale e dunque del motivo comune rilevante al livello della causa del contratto. Non c'è obbligazione di diligenza professionale del medico o dell'avvocato se non in vista, per entrambe le parti, del risultato della guarigione dalla malattia o della vittoria della causa.

Dato che il danno evento nelle obbligazioni di diligenza professionale riguarda, come si è detto, non l'interesse corrispondente alla prestazione ma l'interesse presupposto, la causalità materiale non è praticamente assorbita dall'inadempimento. Quest'ultimo coincide con la lesione dell'interesse strumentale, ma non significa necessariamente lesione dell'interesse presupposto, e dunque allegare l'inadempimento non significa allegare anche il danno evento il quale, per riguardare un interesse ulteriore rispetto a quello perseguito dalla prestazione, non è necessariamente collegabile al mancato rispetto delle *leges artis* ma potrebbe essere riconducibile ad una causa diversa dall'inadempimento.

La violazione delle regole della diligenza professionale non ha dunque un'intrinseca attitudine causale alla produzione del danno evento. Aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie non sono immanenti alla violazione delle *leges artis* e potrebbero avere una diversa eziologia. Si riespande così, anche sul piano funzionale, la distinzione fra causalità ed imputazione soggettiva sopra delineata. Persiste, nonostante l'inadempimento, la questione pratica del nesso eziologico fra il danno evento (lesione dell'interesse primario) e la condotta materiale suscettibile di qualificazione in termini di inadempimento. Il creditore ha l'onere 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 e, posto che il danno evento non è immanente all'inadempimento, ha anche l'onere di provare quella connessione, e lo deve fare sul piano meramente naturalistico sia perché la qualifica di inadempimento deve essere da lui solo allegata, ma non provata (appartenendo gli oneri probatori sul punto al debitore), sia perché si tratta del solo profilo della causalità materiale, il quale è indifferente alla qualifica in termini di valore rappresentata dall'inadempimento dell'obbligazione ed attiene esclusivamente al fatto materiale che soggiace a quella qualifica. La prova della causalità materiale da parte del creditore può naturalmente essere raggiunta anche mediante presunzione.

Argomentare diversamente, e cioè sostenere che anche nell'inadempimento dell'obbligazione di diligenza professionale non emerga un problema pratico di causalità materiale e danno evento, vorrebbe dire implicitamente riconoscere che oggetto della prestazione è lo stato di salute in termini di guarigione o impedimento della sopravvivenza dell'aggravamento o di nuove patologie, ma ciò non è perché il parametro per valutare se c'è stato inadempimento dell'obbligazione professionale è fornito dall'art. 1176 c.c., comma 2, il quale determina il contenuto della prestazione in termini di comportamento idoneo per il conseguimento del risultato utile. Per riprendere le parole di un'autorevole dottrina della metà del secolo scorso, la guarigione o l'impedimento della soprav-

venienza dell'aggravamento o di nuove patologie dipendono troppo poco dalla volontà del medico e dalla collaborazione del malato perché possano essere dedotte in obbligazione. Lo stato di salute, come si è detto, integra la causa del contratto, ma l'obbligazione resta di diligenza professionale.

La causalità materiale nella disciplina delle obbligazioni non è così soltanto causa di esonero da responsabilità per il debitore (art. 1218 c.c.), e perciò materia dell'onere probatorio di quest'ultimo, ma è nelle obbligazioni di diligenza professionale anche elemento costitutivo della fattispecie dedotta in giudizio ove risulti allegato il danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie. Il creditore di prestazione professionale che allegghi un evento di danno alla salute, non solo deve provare quest'ultimo e le conseguenze pregiudizievoli che ne siano derivate (c.d. causalità giuridica), ma deve provare anche, avvalendosi eventualmente pure di presunzioni, il nesso di causalità fra quell'evento e la condotta del professionista nella sua materialità, impregiudicata la natura di inadempienza di quella condotta, inadempienza che al creditore spetta solo di allegare.

1.1.3. Una volta che il creditore abbia provato, anche mediante presunzioni, il nesso eziologico fra la condotta del debitore, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, sorgono gli oneri probatori del debitore, il quale deve provare o l'adempimento o che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il nesso di causalità materiale che il creditore della prestazione professionale deve provare è quello fra intervento del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al debitore di provare, dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio, è quello fra causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176, comma 1, ed impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (art. 1218). Se la prova della causa di esonero è stata raggiunta vuol dire che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia è sì eziologicamente riconducibile all'intervento sanitario, ma il rispetto delle *leges artis* è nella specie mancato per causa non imputabile al medico. Ne discende che, se resta ignota anche mediante l'utilizzo di presunzioni la causa dell'evento di danno, le conseguenze sfavorevoli ai fini del giudizio ricadono sul creditore della prestazione professionale, se invece resta ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale, ovvero resta indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul debitore.

È bene rammentare che tali principi si collocano nell'ambito delle regole sull'onere della prova, le quali assumono rilievo solo nel caso di causa rimasta ignota. Si tratta quindi della regola residuale di giudizio grazie alla quale la mancanza, in seno alle risultanze istruttorie, di elementi idonei all'accertamento, anche in via presuntiva, della sussistenza o insussistenza del diritto in contestazione determina la soccombenza della parte onerata della dimostrazione rispettivamente dei relativi fatti costitutivi o di quelli modificativi o estintivi (Cass. 16 giugno 1998, n. 5980; 16 giugno 2000, n. 8195; 7 agosto 2002, n. 11911; 21 marzo 2003, n. 4126).

1.1.4. Va data così continuità all'orientamento di questa Corte che nel tempo si è consolidato e secondo cui incombe sul creditore l'onere di provare il nesso di causalità fra la condotta del sanitario e l'evento di danno quale fatto costitutivo della domanda risarcitoria, non solo nel caso di respon-

sabilità da fatto illecito ma anche nel caso di responsabilità contrattuale (Cass. 26 luglio 2017, n. 18392, cui sono conformi: Cass. 26 febbraio 2019, n. 5487; 17 gennaio 2019, n. 1045; 20 novembre 2018, n. 29853; 30 ottobre 2018, nn. 27455, 27449, 27447, 27446; 23 ottobre 2018, n. 26700; 20 agosto 2018, n. 20812; 13 settembre 2018, n. 22278; 22 agosto 2018, n. 20905; 19 luglio 2018, n. 19204; 19 luglio 2018, n. 19199; 13 luglio 2018, n. 18549; 13 luglio 2018, n. 18540; 9 marzo 2018, n. 5641; 15 febbraio 2018, nn. 3704 e 3698; 7 dicembre 2017, n. 29315; 14 novembre 2017, n. 26824; si vedano tuttavia già prima Cass. 24 maggio 2006, n. 12362; 17 gennaio 2008, n. 867; 16 gennaio 2009, n. 975; 9 ottobre 2012, n. 17143; 26 febbraio 2013, n. 4792; 31 luglio 2013, n. 18341; 12 settembre 2013, n. 20904; 20 ottobre 2015, n. 21177; 9 giugno 2016, n. 11789).

1.1.5. In conclusione va affermato ai sensi dell'art. 384 c.p.c., comma 1, il seguente principio di diritto: "ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione".

1.2. Con l'ulteriore argomento contenuto nel motivo di censura la ricorrente prospetta una responsabilità per omissione dei sanitari e denuncia che il giudice di appello avrebbe dovuto procedere al relativo giudizio controfattuale. La corte territoriale ha affermato che l'esistenza di una patologia addominale era soltanto ipotetica e che comunque, anche ammettendo l'esistenza di una tale patologia, la scelta attendista dei medici fu altrettanto valida di quella dell'esecuzione dell'intervento chirurgico perché, a fronte della realizzazione di chances di sopravvivenza quantificabili in misura di poco superiore al 40%, vi era un elevatissimo rischio di mortalità perioperatoria. Il giudizio di fatto del giudice di merito non è stato quindi nel senso che vi era un 40% di possibilità di sopravvivenza se l'intervento chirurgico fosse stato eseguito, ma è stato nel senso che non era stata accertata l'esistenza di patologia addominale, sicché la possibilità di sopravvivenza conseguente all'intervento va valutata non rispetto ad un dato accertato, ma rispetto ad una semplice ipotesi (e cioè ove ammessa l'esistenza della patologia addominale). Non essendo stata accertata la premessa fattuale della condotta medica che avrebbe sortito l'esito positivo per la paziente, non ricorreva per il giudice di merito il presupposto per il giudizio controfattuale richiesto dalla valutazione della responsabilità per omissione.

In secondo luogo, e tale aspetto concerne non il giudizio di diritto ma l'indagine fattuale del giudice di merito, questi ha accertato che non poteva aversi rilevanza sul piano dell'efficienza naturalistica dell'omissione perché l'identificata possibilità di sopravvivenza era comunque controbilanciata dall'elevatissimo rischio di mortalità perioperatoria, al punto che, ma trattasi di profilo rilevante non sul piano causale ma di quello soggettivo del rispetto delle *leges artis*, opportuna era stata la scelta attendista dei sanitari.

2. Con il secondo motivo si denuncia violazione dell'art. 115 c.p.c.. Osserva la ricorrente che, contrariamente a quanto affermato dal giudice di appello secondo cui il CTU aveva riconosciuto l'esistenza della responsabilità solo con l'affermazione che pur in presenza di qualche condotta ipoteticamente colposa dei sanitari era incerta la correlazione causale fra tale condotta ed il decesso, in altri luoghi dell'elaborato della consulenza vi era il riconoscimento dell'omesso approfondi-

mento diagnostico da parte dei sanitari e che in violazione dell'art. 115 vi era un palese errore di percezione delle risultanze della CTU (su cui Cass. n. 9356 del 2017).

3. Con il terzo motivo si denuncia omesso esame di fatto decisivo e controverso. Osserva la ricorrente che il giudice di appello ha omesso di esaminare il fatto confermato dal CTU di omesso approfondimento diagnostico, ascrivibile a colpa dei sanitari, e che, contrariamente a quanto affermato dal giudice di appello, il CTU non aveva escluso l'ipotesi della pancreatite acuta, limitandosi a sostenere che non era stata di contenuto emorragico.

4. I motivi secondo e terzo, in quanto afferenti al profilo dell'inadempimento della prestazione sanitaria, devono intendersi assorbiti una volta che sia stato escluso il nesso di causalità, il quale integra una questione pregiudiziale rispetto a quello del rispetto delle lese artis. Il terzo motivo è comunque inammissibile con riferimento alla circostanza della pancreatite sia perchè la denuncia di vizio motivazionale attinge non un fatto, ma la valutazione del CTU, sia perchè tale valutazione risulta contemplata dalla motivazione.

5. L'assestamento in corso della giurisprudenza sulla questione del nesso causale costituisce ragione per compensare le spese processuali.

Poichè il ricorso è stato proposto successivamente al 30 gennaio 2013 e viene disatteso, sussistono le condizioni per dare atto, ai sensi della L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, che ha aggiunto al testo unico di cui al D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, art. 13, il comma 1 - quater della sussistenza dell'obbligo di versamento, da parte della parte ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per la stessa impugnazione.

P.Q.M.

Rigetta il primo motivo del ricorso, dichiara in parte inammissibile il terzo motivo e per il resto assorbito il ricorso.

Dispone la compensazione delle spese processuali.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, inserito dalla L. n. 228 del 2012, art. 1, comma 17 dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1-bis.

Dispone che in caso di utilizzazione della presente sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione scientifica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, sia omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati identificativi delle persone fisiche riportati nella sentenza. Così deciso in Roma, il 4 luglio 2019.

Depositato in Cancelleria il 11 novembre 2019

## Sentenza Cass. civile, sez. III, 11 novembre 2019, n. 28992

La Corte Suprema di Cassazione – sezione Terza Civile composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati DOTT. TRAVAGLINO GIACOMO - PRESIDENTE - DOTT. FRASCA RAFFAELE - CONSIGLIERE - DOTT. OLIVIERI STEFANO - CONSIGLIERE - DOTT. SCODITTI ENRICO - REL. CONSIGLIERE - DOTT. VALLE CRISTIANO - CONSIGLIERE -

ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

sul ricorso 27225-2017 proposto da: C.L., elettivamente domiciliato in ROMA, VIA G.B. VICO 22, presso lo studio dell'avvocato CARLO PICARONE, rappresentato e difeso dall'avvocato PAOLO ROBERTO RISOTTI;

- ricorrente -

contro V.R., elettivamente domiciliato in ROMA, VIA TAGLIAMENTO, 76, presso lo studio dell'avvocato FAUSTO TARSITANO, che lo rappresenta e difende; IOG SPA, in persona del Vice Presidente Dott. R.P., elettivamente domiciliato in ROMA, LUNGOTEVERE DEI MELLINI, 44, presso lo studio dell'avvocato NICOLA ADRAGNA, che lo rappresenta e difende unitamente agli avvocati STEFANO DALLE DONNE, VITTORIO GELPI;

- controricorrenti -

e contro UA SPA;

- intimata -

avverso la sentenza n. 2109/2017 della CORTE D'APPELLO di MILANO, depositata il 16/05/2017; udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 04/07/2019 dal Consigliere Dott. ENRICO SCODITTI; udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. SGROI Carmelo, che ha concluso per il rigetto del ricorso; udito l'Avvocato ROBERTO RISOTTI PAOLO; udito l'Avvocato NICOLA ADRAGNA; udito l'Avvocato FAUSTO TARSITANO;

FATTI DI CAUSA

1. C.L. convenne in giudizio innanzi al Tribunale di Milano l'ICSS s.p.a. (poi IOG s.p.a.) e V.R. chiedendo il risarcimento del danno nella misura di Euro 392.496,00 o altro importo di giustizia. Espose in particolare parte attrice quanto segue. Nell'anno 2002 il C. aveva subito presso l'ICSS intervento chirurgico di menistectomia al ginocchio sinistro, cui nel 2003 aveva fatto seguito presso la medesima struttura sanitaria, con il Dott. V. quale operatore, l'artroprotesi totale nel ginocchio sinistro. Dopo circa due settimane dall'ultima operazione era emersa al ginocchio sinistro una patologia flogistica settica per la quale il V. aveva eseguito ripetute artrocentesi (drenaggi percutanei con siringa) le quali avevano avuto come conseguenza la formazione di sepsi con setticemia. Fra il 2007 ed il 2009 nuovamente il V. aveva sottoposto l'attore a due interventi di sinoviectomia, con ricovero dopo il secondo intervento per una grave sepsi al ginocchio sinistro. In seguito nel 2009 e 2 nel 2010 presso l'OLSM il C. era stato sottoposto a due ulteriori interventi, il primo di rimozione della protesi settica ed il secondo di impianto di una nuova protesi.

Si costituirono entrambi i convenuti chiedendo il rigetto della domanda e chiamando in causa le società assicuratrici.

2. Il Tribunale adito, previa CTU, rigettò la domanda.

3. Avverso detta sentenza propose appello il C. Si costituirono le parti appellate chiedendo il rigetto dell'appello.

4. Con sentenza di data 16 maggio 2017 la Corte d'appello di Milano rigettò l'appello. Osservò la corte territoriale che sia nel caso di responsabilità extracontrattuale che nel caso di responsabilità contrattuale incombeva sull'attore l'onere della prova del nesso di causalità fra la condotta del sanitario e l'evento e che non solo l'onere non era stato assolto, ma dalla CTU era positivamente emersa l'assenza del nesso eziologico ed in particolare: la sepsi da stafilococco non aureo, apparsa nel ricovero del febbraio 2009, a sei anni di distanza dal primo intervento chirurgico, non era attribuibile alla protesizzazione del ginocchio sinistro, non essendo state documentate complicanze infettive in sede di intervento e nulla era emerso dalla documentazione relativa al periodo 10 ottobre 2003-12 novembre 2007, sicchè costituiva una complicanza infettiva insorta per la prima volta nel ricovero del gennaio 2009, limitata ai tessuti molli superficiali del ginocchio, facilmente debellata con il trattamento antibiotico ed insorta nonostante la corretta applicazione dei protocolli di profilassi infettiva in ambito ortopedico, sulla quale aveva verosimilmente inciso lo stato diabetico del paziente; i ripetuti episodi di tenosinovite manifestatisi nel 2007 erano riconducibili ad un complesso clinicopatologico a carattere neoplastico benigno ad insorgenza spontanea. Concluse nel senso che era da escludere che l'insorgenza della sepsi con setticemia fosse stata causata dagli interventi di artrocentesi e dalla veicolazione dello stafilococco mediante uno strumento chirurgico non adeguatamente sterilizzato.

5. Ha proposto ricorso per cassazione C.L. sulla base di quattro motivi. Resistono con distinti controricorsi l'IOG s.p.a. e V.R.. È stata depositata memoria di parte.

## RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con il primo motivo si denuncia violazione o falsa applicazione degli artt. 1218,2043,2697 e 1123 c.c., ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3. Osserva il ricorrente che il creditore deve provare solo la sussistenza del contratto ed allegare l'inadempimento del medico e che, sulla base della regola del "più probabile che non", doveva ritenersi che lo stafilococco era stato necessariamente trasmesso con uno strumento chirurgico non adeguatamente sterilizzato e/o causa di una o più delle numerose atrocentesi.

1.1. Il motivo è infondato. La questione posta dal motivo di censura attiene al rapporto fra responsabilità contrattuale nel campo medico e causalità materiale. Negare che incomba sul paziente creditore di provare l'esistenza del nesso di causalità fra l'inadempimento ed il pregiudizio alla salute, come si assume nel motivo, significa espungere dalla fattispecie costitutiva del diritto l'elemento della causalità materiale. Di contro va osservato che la causalità relativa tanto all'evento pregiudizievole, quanto al danno consequenziale, è comune ad ogni fattispecie di responsabilità, contrattuale ed extracontrattuale, quale portato della distinzione fra causalità ed imputazione.

La causalità attiene al collegamento naturalistico fra fatti accertato sulla base delle cognizioni scientifiche del tempo ovvero su basi logico-inferenziali. Essa attiene alla relazione probabilistica (svincolata da ogni riferimento alla prevedibilità soggettiva) tra condotta ed evento di danno (e fra

quest'ultimo e le conseguenze risarcibili), da ricostruirsi secondo un criterio di regolarità causale, integrato, se del caso, da quelli dello scopo della norma violata e dell'aumento del rischio tipico, previa analitica descrizione dell'evento (cfr. Cass. sez. U. 11 gennaio 2008, n. 576 pag. 13 e Cass. 11 luglio 2017, n. 17084), mentre su un piano diverso si colloca la dimensione soggettiva dell'imputazione. Quest'ultima corrisponde all'effetto giuridico che la norma collega ad un determinato comportamento sulla base di un criterio di valore, che è rappresentato dall'inadempienza nella responsabilità contrattuale e dalla colpa o il dolo in quell'aquiliana (salvo i casi di imputazione oggettiva dell'evento nell'illecito aquiliano - artt. 2049,2050,2051 e 2053 c.c.).

Che la causalità materiale si iscriva a pieno titolo anche nella dimensione della responsabilità contrattuale trova una testuale conferma nell'art. 1227 c.c., comma 1, che disciplina proprio il fenomeno della causalità materiale rispetto al danno evento sotto il profilo del concorso del fatto colposo del creditore (Cass. 19 luglio 2018, n. 19218; 21 luglio 2011, n. 15991), mentre il comma 2 attiene, come è noto, alle conseguenze pregiudizievoli del danno evento (c.d. causalità giuridica). Ogni forma di responsabilità è dunque connotata dalla congiunzione di causalità ed imputazione. Su questo tronco comune intervengono le peculiarità della responsabilità contrattuale.

1.1.1. Il tratto distintivo della responsabilità contrattuale risiede nella premessa della relazionalità, da cui la responsabilità conseguente alla violazione di un rapporto obbligatorio. Il danno derivante dall'inadempimento dell'obbligazione non richiede la qualifica dell'ingiustizia, che si rinviene nella responsabilità extracontrattuale, perchè la rilevanza dell'interesse leso dall'inadempimento non è affidata alla natura di interesse meritevole di tutela alla stregua dell'ordinamento giuridico, come avviene per il danno ingiusto di cui all'art. 2043 c.c. (cfr. Cass. Sez. U. 22 luglio 1999, n. 500), ma alla corrispondenza dell'interesse alla prestazione dedotta in obbligazione (arg. ex art. 1174 c.c.). È la fonte contrattuale dell'obbligazione che conferisce rilevanza giuridica all'interesse regolato. Se la soddisfazione dell'interesse è affidata alla prestazione che forma oggetto dell'obbligazione vuol dire che la lesione dell'interesse, in cui si concretizza il danno evento, è cagionata dall'inadempimento.

La causalità materiale, pur teoricamente distinguibile dall'inadempimento per la differenza fra eziologia ed imputazione, non è praticamente separabile dall'inadempimento, perchè quest'ultimo corrisponde alla lesione dell'interesse tutelato dal contratto e dunque al danno evento. La causalità acquista qui autonomia di valutazione solo quale causalità giuridica, e dunque quale delimitazione del danno risarcibile attraverso l'identificazione del nesso eziologico fra evento di danno e danno conseguenza (art. 1223 c.c.). L'assorbimento pratico della causalità materiale nell'inadempimento fa sì che tema di prova del creditore resti solo quello della causalità giuridica (oltre che della fonte del diritto di credito), perchè, come affermato da Cass. Sez. U. 30 ottobre 2001 n. 13533 del 2001, è onere del debitore provare l'adempimento o la causa non imputabile che ha reso impossibile la prestazione (art. 1218 c.c.), mentre l'inadempimento, nel quale è assorbita la causalità materiale, deve essere solo allegato dal creditore. Non c'è quindi un onere di specifica allegazione (e tanto meno di prova) della causalità materiale perchè allegare l'inadempimento significa allegare anche nesso di causalità e danno evento.

Tale forma del rapporto fra causalità materiale e responsabilità contrattuale attiene tuttavia allo schema classico dell'obbligazione di dare o di fare contenuto nel codice civile. Nel diverso territorio del *facere professionale* la causalità materiale torna a confluire nella dimensione del necessario

accertamento della riconducibilità dell'evento alla condotta secondo le regole generali sopra richiamate. Sul punto valgono le seguenti considerazioni.

1.1.2. Se l'interesse corrispondente alla prestazione è solo strumentale all'interesse primario del creditore, causalità ed imputazione per inadempimento tornano a distinguersi anche sul piano funzionale (e non solo su quello strutturale) perchè il danno evento consta non della lesione dell'interesse alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, ma della lesione dell'interesse presupposto a quello contrattualmente regolato. La distinzione fra interesse strumentale, affidato alla cura della prestazione oggetto di obbligazione, ed interesse primario emerge nel campo delle obbligazioni di diligenza professionale. La prestazione oggetto dell'obbligazione non è la guarigione dalla malattia o la vittoria della causa, ma il perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore. Il danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie attinge non l'interesse affidato all'adempimento della prestazione professionale, ma quello presupposto corrispondente al diritto alla salute.

Benchè guarigione dalla malattia o vittoria della causa non siano dedotte in obbligazione, esse non costituiscono un motivo soggettivo che resti estrinseco rispetto al contratto d'opera professionale, ma sono tipicamente connesse all'interesse regolato perchè la possibilità del loro soddisfacimento è condizionata dai mutamenti intermedi nello stato di fatto determinati dalla prestazione professionale. L'interesse corrispondente alla prestazione oggetto di obbligazione ha natura strumentale rispetto ad un interesse primario o presupposto, il quale non ricade nel motivo irrilevante dal punto di vista contrattuale perchè non attiene alla soddisfazione del contingente ed occasionale bisogno soggettivo ma è connesso all'interesse regolato già sul piano della programmazione negoziale e dunque del motivo comune rilevante al livello della causa del contratto. Non c'è obbligazione di diligenza professionale del medico o dell'avvocato se non in vista, per entrambe le parti, del risultato della guarigione dalla malattia o della vittoria della causa.

Dato che il danno evento nelle obbligazioni di diligenza professionale riguarda, come si è detto, non l'interesse corrispondente alla prestazione ma l'interesse presupposto, la causalità materiale non è praticamente assorbita dall'inadempimento. Quest'ultimo coincide con la lesione dell'interesse strumentale, ma non significa necessariamente lesione dell'interesse presupposto, e dunque allegare l'inadempimento non significa allegare anche il danno evento il quale, per riguardare un interesse ulteriore rispetto a quello perseguito dalla prestazione, non è necessariamente collegabile al mancato rispetto delle *leges artis* ma potrebbe essere riconducibile ad una causa diversa dall'inadempimento.

La violazione delle regole della diligenza professionale non ha dunque un'intrinseca attitudine causale alla produzione del danno evento. Aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie non sono immanenti alla violazione delle *leges artis* e potrebbero avere una diversa eziologia. Si riespande così, anche sul piano funzionale, la distinzione fra causalità ed imputazione soggettiva sopra delineata. Persiste, nonostante l'inadempimento, la questione pratica del nesso eziologico fra il danno evento (lesione dell'interesse primario) e la condotta materiale suscettibile di qualificazione in termini di inadempimento. Il creditore ha l'onere 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 e, posto che il danno evento non è immanente all'inadempimento, ha anche l'onere di provare quella connessione, e

lo deve fare sul piano meramente naturalistico sia perchè la qualifica di inadempienza deve essere da lui solo allegata, ma non provata (appartenendo gli oneri probatori sul punto al debitore), sia perchè si tratta del solo profilo della causalità materiale, il quale è indifferente alla qualifica in termini di valore rappresentata dall'inadempimento dell'obbligazione ed attiene esclusivamente al fatto materiale che soggiace a quella qualifica. La prova della causalità materiale da parte del creditore può naturalmente essere raggiunta anche mediante presunzione.

Argomentare diversamente, e cioè sostenere che anche nell'inadempimento dell'obbligazione di diligenza professionale non emerge un problema pratico di causalità materiale e danno evento, 5 vorrebbe dire implicitamente riconoscere che oggetto della prestazione è lo stato di salute in termini di guarigione o impedimento della sopravvenienza dell'aggravamento o di nuove patologie, ma ciò non è perchè il parametro per valutare se c'è stato inadempimento dell'obbligazione professionale è fornito dall'art. 1176 c.c., comma 2, il quale determina il contenuto della prestazione in termini di comportamento idoneo per il conseguimento del risultato utile. Per riprendere le parole di un'autorevole dottrina della metà del secolo scorso, la guarigione o l'impedimento della sopravvenienza dell'aggravamento o di nuove patologie dipendono troppo poco dalla volontà del medico e dalla collaborazione del malato perchè possano essere dedotte in obbligazione. Lo stato di salute, come si è detto, integra la causa del contratto, ma l'obbligazione resta di diligenza professionale.

La causalità materiale nella disciplina delle obbligazioni non è così soltanto causa di esonero da responsabilità per il debitore (art. 1218 c.c.), e perciò materia dell'onere probatorio di quest'ultimo, ma è nelle obbligazioni di diligenza professionale anche elemento costitutivo della fattispecie dedotta in giudizio ove risulti allegato il danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie. Il creditore di prestazione professionale che allega un evento di danno alla salute, non solo deve provare quest'ultimo e le conseguenze pregiudizievoli che ne siano derivate (c.d. causalità giuridica), ma deve provare anche, avvalendosi eventualmente pure di presunzioni, il nesso di causalità fra quell'evento e la condotta del professionista nella sua materialità, impregiudicata la natura di inadempienza di quella condotta, inadempienza che al creditore spetta solo di allegare.

1.1.3. Una volta che il creditore abbia provato, anche mediante presunzioni, il nesso eziologico fra la condotta del debitore, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, sorgono gli oneri probatori del debitore, il quale deve provare o l'adempimento o che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle. Il nesso di causalità materiale che il creditore della prestazione professionale deve provare è quello fra intervento del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al debitore di provare, dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio, è quello fra causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176, comma 1, ed impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (art. 1218). Se la prova della causa di esonero è stata raggiunta vuol dire che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia è sì eziologicamente riconducibile all'intervento sanitario, ma il rispetto delle *leges artis* è nella specie mancato per causa non imputabile al medico. Ne discende che, se resta ignota anche mediante l'utilizzo di presunzioni la causa dell'evento di danno, le conseguenze sfavorevoli ai fini del giudizio ricadono

sul creditore della prestazione professionale, se invece resta ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale, ovvero resta indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul debitore.

È bene rammentare che tali principi si collocano nell'ambito delle regole sull'onere della prova, le quali assumono rilievo solo nel caso di causa rimasta ignota. Si tratta quindi della regola residuale di giudizio grazie alla quale la mancanza, in seno alle risultanze istruttorie, di elementi idonei all'accertamento, anche in via presuntiva, della sussistenza o insussistenza del diritto in contestazione determina la soccombenza della parte onerata della dimostrazione rispettivamente dei relativi fatti costitutivi o di quelli modificativi o estintivi (Cass. 16 giugno 1998, n. 5980; 16 giugno 2000, n. 8195; 7 agosto 2002, n. 11911; 21 marzo 2003, n. 4126).

1.1.4. Va data così continuità all'orientamento di questa Corte che nel tempo si è consolidato e secondo cui incombe sul creditore l'onere di provare il nesso di causalità fra la condotta del sanitario e l'evento di danno quale fatto costitutivo della domanda risarcitoria, non solo nel caso di responsabilità da fatto illecito ma anche nel caso di responsabilità contrattuale (Cass. 26 luglio 2017, n. 18392, cui sono conformi: Cass. 26 febbraio 2019, n. 5487; 17 gennaio 2019, n. 1045; 20 novembre 2018, n. 29853; 30 ottobre 2018, nn. 27455, 27449, 27447, 27446; 23 ottobre 2018, n. 26700; 20 agosto 2018, n. 20812; 13 settembre 2018, n. 22278; 22 agosto 2018, n. 20905; 19 luglio 2018, n. 19204; 19 luglio 2018, n. 19199; 13 luglio 2018, n. 18549; 13 luglio 2018, n. 18540; 9 marzo 2018, n. 5641; 15 febbraio 2018, nn. 3704 e 3698; 7 dicembre 2017, n. 29315; 14 novembre 2017, n. 26824; si vedano tuttavia già prima Cass. 24 maggio 2006, n. 12362; 17 gennaio 2008, n. 867; 16 gennaio 2009, n. 975; 9 ottobre 2012, n. 17143; 26 febbraio 2013, n. 4792; 31 luglio 2013, n. 18341; 12 settembre 2013, n. 20904; 20 ottobre 2015, n. 21177; 9 giugno 2016, n. 11789).

1.1.5. In conclusione va affermato ai sensi dell'art. 384 c.p.c., comma 1, il seguente principio di diritto: "ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione".

A tale principio di diritto si è attenuta la corte territoriale. Quanto al resto la censura attiene al giudizio di fatto in ordine all'assolvimento dell'onere probatorio che è giudizio non sindacabile in quanto tale nella presente sede di legittimità.

2. Con il secondo motivo si denuncia violazione o falsa applicazione dell'art. 115 c.p.c., ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n.3. Osserva il ricorrente che non è controversa la circostanza della pluralità di artrocentesi eseguite e che alla luce delle numerosissime artrocentesi non era comprensibile come la Corte d'appello avesse potuto sostenere che era stata riscontrata l'assenza di complicità infettive dal primo intervento fino al 2007.

2.1. Il motivo è inammissibile. La censura attiene al giudizio di fatto il quale in quanto tale non è sindacabile nella presente sede di legittimità. Peraltro il giudizio di fatto svolto dalla corte territoriale contempla la circostanza che il ricorrente definisce come incontroverta.

3. Con il terzo motivo si denuncia violazione o falsa applicazione degli artt. 61,196 e 359 c.p.c., art. 111 Cost., ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3. Osserva il ricorrente che il CTU era un medico specializzato in ortopedia e che sia il Tribunale che la Corte d'appello hanno disatteso l'istanza di nuova consulenza a mezzo di un medico infettivologo. Aggiunge che il CTU non ha in alcun modo indagato sulle origini dell'insorgere dell'infezione, nè ha svolto accertamenti sulle numerose artrocentesi, essendosi limitato a parlare di corretta applicazione dei protocolli di profilassi infettiva in ambito ortopedico.

3.1. Il motivo è inammissibile. Il rinnovo dell'indagine tecnica rientra tra i poteri discrezionali del giudice di merito (Cass. 24 gennaio 2019, n. 2103; 29 settembre 2017, n. 22799). Le circostanze relative alla consulenza tecnica possono rilevare sul piano motivazionale, quale omesso esame di fatto controverso e decisivo o di assenza del requisito motivazionale dell'atto giurisdizionale, ma non quale sindacato sull'esercizio del potere di disporre la consulenza.

4. Con il quarto motivo si denuncia omesso esame di fatto decisivo per il giudizio oggetto di discussione fra le parti, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5. Osserva il ricorrente che la corte territoriale ha omesso di esaminare le seguenti circostanze: mancanza di competenze infettivologiche da parte del consulente; la CTU non fornisce spiegazioni circa le differenze fra stafilococco non aureo e stafilococco epidermidis; non è stato esaminato se un processo infettivo vi fosse già a partire dal 2003; il ricovero nel 2009 per sepsi setticemica e la rimozione della protesi smentiscono le conclusioni del consulente; mancato esame del fatto che il 5 maggio 2009, in pieno corso della gravissima infezione, al C. fosse stato prescritto l'uso di farmaci omeopatici; era stata disattesa l'istanza di esibizione ai sensi dell'art. 210 c.p.c. di tutte le cartelle cliniche e schede ambulatoriali.

4.1 Il motivo è inammissibile. La denuncia di vizio motivazionale non attiene a fatti storici, di cui sarebbe stato omesso l'esame, ma a valutazioni e rilievi in ordine alla CTU svolta, oltre che al mancato accoglimento di istanza istruttoria. L'unica circostanza di fatto denunciata è quella della prescrizione di farmaci omeopatici, ma rispetto a tale circostanza non si indicano le specifiche ragioni di decisività nel quadro dei fatti costitutivi della domanda.

5. L'assestamento della giurisprudenza in ordine alla questione del nesso causale costituisce ragione di compensazione delle spese processuali.

Poichè il ricorso è stato proposto successivamente al 30 gennaio 2013 e viene rigettato, sussistono le condizioni per dare atto, ai sensi della L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, che ha aggiunto il comma 1 - quater all'art. 13 del testo unico di cui al D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, della sussistenza dell'obbligo di versamento, da parte della parte ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per la stessa impugnazione.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso.

Dispone la compensazione delle spese processuali.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater; inserito dalla L. n. 228 del 2012, art.

1, comma 17, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del comma 1-bis, dello stesso art. 13.

Dispone che in caso di utilizzazione della presente sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione scientifica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, sia omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati identificativi delle persone fisiche riportati nella sentenza. Così deciso in Roma, il 4 luglio 2019.

Depositato in Cancelleria il 11 novembre 2019.

## **Sentenza Cassazione civile, sezione III, ordinanza n. 17696 del 25 agosto 2020**

1. B.A. e Z.S. convennero in giudizio l'(OMISSIS), davanti al Tribunale di Torino, chiedendo che fosse condannata al risarcimento dei danni conseguenti alla morte di S.A., rispettivamente moglie e madre degli attori, asseritamente dovuta a responsabilità sanitaria dell'ente ospedaliero.

Esposero, a sostegno della domanda, che la congiunta, sottoposta ad intervento chirurgico di riduzione e sintesi di una frattura della rotula in data (OMISSIS) presso l'Azienda convenuta, era stata dimessa il successivo (OMISSIS) per esservi nuovamente ricoverata il successivo (OMISSIS), quando era emerso che la paziente aveva contratto un'infezione batterica da stafilococco aureo. Il successivo (OMISSIS) la S. aveva manifestato i segni evidenti di un'allergia cutanea a causa della quale la terapia antibiotica intrapresa con il secondo ricovero era stata sospesa; e nel frattempo la paziente era stata sottoposta a prelievi emoculturali per seguire l'evoluzione dell'infezione, i cui esiti, però, non risultavano dalla cartella clinica. Il successivo (OMISSIS) la paziente era stata dimessa senza terapia antibiotica, per essere nuovamente ricoverata il (OMISSIS) a causa della persistenza dell'infezione da stafilococco aureo. Protrattasi la degenza, la S. aveva subito un secondo intervento il (OMISSIS) per revisione del focolaio di frattura; ciò nonostante, peggiorate rapidamente le sue condizioni, la donna era venuta a mancare il (OMISSIS).

Tanto premesso, gli attori chiesero la condanna dell'Azienda convenuta, invocando la sua responsabilità per aver cagionato l'infezione batterica in occasione del primo intervento chirurgico e per non avere trattato in modo adeguato tale infezione nel periodo successivo, causando in tal modo la morte della paziente.

Si costituì in giudizio l'Azienda Ospedaliera convenuta, chiedendo il rigetto della domanda. All'esito dell'istruttoria, nella quale fu svolta una c.t.u. medico legale, il Tribunale rigettò la domanda e compensò le spese di lite.

2. La pronuncia è stata impugnata dal solo Z.A. e la Corte d'appello di Torino, con sentenza del 25 gennaio 2018, ha rigettato il gravame ed ha condannato l'appellante al pagamento delle spese del giudizio di appello.

Ha osservato la Corte territoriale che era infondata la prima censura con la quale si lamentava inadempienza conseguente ad un'errata tempistica di somministrazione della terapia antibiotica in relazione al primo intervento chirurgico. A questo riguardo la Corte, richiamate le conclusioni della c.t.u. e la motivazione già resa sul punto dal Tribunale, ha considerato irrilevante il contrasto circa il momento preciso di svolgimento dell'intervento chirurgico risultante dal verbale operatorio, dal diario infermieristico e dalla cartella anestesiológica. Richiamate le linee guida sull'argomento - in base alle quali la profilassi antibiotica deve avvenire "immediatamente prima delle manovre anestesiológicas e comunque tra i trenta e i sessanta minuti che precedono l'incisione della cute" - la Corte ha ritenuto corretta la profilassi antibiotica svolta, in quanto essa era stata somministrata "allorché era stata effettuata l'induzione all'anestesia e quindi senz'altro nell'arco temporale prescritto rispetto all'incisione della cute"; ed ha considerato irrilevante la circostanza che l'antibiotico fosse stato somministrato separatamente o contestualmente all'anestetico, non risultando alcuna specifica controindicazione all'infusione contestuale ai fini di una corretta profilassi infettiva.

Passando all'esame dei successivi motivi di appello, aventi ad oggetto le contestazioni in ordine alla gestione dell'infezione batterica manifestatasi in seguito, la Corte torinese ha innanzitutto affermato che la situazione clinica della paziente, resa più complessa dall'esistenza di cirrosi epatica e deficit di coagulazione, non era inizialmente tale da far sospettare che l'infezione batterica fosse molto approfondita (come purtroppo invece era). Da ciò consegue che la sospensione della terapia antibiotica, a causa dell'allergia manifestatasi, dal (OMISSIS) fino al (OMISSIS), momento in cui l'infezione si era manifestata in "sepsi conclamata", non poteva essere considerata fonte di responsabilità medica.

Richiamati ampi passaggi dell'espletata c.t.u., della quale la Corte d'appello ha dichiarato di condividere integralmente le conclusioni, la sentenza ha osservato che l'idoneità o meno di una terapia deve essere valutata alla luce del quadro complessivo del paziente. Nel caso specifico, la c.t.u. aveva "decisamente escluso che alla signora S. in quei giorni potesse essere somministrata una qualche terapia antibiotica (e senz'altro non aggressiva)", posto che la reazione allergica insorta "aveva caratteristiche tali da assumere un significato clinico più urgente e prevalente rispetto all'infezione". Per cui, considerato che la paziente era stata più volte visitata dallo specialista allergologo e valutate le sue non buone condizioni generali, la Corte di merito ha ritenuto giustificata la sospensione della terapia antibiotica, posto che "la condizione di salute generale della paziente e l'insorgenza della reazione allergica non consentiva di individuare una condotta alternativa idonea ad impedire l'insorgenza della sepsi".

Ha infine concluso la sentenza che l'insieme degli elementi risultanti dalla c.t.u. e dagli atti portavano ad escludere l'esistenza di una qualsiasi condotta colposa dei sanitari dell'ospedale; e comunque, ove pure si fosse reintrodotta una terapia antibiotica (neppure chiaramente individuabile) "il (OMISSIS) o nei giorni successivi, allorché si fosse risolta l'allergia, ciò non avrebbe, con ogni probabilità, potuto impedire l'insorgere della sepsi appena quattro giorni dopo".

3. Contro la sentenza della Corte d'appello di Torino propone ricorso Z.A. con atto affidato a due motivi.

Resiste l'(OMISSIS) con controricorso.

## RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con il primo motivo di ricorso si lamenta, in riferimento all'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 4), nullità della sentenza per violazione dell'art. 111 Cost. e dell'art. 132 c.p.c., n. 4), conseguente alla presenza di una motivazione contenente affermazioni tra loro logicamente inconciliabili o comunque obiettivamente incomprensibili.

La censura ha ad oggetto la gestione del trattamento antibiotico in occasione del primo intervento chirurgico e, in particolare, il momento in cui l'infusione ebbe luogo. Secondo le linee guida richiamate dalla stessa Corte d'appello, infatti, la terapia antibiotica deve essere somministrata almeno trenta minuti prima dell'incisione chirurgica e non prima di sessanta minuti dalla medesima, proprio per consentire il massimo afflusso del farmaco nel sangue nel momento in cui c'è l'intervento. Nella specie, invece, la sentenza avrebbe dato atto che l'antibiotico era stato iniettato insieme al cocktail dei narcotici con un'unica infusione, dimostrando così di per sé la violazione delle suddette linee guida. L'errata somministrazione dell'antibiotico è da ritenere, secondo il ricorrente, causa dell'infezione che poi condusse la paziente alla morte; e la sentenza sarebbe nulla perchè la Corte d'appello, con motivazione incongrua e del tutto contraddittoria, avrebbe richiamato il contenuto delle linee guida senza trarne le dovute conclusioni, perchè non ha dedotto dall'indicata violazione l'unica conclusione logica, e cioè la responsabilità colposa della struttura ospedaliera.

2. Con il secondo motivo di ricorso si lamenta, in riferimento all'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3), violazione e falsa applicazione degli artt. 1218, 1228 e 2697 c.c. e dell'art. 116 c.p.c., sul rilievo che la sentenza impugnata si sarebbe basata unicamente sulle risultanze della c.t.u. che ha ritenuto corretto il comportamento dei medici, senza considerare le carenze ed illogicità della stessa; tanto più in quanto risultava la scorretta tenuta della cartella clinica sia in occasione del primo intervento che della sospensione e mancata ripresa della terapia antibiotica dal (OMISSIS) al (OMISSIS). Premette il ricorrente che, per costante insegnamento della giurisprudenza di legittimità, la responsabilità dell'ente ospedaliero è da ritenere di natura contrattuale, regolata quindi dall'art. 1218 c.c.; per cui il paziente ha il mero onere di allegare l'esistenza del contratto e del relativo inadempimento, mentre al debitore spetta dimostrare che l'inesattezza della prestazione dipende da causa a lui non imputabile, cioè dimostrare di aver fatto tutto il possibile per adempiere correttamente la propria obbligazione. Il ricorrente rileva di avere adempiuto al proprio onere di prova, mentre altrettanto non sarebbe stato fatto dalla struttura ospedaliera. Un primo elemento di responsabilità a carico dell'ospedale deriverebbe dalla non corretta tenuta della cartella clinica, come costantemente ribadito dalla giurisprudenza di legittimità, elemento dal quale si sarebbe dovuta trarre una prova presuntiva a carico del sanitario. In particolare, il ricorrente evidenzia due profili colposi, l'uno relativo alla corretta infusione dell'antibiotico in relazione al primo intervento chirurgico e l'altro relativo alla scorretta tenuta della cartella clinica in ordine agli esami emocolturali effettuati in corso di ricovero. Partendo dalla non corretta tenuta della cartella clinica, la censura sostiene che la questione della somministrazione dell'antibiotico, già oggetto del primo motivo, sarebbe stata affrontata in modo errato dalla c.t.u., perchè l'effettivo rispetto delle linee guida si sarebbe potuto desumere solo dalla corretta tenuta della cartella clinica; per cui la confusione circa l'orario dell'intervento determinerebbe addirittura il dubbio sul se la terapia antibiotica sia stata davvero somministrata. Quanto alle emocolture, la doglianza rileva che già in data (OMISSIS) la paziente era affetta da febbre; in quel momento, se gli esiti dei

con conseguente possibilità per i medici di riprendere subito la terapia antibiotica. Non sarebbe poi esatto che non si potesse sapere, in quel momento, quale fosse l'antibiotico utilizzabile, perchè già in data (OMISSIS) risultava che la vancomicina avrebbe potuto essere iniettata, in conformità al parere dell'allergologo; e comunque la S. era stata pacificamente dimessa in data (OMISSIS) pur in presenza di un'infezione conclamata, senza alcuna indicazione di terapia antibiotica con la vancomicina. L'incertezza probatoria complessiva si sarebbe dovuta riverberare in danno della struttura ospedaliera e non in suo favore.

3. I due motivi, benchè tra loro diversi, possono essere trattati congiuntamente, in considerazione dell'evidente connessione che li unisce. Essi sono fondati nei termini che si vanno a precisare.

3.1. Com'è noto, la giurisprudenza di questa Corte ha in tempi recenti rivisitato alcuni principi in tema di responsabilità professionale medica, di nesso di causalità e di relativo onere della prova. È stato al riguardo affermato, con un orientamento che può dirsi ormai consolidato, che, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione. Ciò sul presupposto che nelle obbligazioni di diligenza professionale sanitaria il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, cioè il perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore, ma del diritto alla salute, che è l'interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato (così, da ultimo, le sentenze 11 novembre 2019, n. 28991 e n. 28992, in linea con la sentenza 26 luglio 2017, n. 18392). Quest'orientamento, al quale l'odierno Collegio intende dare ulteriore continuità, ha posto, in definitiva, regole in tema di onere della prova, le quali assumono rilievo solo nel caso di causa rimasta ignota. Nel caso di cui alla citata sentenza n. 28991, infatti, si era in presenza di una causa di responsabilità professionale nella quale, anche dopo l'espletamento di una c.t.u., pur in presenza di alcuni possibili errori riconducibili ai sanitari, era rimasta incerta la correlazione tra la condotta dei medici e la morte della paziente.

3.2. Questi principi vanno applicati al caso in esame, tenendo tuttavia presente la diversità della situazione. Nel caso odierno, infatti, non può dirsi esistente un dubbio sulle cause della morte della signora S.. Risulta dagli atti in modo pacifico e non contestato che ella fu ricoverata in data (OMISSIS) per un intervento chirurgico di riduzione e sintesi di una frattura alla rotula e che pochi giorni dopo l'intervento si manifestarono i segni evidenti di un'infezione che risultò essere da stafilococco aureo. Le terapie furono ostacolate da una situazione di salute generale della paziente non buona (la sentenza impugnata riferisce di diabete, cirrosi e piastrinopenia); ma è certo che quell'infezione, resa particolarmente insidiosa dall'insorgenza di una significativa reazione allergica alle terapie antibiotiche, fu tra le cause che condussero, dopo ulteriori ricoveri successivi, alla morte della paziente il (OMISSIS) (l'intera dolorosa vicenda, cioè, si svolse nell'arco di circa due mesi). Il collegamento tra l'infezione e la morte è da intendere nel senso che, in ossequio ad un'antica massima, causa causae est causa causati; materialmente, infatti, come la sentenza riferisce, la morte fu dovuta (come causa finale) ad uno shock settico, che però rappresentò il punto di arrivo di una vicenda che non avrebbe avuto inizio se non ci fosse stata l'infezione da stafilococco aureo. Il ricorrente, a questo proposito, trascrive parte della sentenza del Tribunale che, nel riferire

le osservazioni della c.t.u. svolta, individua l'infezione da stafilococco aureo "tra le concause della morte". E il ricorso aggiunge, riportando osservazioni della c.t.u., che "se durante il primo intervento non fosse avvenuta la liberazione di costituenti batterici (progredita da semplice infezione in sepsi e probabilmente esita in shock settico brutale), la sopravvivenza della paziente agli esiti della caduta accidentale sarebbe stata "più probabile che non". Nè la sentenza della Corte d'appello qui impugnata smentisce in alcun modo tale ricostruzione, ma anzi implicitamente la conferma; quantomeno nel senso che dà per pacifico che tutto cominciò con l'infezione da stafilococco aureo.

3.3. Se i fatti si sono svolti in questi termini - e la Corte di legittimità non ha nessun potere di ritenere diversamente, anche perchè non c'è un disaccordo tra le parti sulla cronologia degli eventi - si tratta di stabilire se sia o meno corretta la decisione qui impugnata nella parte in cui ha respinto la domanda risarcitoria dell'odierno ricorrente, escludendo l'esistenza di una responsabilità sanitaria della struttura ospedaliera. Il ricorso in esame concentra le proprie censure su due aspetti: il momento (asseritamente errato) in cui fu eseguita la profilassi antibiotica in occasione dell'intervento del (OMISSIS) (primo motivo) e il trattamento successivo dell'infezione insorta, fino alla data della morte (secondo motivo). Giova ricordare, a questo proposito, che la Corte di cassazione può accogliere il ricorso per una ragione di diritto anche diversa da quella prospettata dal ricorrente, a condizione che essa sia fondata sui fatti come prospettati dalle parti, fermo restando che l'esercizio del potere di qualificazione non può comportare la modifica officiosa della domanda per come definita nelle fasi di merito o l'introduzione nel giudizio di una eccezione in senso stretto (in tal senso v., tra le altre, le sentenze 22 marzo 2007, n. 6935, 14 febbraio 2014, n. 3437, nonchè l'ordinanza 28 luglio 2017, n. 18775). Non vi sono dubbi, nel caso in esame, sul fatto che i motivi di ricorso pongano all'esame di questa Corte il problema dell'insorgenza dell'infezione. Rileva perciò il Collegio che, a seguito del ricovero della signora S. per l'esecuzione dell'intervento chirurgico alla rotula, gravava sulla struttura sanitaria la relativa responsabilità contrattuale, che esige l'adempimento di una serie di obbligazioni. Tra queste, pacificamente esiste anche l'obbligazione di garantire l'assoluta sterilità non soltanto dell'attrezzatura chirurgica ma anche dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo; tanto che questa Corte ha affermato, proprio in un caso di infezione batterica contratta in ambiente operatorio, che il debitore (cioè la struttura sanitaria) risponde anche dell'opera dei terzi della cui collaborazione si avvale, ai sensi dell'art. 1228 c.c., dato che la sterilizzazione della sala operatoria e dei ferri chirurgici è compito che non spetta direttamente al chirurgo operatore (sentenza 14 giugno 2007, n. 13953). Ora, che lo stafilococco aureo sia un batterio di frequente (anche se non esclusiva) origine nosocomiale è nozione che questa Corte può dare come pacifica; ed è altrettanto noto che proprio per questa sua frequente origine, lo stafilococco aureo è un batterio particolarmente resistente agli antibiotici, ivi compresi quelli affini alla penicillina. Ciò comporta la necessità, da parte della struttura sanitaria, di una particolare attenzione alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio, proprio perchè l'insorgenza di un'infezione del genere non può considerarsi un fatto nè eccezionale nè difficilmente prevedibile. E l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è, ovviamente, a carico della struttura. Conseguo dal complesso di tali argomenti che, non essendo stata, a quanto risulta, neppure prospettata la possibilità che l'infezione da stafilococco aureo abbia avuto una genesi diversa da quella nosocomiale, deve darsi per accertato, anche se in via presuntiva, che i danneggiati abbiano dimostrato che il contagio sia avvenuto in ospedale, con ogni probabilità in occasione dell'intervento chirurgico del (OMISSIS); nè la sentenza impugnata sostiene alcunchè di diverso su questo punto. Se così è, non assume rilevanza decisiva il problema della correttezza o meno della profilassi antibiotica in relazione al momento

dell'intervento (primo motivo); anche dando per assodato ciò che la Corte d'appello afferma - e cioè che le linee guida non impedivano affatto la somministrazione contestuale dei narcotici e dell'antibiotico - resta comunque il dato pacifico che pochi giorni dopo l'intervento l'infezione si manifestò, con tutto quello che ne conseguì. Il che porta a ritenere, almeno a livello indiziario, che qualcosa non era andato a dovere in sala operatoria; e la stessa sentenza in esame riferisce, pur non collegando a tale constatazione alcuna conseguenza, che vi erano state negligenze nella tenuta della cartella clinica, per cui non sembra che l'Azienda ospedaliera abbia dimostrato (come sarebbe stato suo dovere) la regolarità dell'operato dei suoi dipendenti anche in relazione alla sterilizzazione dell'ambiente operatorio. Alla luce della giurisprudenza suindicata, infatti, una volta dimostrata, da parte del danneggiato, la sussistenza del nesso di causalità tra l'insorgere (in questo caso) della malattia ed il ricovero, era onere della struttura sanitaria provare l'inesistenza di quel nesso (ad esempio, dimostrando l'assoluta correttezza dell'attività di sterilizzazione) ovvero l'esistenza di un fattore esterno che rendeva impossibile quell'adempimento ai sensi dell'art. 1218 c.c.. Per cui, in definitiva, la sentenza impugnata appare in contrasto con i principi enunciati da questa Corte in materia.

3.4. La sentenza in esame contiene, poi, una serie di passaggi che offrono il fianco alle critiche poste soprattutto nel secondo motivo di ricorso. Senza entrare nel merito delle valutazioni compiute in ordine alla correttezza o meno della linea terapeutica seguita dai sanitari dopo il manifestarsi dell'infezione, il Collegio rileva che la sentenza della Corte torinese afferma che l'appellante non aveva indicato alcuna terapia antibiotica alternativa a quelle che non potevano essere seguite a causa della grave allergia manifestata dalla paziente. Risulta dal secondo motivo di appello, invece, che era stata proposta una possibile terapia con la vancomicina; punto, questo, che avrebbe meritato di essere almeno in qualche misura esaminato, essendo l'antibiotico suindicato tra quelli normalmente utilizzati per combattere l'infezione da stafilococco aureo. Non è affatto chiaro, poi, nè per quale motivo la signora S. fu dimessa nuovamente, in data (OMISSIS), e senza alcuna terapia antibiotica, tanto che fu poi necessario un ulteriore ricovero pochi giorni dopo. Così come la sentenza impugnata non fornisce alcuna motivazione delle ragioni per le quali afferma (p. 8) che “quand'anche fosse stata reintrodotta una qualche terapia antibiotica (l'OMISSIS) o nei giorni successivi, allorchè si fosse risolta l'allergia, ciò non avrebbe, con ogni probabilità, potuto impedire l'insorgere della sepsi appena quattro (o meno) giorni dopo”. Considerazione che, posta in questi termini, è un'affermazione pura e semplice, del tutto sfornita di ogni motivazione.

4. Alla luce di tutte le considerazioni che precedono, il ricorso è accolto e la sentenza impugnata è cassata. Il giudizio è rinviato alla Corte d'appello di Torino, in diversa composizione personale, la quale tornerà ad esaminare il merito dell'appello tenendo presenti le indicazioni contenute nella presente pronuncia. Al giudice di rinvio è demandato anche il compito di liquidare le spese del giudizio di cassazione.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso nei sensi di cui in motivazione, cassa la sentenza impugnata e rinvia alla Corte d'appello di Torino, in diversa composizione personale, anche per la liquidazione delle spese del giudizio di cassazione.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Sezione Terza Civile, il 26 giugno 2020.

Depositato in Cancelleria il 25 agosto 2020

# **Sentenza Cassazione civile terza sezione, n. 4864 DEL 23 febbraio 2021**

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE, SEZIONE TERZA CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati: Dott. TRAVAGLINO Giacomo – Presidente – Dott. FIECCONI Francesca – rel. Consigliere – Dott. SCRIMA Antonietta – Consigliere – Dott. POSITANO Gabriele – Consigliere – Dott. GUIZZI Stefano Giaime – Consigliere –

ha pronunciato la seguente sentenza sul ricorso 25219-2018 proposto da P.T., L.V., elettivamente domiciliati in ROMA, VIA ARCHIMEDE, 143, presso lo studio dell'avvocato LUIGI PATRICELLI, rappresentati e difesi dall'avvocato MICHELE COLUCCI;  
– ricorrenti –

contro

ASSICURAZIONI GENERALI SPA, elettivamente domiciliato in ROMA, VIA MONTE ZEBIO 28, presso lo studio dell'avvocato GIUSEPPE CILIBERTI, che lo rappresenta e difende;  
– controricorrenti –

nonchè contro

(OMISSIS), PI.GE., ALLIANZ SPA, (OMISSIS);  
– intimati –

avverso la sentenza n. 1474/2018 della CORTE D'APPELLO di BOLOGNA, depositata il 31/05/2018; udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 28/10/2020 dal Consigliere Dott. FRANCESCA FIECCONI; udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. SOLDI ANNA MARIA.

Fatto

## **SVOLGIMENTO IN FATTO**

1. Con ricorso notificato il 27/7/2018, avverso la sentenza n. 1474/2018 emessa dalla Corte d'Appello di Bologna, notificata in data 31/5/2018, i sig.ri P.T. e L.V. propongono ricorso per cassazione, affidato a tre motivi illustrati da memoria. Con controricorso notificato l'8/10/2018, resiste Generali Italia s.p.a. Gli intimati (OMISSIS), Dott. Pi.Ge., Allianz s.p.a. (già Lloyd Adriatico s.p.a.), (OMISSIS) e Allianz s.p.a. (già RAS Riunione Adriatica di Sicurtà), non hanno svolto difese. La causa, chiamata per l'udienza camerale del 5/2/2020, è stata rimessa alla pubblica udienza con ordinanza interlocutoria n. 9701/2020.

2. Per quanto qui interessa, i coniugi P.T. e L.V., in proprio e quali esercenti la potestà genitoriale sulle tre figlie minori, hanno convenuto in giudizio dinanzi al Tribunale di Bologna la (OMISSIS) per sentirla condannare al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dalla sig.ra P. in esito a due interventi eseguiti dal Dott. Pi.Ge. presso la suddetta casa di cura. Gli attori hanno dedotto che: i) in data (OMISSIS) la sig.ra P. si ricoverava presso la (OMISSIS) e, nello stesso giorno,

veniva sottoposta ad intervento di “asportazione dell’ernia e neurolisi bilaterale”; ii) l’intervento non riusciva perfettamente in quanto, dopo circa due mesi, la paziente accusava una sciatalgia bilaterale più accentuata a sinistra; iii) in data (OMISSIS) si ricoverava di nuovo a (OMISSIS) dove subiva un ulteriore intervento per recidivante erniaria di “neurolisi L5-S1 bilaterale e foraminectomia bilaterale di L5” eseguito sempre dal Dott. Pi.; iv) dopo circa una settimana sopraggiungeva una “infezione chirurgica della ferita operatoria” che rendeva necessario, in data (OMISSIS), il ricovero presso il nosocomio (OMISSIS) dove veniva eseguita una “revisione chirurgica della ferita lombare infetta” ed accertata la positività al batterio *Serratia Marcescens*.

Si è costituita la convenuta (OMISSIS) per chiedere il rigetto della domanda e l’autorizzazione a chiamare in causa la propria compagnia assicuratrice Assicurazioni Generali s.p.a. e il Dott. Pi.Ge.. I terzi chiamati si sono costituiti, associandosi alle difese della casa di cura e, il Dott. Pi., chiedendo l’autorizzazione a chiamare in causa la propria compagnia assicuratrice Lloyd Adriatico s.p.a., nonché la (OMISSIS) di (OMISSIS) ove la sig.ra P. era stata successivamente ricoverata per sopraggiunta flogosi e revisione della ferita lombare infetta. Autorizzata la chiamata, si sono costituite la Lloyd e la (OMISSIS), chiedendo il rigetto delle domande proposte nei loro confronti e, la (OMISSIS), a sua volta chiedendo ed ottenendo l’autorizzazione alla chiamata in causa della Compagnia Assicuratrice RAS, costituitasi a sua volta. Con sentenza n. 3178/2011, il Tribunale di Bologna ha rigettato la domanda attorea.

3. Avverso la pronuncia di prime cure, i coniugi P.- L. hanno proposto gravame innanzi alla Corte d’Appello di Bologna che, con la sentenza qui impugnata, ha rigettato l’appello e, per l’effetto, ha confermato la decisione del Tribunale condannando gli appellanti, in solido, alle spese del grado. Per quanto ancora rileva, sulla scorta della CTU medico-legale espletata in prime cure, la Corte territoriale ha ritenuto non raggiunta la prova in ordine al danno, nonché in ordine alla riferibilità causale degli esiti patologici accusati dall’attrice agli interventi medici eseguiti. In particolare, in relazione alla plegia e all’incontinenza lamentata dalla paziente, ha evidenziato una sostanziale inconciliabilità tra l’obiettività clinica mostrata dalla sig.ra P. all’esame dei periti e i sintomi lamentati, ritenuti di natura psicosomatica; in ordine all’infezione da “*Serratia Marcescens*”, invece, ha escluso ogni responsabilità della (OMISSIS) non ritenendo provato il nesso causale tra l’infezione e l’operato dei sanitari, in virtù dell’esistenza di altre possibili cause anche prevalenti dell’infezione.

4. Contro la sentenza della Corte d’Appello, i coniugi P.- L. propongono ricorso per cassazione che, per le questioni trattate, hanno indotto la Terza Sezione Civile di questa Corte, con ordinanza interlocutoria n. 9701/2020, a rinviare la discussione della causa alla pubblica udienza del 28/10/2020, nel contraddittorio tra le parti. Il sostituto procuratore generale ha concluso come in atti.

Diritto

## RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con il primo motivo si denuncia “Violazione o falsa applicazione, ai sensi dell’art. 360 c.p.c., n. 3, dei principi che governano la ripartizione dell’onere della prova in materia di responsabilità contrattuale, segnatamente in tema di responsabilità medica, per la violazione dei precetti dell’art. 2697 c.c. e art. 115 c.p.c., per aver erroneamente ritenuto non assolto dagli appellanti l’onere della

prova del danno subito e per aver illegittimamente posto l'onere della prova del nesso causale a carico della parte che non ne era onerata, nonché per aver omesso di esaminare la decisività della documentazione sanitaria prodotta dagli appellanti”.

2. Con il secondo motivo, si denuncia il “Vizio di motivazione ai sensi dell’art. 360 c.p.c., n. 5, per aver omesso l’esame sia della documentazione sanitaria supplementare prodotta dagli appellanti nel corso del giudizio di primo grado, che dei due decreti di archiviazione di altrettanti procedimenti penali promossi nei confronti di P.T. avanti il Tribunale di Bologna e avanti il Tribunale di Foggia, tutti oggetto di discussione tra le parti”.

2.1. Preliminarmente, occorre rilevare che non si ravvisano i profili di inammissibilità del ricorso dedotti dalla società controricorrente ai sensi degli artt. 360-bis e 348-ter c.p.c. Quanto all’asserita inammissibilità ex art. 360-bis c.p.c., la censura è priva di pregio poiché, per quanto di seguito esposto, non può certamente affermarsi che la sentenza impugnata abbia deciso le questioni di diritto in modo conforme alla giurisprudenza di questa Corte. Quanto al rilievo di “doppia conforme”, involgente l’inammissibilità del ricorso ai sensi dell’art. 348-ter c.p.c., comma 5 correttamente i ricorrenti rilevano che al caso in esame non si applica il novum legislativo portato dal D.L. n. 83 del 2012, in quanto l’appello è stato introdotto precedentemente alla sua entrata in vigore in data 11 settembre 2012.

3. Tanto premesso, i primi due motivi di ricorso vanno considerati unitariamente, in quanto intimamente connessi ed entrambi fondati.

4. La Corte d’Appello ha rigettato la domanda risarcitoria di parte attrice ritenendo non assolto l’onere, gravante sul danneggiato, di provare il danno e il nesso causale, assumendo la natura “extraquiliana”, dunque contrattuale, della responsabilità del medico e delle strutture sanitarie chiamate a risponderne. Richiamato così il paradigma della responsabilità ex contractu, l’argomentazione del giudice di secondo grado s’incardina sulla condivisione della CTU medico-legale espletata in prime cure che aveva ritenuto non residuati, in capo alla paziente, i presunti danni e, in ogni caso, non ascrivibili alle attività ed alle operazioni mediche oggetto di causa. Di seguito, l’iter motivazionale si dirama lungo due filoni di indagini parallele in ordine alla sussistenza del danno da paralisi (ed incontinenza) da un lato, e del danno da infezione dall’altro.

4.1. In particolare, in relazione alla condizione di plegia e incontinenza lamentata dalla paziente, la Corte di merito ha rilevato che “- Rimane condivisibile ed incontestabile sul piano propriamente medico-scientifico il giudizio di mancanza assoluta del raggiungimento di prova certa rassicurante propriamente sul “danno” lamentato dalla P., dovendosi condividere pienamente l’iter logico-fattuale sviluppato dal Tribunale e correttamente, alla luce di quanto già sopraddetto, in quanto vertente sull’elemento danno, quale precipuo oggetto di prova dell’attore, e non sulla colpevolezza del medico. - In particolare, circa la condizione di plegia ed incontinenza, al di là delle ipotesi allegate, la mancanza della prova che la P. abbia subito i danni rappresentati quale effetto dell’operato del Dott. Pi. e della Casa di Cura è precedente, sul piano logico-fattuale, alla stessa verifica causale sugli errori e manchevolezze dei medici, e rimane radicalmente confermata nella sua carenza probatoria da quanto accertato in via conclusiva dai CTU, le cui conclusioni non possono in alcun modo essere poste nel dubbio. - Invero, i periti, medici di esperienza (...) evidenziano esplicitamente la sostanziale inconciliabilità proprio tra l’obiettività clinica mostrata dalla P.

al loro esame e la complessità dei sintomi da essa accusati, emergendo, all'evidenza per così dire cartesiana, di essere in presenza di un complesso di indici che se oggettivamente apprezzati al netto delle sensazioni autoreferenzialmente esposte dalla P, non si conciliano con una condizione, neppure relativa, di plegia lamentata quale conseguenza del duplice intervento subito a (OMISSIS) e tantomeno con la pure asserita impossibilità di movimento dalla vita in giù (...). – L'eseguito esame obiettivo è riferito con evidenza tale anche all'osservatore profano, tanto da indurre i CTU ad avanzare comunque seppure in via ipotetica una connessione tra i fenomeni accusati dalla P. ed una possibile "failed back syndrome", ovvero sindrome soggettiva come risposta alla mancata risposta risolutiva della sintomatologia dolorosa o, addirittura, una "paraplegia da conversione e sindrome da indennizzo", dunque propriamente psicosomatica, mancando di poi ogni documentazione clinica obiettiva su possibili ipotetiche lesioni delle vie motorie. Un quadro realisticamente così chiaro non offre alcun profilo di criticità tale da ritornare sulla opportunità di rinnovo della CTU e/o di chiarimenti, peraltro istanza già motivatamente respinta a suo tempo dal Collegio decidente, neanche alla luce della documentazione prodotta dagli appellanti in sede di precisazione delle conclusioni (...) nulla di fatto modificando sulla mancanza di danno e nesso causale fra la certificazione sanitaria prodotta in sede d'appello ed i due interventi chirurgici effettuati presso la (OMISSIS)" (sentenza impugnata: da p. 5, 3 cpv. a p. 6, 3 cpv.).

4.2. Valutato il danno da paralisi come inesistente o, comunque, non causalmente correlato all'operato dei sanitari, la Corte d'Appello passa a scrutinare il danno da infezione, riferendo quanto segue: "l'infezione emerse quasi un mese dopo le dimissioni della P, ed occorre altresì rilevare che, pur avendo dapprima ipotizzato come "probabile" l'acquisizione nosocomiale dell'infezione, i CTU hanno di fatto escluso la responsabilità della (OMISSIS) con il criterio del "più probabile che non", rilevando l'esistenza di altre possibili cause, anche prevalenti, dell'infezione – sottolineando l'eccezione difensiva del medico chirurgo Pi. sul periodo di circa venti giorni in cui la P. si curava da sè presso il proprio domicilio – nonchè accertando comunque la carenza di prova sia delle lesioni lamentate dalla paziente che del nesso eziologico fra le stesse e l'infezione" (sentenza impugnata: p. 7, rigo 2-14).

4.3. La motivazione addotta dalla Corte del gravame risulta nel primo caso (plegia) apodittica, in quanto ancorata alle risultanze della CTU in assenza di una autonoma valutazione da parte del giudice di dette risultanze e in mancanza del doveroso confronto con la documentazione offerta dagli attori sia in primo che in secondo grado, attestante l'evolversi della malattia ed atta a confutare il carattere psicosomatico della medesima; nel secondo caso (infezione), si dimostra addirittura contraddittoria, in quanto in contrasto con le stesse conclusioni peritali.

4.4. E invero, i ricorrenti colgono nel segno anzitutto allorchè denunciano, con il secondo motivo, il vizio motivazionale sub specie art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, dimostrandosi la motivazione del tutto al di là del minimo costituzionale; nonchè, parimenti, laddove lamentano, con il primo mezzo, in ogni caso la violazione e falsa applicazione dell'art. 2697 c.c. e art. 115 c.p.c.

4.5. In ordine alla violazione dell'art. 115 c.p.c., essa va scrutinata con precedenza rispetto alla corretta ripartizione degli oneri probatori, rammentandosi che in sede di legittimità è possibile sindacare l'omessa valutazione di risultanze istruttorie ove ricorrano simultaneamente due circostanze: (a) che la parte ne abbia dedotto la decisività; (b) che il giudice abbia ommesso di valutarne la rilevanza in concreto. Difatti, "La violazione dell'art. 115 c.p.c. può essere dedotta come vizio

di legittimità non in riferimento all'apprezzamento delle risultanze probatorie operato dal giudice di merito, ma solo sotto due profili: qualora il medesimo, esercitando il suo potere discrezionale nella scelta e valutazione degli elementi probatori, ometta di valutare le risultanze di cui la parte abbia esplicitamente dedotto la decisività, salvo escluderne in concreto, motivando sul punto, la rilevanza; ovvero quando egli ponga alla base della decisione fatti che erroneamente ritenga notori o la sua scienza personale" (Cass., Sez. 1 -, Ordinanza n. 4699 del 28/2/2018; Sez. 3 -, Sentenza n. 20382 dell'11/10/2016).

4.6. In particolare, quanto all'elemento della "decisività", l'attuale parte ricorrente deduce di avere prodotto copiosa documentazione sanitaria, proveniente da strutture pubbliche ed univocamente attestante la condizione diagnosticata alla paziente e la correlazione causale con gli interventi del medico chirurgo: paraparesi agli arti inferiori indotta da un pregresso intervento di ernia discale L5-S1 e successivo intervento di lisi cicatriziale, entrambi praticati presso la (OMISSIS). Tale documentazione, richiamata e riprodotta nel presente grado di giudizio, risulta in parte versata in prime cure e, per altra parte, prodotta nel corso del giudizio di secondo grado in quanto maturata successivamente all'introduzione del gravame, e non adeguatamente osservata dalla Corte di merito.

4.7. Difatti, quanto alla motivazione sulla irrilevanza delle produzioni documentali, la Corte bolognese prima rileva che "manca(ndo) di poi ogni documentazione clinica obiettiva su possibili ipotetiche lesioni delle vie motorie" (sentenza impugnata: p. 6, rigo 18-19) poi, invece, ne dà conto (genericamente segnalando l'avvenuta produzione documentale in appello), rilevandola comunque come non in grado di modificare le considerazioni della CTU sul nesso causale e sulla mancanza di danno (sentenza impugnata: p. 6, rigo 36-40). A margine la perplessità e contraddittorietà cui un simile argomentare presta il fianco, la argomentazione circa la copiosa documentazione versata in atti – invocata da parte attrice come decisiva, poichè univocamente orientata ad attestare l'esistenza di un grave e complesso quadro patologico della paziente – non poteva essere liquidata sic et simpliciter senza indicazione alcuna delle ragioni per cui essa sarebbe stata inidonea a scalfire le conclusioni peritali. Quale peritus peritorum, difatti, al giudice di merito è demandato il compito di compiere un'attività essenziale – non più recuperabile in sede di giudizio di legittimità – e di svolgere un autonomo confronto tra le valutazioni dei consulenti e la documentazione clinica versata in atti, in eventum anche disponendo il rinnovo delle operazioni peritali dinanzi alle produzioni effettuate in sede di gravame.

4.8. In merito alla violazione dell'art. 2697 c.c., invece, la Corte territoriale dimostra un malgoverno del principio di ripartizione degli oneri probatori in materia di responsabilità sanitaria, in specie, qualora il danno riguardi un'infezione "presumibilmente" nosocomiale. Costituisce oramai giurisprudenza consolidata che in tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno-evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "leges artis" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicchè, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice dimostrare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, l'esatta

esecuzione della prestazione o la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione (così Cass., Sez. 3 -, Sentenza n. 28991 dell'11/11/2019; v. anche Cass., Sez. 3 -, Sentenza n. 24073 del 13/10/2017; Sez. 3, Sentenza n. 15993 del 21/7/2011; Sez. U, Sentenza n. 577 dell'11/1/2008).

4.9. Nel campo della responsabilità medica, in specie, il ciclo causale a monte è quello relativo all'evento dannoso, e deve essere provato dal danneggiato; invece, il secondo ciclo causale, a valle, è quello relativo alla possibilità di adempiere, che deve essere provato dal danneggiante. Talchè, mentre il danneggiato deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta del sanitario, il debitore deve provare l'esatta esecuzione della prestazione o l'impossibilità dell'esatta esecuzione dovuta ad una causa imprevedibile ed inevitabile.

4.10. Senonché, il descritto approccio valutativo – al di là della dogmatica dichiarazione di intenti con cui si apre la motivazione – risulta malamente applicato nella sentenza impugnata, ove si consideri che restano del tutto oscure le ragioni per cui la Corte di merito decide di scomporre l'evento dannoso allegato dagli attori in: danno da paralisi ed incontinenza da un lato, e danno da infezione dall'altro. Nondimeno, il primo (plegia) avrebbe dovuto essere considerato come effetto della sequenza fattuale, comprensiva anche del secondo (processo infettivo), complessivamente causativa del danno.

4.11. Invero, la stessa CTU, di cui gli attuali ricorrenti riportano alcuni passi, aveva rilevato: “il quadro resosi evidente in sede peritale è compatibile in parte con il possibile esito di una procedura di asportazione di ernia discale esitata in fibrosi ma, in questo caso precipuo, è sicuramente determinato in modo preponderante e aggravato dalla complicità infettiva (..) La responsabilità dell'infezione, non è direttamente del chirurgo, ma con alta probabilità, deve essere posta a carico della (OMISSIS) in relazione a presumibile genesi nosocomiale (cfr. pag. 37 relazione dei CTU)” (ricorso, p. 24, ult. cpv).

4.12. Nel caso di specie, sotto il profilo dell'eziologia del danno occorre piuttosto considerare le circostanze fattuali dedotte da parte attrice e il cui avvicendamento non è stato oggetto di contestazione: i) la sig.ra P. in data (OMISSIS) si ricoverava presso la (OMISSIS) e, nello stesso giorno, veniva sottoposta ad intervento di “asportazione dell'ernia e neurolisi bilaterale” eseguito dal Dott. Pi.; dopo circa due mesi, la paziente accusava sciatalgia bilaterale più accentuata a sinistra sicchè, in data (OMISSIS) si ricoverava di nuovo a (OMISSIS) dove subiva un secondo intervento dal Dott. Pi. per recidivante erniaria; iv) dopo circa una settimana sopraggiungeva una “infezione chirurgica della ferita operatoria” che rendeva necessario, in data (OMISSIS) (dunque, a distanza di poco più di 20 giorni dal secondo intervento), il ricovero presso il nosocomio (OMISSIS) di (OMISSIS), ove veniva eseguito un terzo intervento, per “revisione chirurgica della ferita lombare infetta” ed accertata la positività al batterio *Serratia Marcenscens*.

4.13. De facto, in punto di causalità materiale emergeva che il secondo intervento era stato necessitato dal primo, in quanto eseguito per recidivante dell'ernia originariamente operata. Il terzo intervento, a sua volta, era stato necessitato dal secondo, trattandosi di revisione della ferita operatoria infetta. Gli attori, dunque, avevano provato la correlazione, in termini di efficienza causale, tra il progressivo aggravamento patologico e la condotta del sanitario spettando, a quel punto, alla convenuta (OMISSIS) e al Dott. Pi. provare l'esatto adempimento della prestazione ovvero il fatto-

re causale alternativo da solo idoneo a cagionare l'evento, nonchè la sua imprevedibilità. Viepiù che le stesse conclusioni peritali, cui il giudice di merito ha asservito l'intero thema probandum, avevano valutato la correlazione del quadro patologico presentato dalla paziente con gli interventi eseguiti, ritenendolo quale possibile esito degli stessi, seppure aggravato dall'infezione contratta, la cui genesi nosocomiale definivano "altamente probabile".

4.14. Ora, una volta ritenuta altamente probabile dai consulenti la natura esogena dell'infezione, causata da germi di tipo ospedaliero, doveva operarsi la valutazione della responsabilità giuridica del medico e della casa di cura alla luce della prova liberatoria offerta in ordine al corretto adempimento dei sanitari, da soddisfarsi sotto due specifici profili: 1) sul piano generale, quello relativo all'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza appunto di patologie infettive a carattere batterico; 2) sul piano individuale, quello relativo alla prestazione, ad opera del personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico valutando se, nel caso specifico, fosse stata praticata una corretta terapia profilattica pre e post-intervento.

4.15. D'altra parte, la prova dell'adozione e dell'adeguato rispetto dei necessari standard di igiene e prevenzione non può, ragionevolmente, incombere sul paziente danneggiato con esclusione della casa di cura che lo ha dimesso. Talché, costituisce malgoverno del principio di ripartizione degli oneri probatori quello spiegato nella sentenza impugnata, laddove la Corte del gravame ha escluso il danno da infezione per essersi la paziente curata da sola a casa nei venti giorni successivi al secondo intervento, omettendo di indagare se fosse stata eseguita – secondo normativa e protocolli – una corretta terapia profilattica pre e post-intervento e, soprattutto, se di ciò la casa di cura e il chirurgo convenuti avessero fornito prova.

5. Parimenti, il secondo motivo è fondato, allorché deduce il vizio motivazionale per acritica adesione alla CTU da parte del giudice di secondo grado, e per mancata considerazione della documentazione medica prodotta, attestante l'evoluzione nel tempo della malattia.

5.1. Sul punto, occorre richiamare il consolidato orientamento di questa Corte per cui "In tema di ricorso per cassazione per vizio di motivazione, la parte che lamenta l'acritica adesione del giudice di merito alle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio non può limitarsi a far valere genericamente lacune di accertamento o errori di valutazione commessi dal consulente o dalla sentenza che ne abbia recepito l'operato, ma, in ossequio al principio di autosufficienza del ricorso per cassazione ed al carattere limitato del mezzo di impugnazione, ha l'onere di indicare specificamente le circostanze e gli elementi rispetto ai quali invoca il controllo di logicità, trascrivendo integralmente nel ricorso almeno i passaggi salienti e non condivisi della relazione e riportando il contenuto specifico delle critiche ad essi sollevate, al fine di consentire l'apprezzamento dell'incidenza causale del difetto di motivazione" (Sez. 6 – 3, Ordinanza n. 1815 del 02/02/2015; Cass., Sez. 1, Sentenza n. 16368 del 17/7/2014; Sez. 2, Sentenza n. 13845 del 13/6/2007; Sez. 1, Sentenza n. 4885 del 7/3/2006; Sez. 3, Sentenza n. 17369 del 30/8/2004).

5.2. Nel caso di specie, il secondo motivo – dedotto in relazione all'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5 – soddisfa pienamente i requisiti di specificità ex art. 366 c.p.c., comma 1, n. 6, poiché individua direttamente ed indirettamente (trascrivendoli e localizzandoli) gli atti in ordine ai quali i ricor-

renti richiedono il controllo di logicità. Superato il preliminare vaglio di ammissibilità, il motivo si rivela fondato nel merito, violando la sentenza impugnata quell'intangibile minus costituzionale il cui controllo è demandato al giudice di legittimità (per tutte, Cass., Sez. U, Sentenza n. 8053 del 7/4/2014).

5.3. Sul punto, il ragionamento della Corte di merito, come sopra detto, risulta in primo luogo perplesso, allorché scompone lo scrutinio della sussistenza dell'evento dannoso allegato da parte attrice in due sottocategorie di danno – plegia e infezione – che andavano valutate unitariamente, la paralisi potendo, ragionevolmente e come indicato nella stessa CTU, costituire ò esito patologico degli interventi aggravato dall'infezione batterica.

5.4. In secondo luogo, apodittico in quanto ancorato alle sole risultanze peritali e carente sotto il profilo del doveroso confronto con la documentazione offerta dagli attori sin dal primo grado. A titolo esemplificativo: i verbali delle commissioni mediche di prima e seconda istanza che hanno riconosciuto l'invalidità civile alla sig.ra P., progressivamente ingravescente, con diagnosi di “grave deficit sensitivo-motorio (paraparesi), con instabilità statico-dinamica, da pregressa ernia discale lombare operata con complicanze post operatorie (spondilodiscite)”; tra cui, in specie, la relazione medico-legale del Dott. D.R. del (OMISSIS) che ha attribuito una percentuale di invalidità del 100% alla paziente con diritto all'assegno di accompagnamento per “esiti di doppio intervento di asportazione di ernia discale L5S1 (...) esiti di altri interventi di revisione della ferita lombare infetta; insufficienza statico-dinamica della colonna dorso-lombare e dell'arto inferiore sinistro, con necessità di appoggio obbligato a due bastoni; deambulazione claudicante precauzionale a piccoli passi e per due-tre metri; necessità di assistenza per la cura e l'igiene personale dalla vita in giù”; nonché, la sentenza n. 1749/2009 del Tribunale di Lucera che ha riconosciuto la ricorrente totalmente invalida al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento. A tale documentazione, già prodotta in primo grado, si aggiungono le produzioni svolte in sede d'appello in quanto maturate successivamente all'introduzione del gravame, tra cui: il verbale di verifica dell'INPS di Foggia del 12/10/2013 con conferma del riconoscimento di invalidità al 100%; il verbale della Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile del 30/8/2016 con conferma della diagnosi di paraparesi da pregressa ernia discale lombare con complicanze post operatorie.

5.5. Di fronte al coacervo di documenti sanitari prodotti dagli attori – tutti provenienti da strutture sanitarie pubbliche e tutti univocamente diretti al riconoscimento di un quadro patologico di paraparesi agli arti inferiori dovuta a progressi interventi e complicanze chirurgiche – resta oscura la ragione per cui la Corte del gravame concluda per la natura psicosomatica della plegia lamentata dalla sig.ra P. Viepiù, il giudice di secondo grado omette ogni menzione nel merito di tali produzioni, salvo poi rilevare che esse – in ogni caso – non mettono in discussione la bontà delle considerazioni peritali, lasciando a tale affermazione di principio il compito di spiegare le ragioni della decisione assunta. Così argomentata, tuttavia, la sentenza impugnata impedisce di comprendere l'iter logico seguito e, cioè, di chiarire su quali prove il giudice abbia fondato il proprio convincimento e verificare se abbia effettivamente giudicato iuxta alligata et probata.

6. Con il terzo ed ultimo motivo si denuncia la “Violazione o falsa applicazione, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3, dei principi che governano la condanna alle spese sanciti dagli artt. 91 e 92 c.p.c., per non aver compensato le spese di giudizio pur in presenza di prove documentali oggettive sulla sussistenza del danno e sul nesso di causalità e di un'acclarata impossibilità di pervenire ad una

diagnosi, ammessa dai CTU del primo grado di giudizio, elementi dai quali poter escludere sia la pretestuosità che la palese infondatezza della domanda”.

6.1. Il terzo motivo è assorbito dall'accoglimento dei primi due mezzi di ricorso.

7. Conclusivamente, la Corte accoglie i primi due motivi, assorbito il terzo, cassa e rinvia alla Corte d'Appello di Bologna, in diversa composizione, anche per le spese del presente procedimento, affinché – oramai esaurito il giudizio in punto di un debeat in assenza di prova liberatoria fornita dai convenuti – determini il quantum da liquidare a titolo di risarcimento dei danni cagionati in favore della parte ricorrente.

P.Q.M.

La Corte accoglie i primi due motivi del ricorso, assorbito il terzo. Cassa e rinvia alla Corte d'Appello di Bologna, in diversa composizione, anche per le spese del presente procedimento.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Sezione Terza Civile, il 28 ottobre 2020.

Depositato in Cancelleria il 23 febbraio 2021

## **Sentenza Cassazione Penale, sez IV, n. 33770/2017**

La Corte suprema di Cassazione – sezione quarta penale composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati: Dott. BLAIOTTA Rocco Marco – Presidente Dott. DI SALVO Emanuele – Consigliere Dott. MONTAGNI Andrea – Consigliere Dott. CAPPELLO Gabriella – Consigliere Dott. PAVICH Giuseppe – rel. Consigliere

ha pronunciato la seguente sentenza su ricordo proposta da:

(OMISSIS), nato il (OMISSIS); avverso la sentenza del 14/10/2016 della CORTE APPELLO di ROMA; visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere Dr. GIUSEPPE PAVICH;

Udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore Generale Dr. Romano Giulio, che ha concluso per l'inammissibilità del ricorso.

Udito il difensore di Parte Civile avvocato (OMISSIS) del foro di Firenze conclude per l'inammissibilità del ricorso; deposita conclusioni scritte e nota spese.

L'avvocato (OMISSIS) del foro di SALERNO in difesa di (OMISSIS) si riporta ai motivi e ne chiede l'accoglimento.

**RITENUTO IN FATTO**

1. La Corte d'appello di Roma, in data 14 ottobre 2016, ha confermato la sentenza di condanna

alla pena di giustizia e alle statuizioni civili emessa dal Tribunale di Roma il 15 aprile 2015 nei confronti di (OMISSIS), imputata del delitto di omicidio colposo a lei contestato in rubrica.

1.1. L'addebito mosso alla (OMISSIS), medico anestesista presso il Policlinico (OMISSIS), riguarda le condotte dalla stessa poste in essere nei riguardi della paziente (OMISSIS), che era stata ricoverata presso il nosocomio in relazione agli esiti traumatici di un incidente stradale.

In seguito al ricovero, la (OMISSIS), il (OMISSIS), veniva sottoposta presso il Policlinico ad un intervento chirurgico di riduzione chiusa di una frattura nasale non a cielo aperto; dopo l'operazione, la donna veniva trasferita nel reparto di rianimazione, dove però decedeva il (OMISSIS) per insufficienza cardiorespiratoria. Secondo la ricostruzione operata dai consulenti del Pubblico ministero e accolta dai giudici di merito, al termine dell'intervento chirurgico si era manifestata nella (OMISSIS) un'encefalopatia ischemica, dalla quale era derivato lo stato comatoso, con progressivo peggioramento delle condizioni generali e conseguente decesso; l'ischemia cerebrale veniva collegata a una carenza d'ossigeno generalizzata a livello cerebrale, indotta dalla condotta della dr.ssa (OMISSIS), che aveva determinato un'insufficienza respiratoria a causa della mala gestione delle vie aeree (ed in specie dell'apparato oro tracheale).

Più precisamente la (OMISSIS), secondo le linee guida, avrebbe dovuto assicurare alla paziente una corretta ventilazione polmonare durante l'intervento, pur con il presidio della cannula di Guedel (in concreto utilizzata al posto della più prudente intubazione oro tracheale), per evitare il pericolo, purtroppo verificatosi, di ostruzione delle alte vie respiratorie. La cattiva gestione delle vie aeree da parte della (OMISSIS) – proseguita pur a fronte di segni clinici strumentali della carenza di ossigeno nel sangue durante l'intervento determinava però, come detto, una condizione di prolungata ipossia, con conseguente danno cerebrale, in paziente che oltretutto era sottoposta ad operazione chirurgica in sede nasale.

1.2. La Corte di merito ha disatteso le doglianze dell'imputata appellante, rivolte contro le valutazioni dei consulenti e alcune dichiarazioni testimoniali delle infermiere (OMISSIS) e (OMISSIS).

più in particolare, veniva rigettata la richiesta di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale mediante confronto tra il consulente della difesa e quello del P.M., atteso che la ricostruzione operata da quest'ultimo risultava condivisibile, in quanto argomentata sulla base di dati certi, e che non si ravvisavano contraddizioni fra l'elaborato scritto del consulente prof. (OMISSIS) e le sue dichiarazioni in aula. La Corte d'appello ha poi effettuato una sintetica ricostruzione dei passaggi della vicenda, condividendo le valutazioni del consulente del P.M. a proposito delle manchevolezze della dr.ssa (OMISSIS) e della loro rilevanza nel prodursi del coma cerebrale a carico della (OMISSIS). Infine, i giudici del collegio hanno escluso la rilevanza dei segnalati elementi di contraddizione fra le dichiarazioni rese dalle infermiere, ed hanno altresì escluso la decisività della rilevanza causale (e la portata interruttiva del nesso di causalità) delle infezioni contratte dalla vittima all'interno del reparto di rianimazione dopo l'intervento.

2. Avverso la prefata sentenza ricorre la (OMISSIS), per il tramite del suo difensore di fiducia.

2.1. Il ricorso consta di un unico motivo, con il quale la deducente lamenta vizio di motivazione e mancata assunzione di una prova decisiva: in specie, oggetto di lagnanza è il mancato accogli-

mento della richiesta difensiva di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale mediante confronto fra il consulente del P.M. e quello della difesa (confronto già oggetto di richiesta in primo grado, rigettata dal Tribunale); tale acquisizione probatoria, che alla luce della motivazione della sentenza di primo grado avrebbe avuto portata decisiva, non è stata però disposta, sebbene la Corte di merito potesse, dal confronto fra gli esperti, trarre motivi per giungere a un convincimento diverso da quello del primo giudice. Prosegue la ricorrente evidenziando la contraddittorietà dell'affermazione del consulente del P.M. il quale, nel corso del giudizio, ha dichiarato di non avere mai visionato il cartellino anestesilogico, pur avendolo criticato a pag. 47 dell'elaborato da lui scritto, e di poter solo supporre che tipo di anestesia fosse stata praticata, così ponendo a base delle sue conclusioni mere ipotesi interpretative in luogo di certezze. Ciò a fronte delle diverse conclusioni cui è giunto il consulente della difesa.

Ed ancora, l'esponente osserva che l'uso della cannula di Guedel era stato ritenuto idoneo per il tipo d'intervento in corso; perciò occorre accertare che la desaturazione ritenuta decisiva ai fini del decesso fosse stata determinata dalla mancata ossigenazione segnalata dal macchinario d'allarme, e che tale segnalazione non fosse stato preso nella dovuta considerazione dalla dr.ssa (OMISSIS).

Infine, la ricorrente ritiene che l'invocato supplemento istruttorio avrebbe consentito di fugare ogni dubbio circa la rilevanza causale delle infezioni insorte nel reparto di terapia intensiva, in rapporto all'accertamento della concausa preesistente ravvisata nella ridotta ossigenazione della paziente durante l'intervento, in realtà durata non più di cinque minuti; in alternativa, la mancata tempestiva maggiore ossigenazione attribuita alla (OMISSIS) potrebbe non essere stata la sola causa del decesso e, quindi, un suo eventuale profilo di colpa sarebbe ascrivibile alla colpa lieve di cui alla L. n. 189 del 2012, articolo 3.

3. Va dato atto che all'odierna udienza il difensore delle costituite parti civili ha rassegnato conclusioni scritte e depositato nota spese.

## CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Il ricorso è infondato.

1.1. Va in primo luogo ricordato che deve ritenersi "decisiva", secondo la previsione dell'articolo 606 c.p.p., lettera d) la prova che, confrontata con le argomentazioni contenute nella motivazione, si riveli tale da dimostrare che, ove esperita, avrebbe sicuramente determinato una diversa pronuncia; ovvero quella che, non assunta o non valutata, vizia la sentenza intaccandone la struttura portante (per tutte vds. Sez. 4, n. 6783 del 23/01/2014, Di Meglio, Rv. 259323, nella quale si evidenzia che la "decisività" della prova suppletiva non può riconoscersi laddove sia ravvisabile il carattere "meramente congetturale" delle conseguenze che la difesa intendeva trarre dall'assunzione di detta prova).

Deve poi aggiungersi che il carattere di "prova decisiva" è escluso, dalla giurisprudenza di legittimità, sia con riguardo al confronto (cfr. Sez. 2, n. 35661 del 16/05/2014, D'Aponte e altri, Rv. 260343), sia con riguardo all'accertamento peritale (cfr. da ultimo Sez. 2, n. 52517 del 03/11/2016, Russo, Rv. 268815).

Nella specie, l'invocato confronto fra i due consulenti (del P.m. e della difesa) doveva vertere oltretutto, secondo la prospettazione della ricorrente, su circostanze la cui decisività era tutta da dimostrare, non bastando all'uopo la semplice ipotesi – formulata nel ricorso – di un'eventuale acquisizione di elementi potenzialmente di segno diverso rispetto alla ricostruzione accolta dai giudici di merito, e tali da poter fugare i dubbi derivanti dalla diversità delle due ipotesi formulate dai consulenti di parte.

A fronte di ciò, la Corte distrettuale ha congruamente motivato il proprio convincimento, osservando che le conclusioni del consulente del P.M. si basavano su dati certi (esame necroscopico e autoptico) e pervenivano, con argomentazioni esenti da errori o vizi logici, all'accertamento della causa del decesso della (OMISSIS), riconducibile alla prolungata ipossia indotta nella paziente dalla condotta addebitata alla (OMISSIS) nel corso dell'intervento: condotta che i giudici di merito ricollegano non già all'impiego della cannula di Guedel, ma all'omesso costante controllo che le vie aeree fossero libere (controllo che, se fosse stato eseguito, non avrebbe determinato l'insorgere dell'ipossia) e al fatto che la carente ossigenazione della paziente è intervenuta, per un tempo giudicato comunque eccessivamente lungo, pur a fronte della segnalazione di tale condizione proveniente dal segnale di allarme del macchinario che controllava il livello di ossigeno del sangue.

1.2. A fronte dell'andamento affatto congetturale delle lagnanze difensive sul punto, è altresì adeguato il percorso argomentativo della Corte di merito a proposito della non idoneità interruttiva, in relazione al nesso causale tra la condotta e l'evento, delle infezioni sopraggiunte sulla paziente nel reparto di terapia intensiva: non è in sostanza configurabile, nella specie, il sopravvenire di un rischio nuovo e incommensurabile, del tutto incongruo rispetto alla condotta originaria, cui la giurisprudenza annette valore interruttivo del rapporto di causalità (si veda per tutte Sez. 4, n. 25689 del 03/05/2016, Di Giambattista e altri, Rv. 267374, ove la Corte ha evidenziato come l'"infezione nosocomiale" sia uno dei rischi tipici e prevedibili da tener in conto nei casi di non breve permanenza nei reparti di terapia intensiva, ove lo sviluppo dei processi infettivi è tutt'altro che infrequente in ragione delle condizioni di grave defedazione fisica dei pazienti).

1.3. In tale quadro, appare evidente che non ha alcun pregio la prospettazione difensiva mirante all'inquadramento della condotta della (OMISSIS) nell'ambito della "colpa lieve", ai fini di quanto stabilito dalla L. n. 189 del 2012, articolo 3, vigente all'epoca del fatto.

Va infatti osservato, in primo luogo, che, secondo quanto si legge alle pagine 6 e 8 della sentenza impugnata, la condotta dell'imputata è stata correttamente e motivatamente qualificata come caratterizzata da "grave negligenza": ragione per la quale è stata disattesa la richiesta di applicazione dell'anzidetta disposizione di legge.

Ma pur volendosi prescindere da tale classificazione del grado di colpa e della tipologia di condotta colposa attribuita alla (OMISSIS), deve rilevarsi che essa non risulterebbe in ogni caso aderente alle linee guida e/o alle buone pratiche, non solo sulla base della ricostruzione peritale accolta dalla Corte di merito, ma neppure in base alla stessa prospettazione difensiva; e che, secondo la predetta disposizione, solo il sanitario che "si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve". Di tal che in nessun caso potrebbe ricondursi il caso in esame nella fattispecie abrogativa de qua.

1.4. È infine appena il caso di evidenziare che, in ogni caso, l'inosservanza delle linee guida e, comunque, delle buone pratiche clinico assistenziali, nonché' la (corretta) qualificazione della condotta della ricorrente come caratterizzata da "negligenza" piuttosto che da "imperizia" escluderebbero anche la configurabilità dell'ipotesi di non punibilità del fatto prevista dal nuovo articolo 590-sexies c.p. (introdotto dalla L. n. 24 del 2017, articolo 6), che oggi disciplina la responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie in relazione alle fattispecie di omicidio colposo e lesioni personali colpose.

2. Al rigetto del ricorso consegue la condanna della ricorrente al pagamento delle spese processuali, nonché' al rimborso, in favore delle parti civili costituite, delle spese di giudizio, che si liquidano come da dispositivo.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso e condanna la ricorrente al pagamento delle spese processuali, nonché' al rimborso delle spese di giudizio in favore delle parti civili, liquidate in Euro tremila oltre accessori di legge.

## **Sentenza Tribunale di Milano, n. 1007 del 5 febbraio 2020**

TRIBUNALE di MILANO - Sezione I - sentenza n. 1007 del 5 febbraio 2020

**NELLA EQUIPE MEDICA LA RESPONSABILITÀ GRAVA SU CIASCUN SANITARIO COINVOLTO**

Ove l'intervento sia eseguito in equipe, l'obbligo di diligenza grava su ciascun componente e non concerne solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sulle condotte erronée altrui.

OMISSIS

Fatto

Con atto di citazione ritualmente notificato G.F. ha convenuto in giudizio R.M.L.R., A.V.T. e Artemisia s.p.a. e, dedotta la responsabilità contrattuale dei convenuti, ne ha chiesto la condanna al risarcimento dei danni. In particolare l'attore ha affermato: - di essersi rivolto in data 29.07.2013 ai dottori R.M.L.R. e A.V.T. presso il centro Artemisia per ritocchi ai glutei; - di essere stato sottoposto a gluteoplastica; - che il 18.08.2013 era stata diagnosticata un'infezione da ferita chirurgica; - che il 10.09.2013 i medici convenuti avevano rimosso le protesi la ferita; - che tra l'ottobre e il novembre 2013 erano stati eseguiti due interventi di rimozione e ricollocamento delle protesi.

Ha addebitato ai medici convenuti negligenza e imprudenza nella gestione del caso, carenze informative in ordine all'intervento di gluteoplastica, evidenziando come la s.p.a. Artemisia rispondesse ex art. 1218, nonché ex art. 1228 c.c. dell'operato dei medici. Ha lamentato danni da invalidità permanente e temporanea.

Si è costituita A.V.T. che ha contestato le deduzioni avversarie e affermato:

- che gli accertamenti preliminari erano stati svolti da R.M.L.R. che aveva deciso con G.F. le misure delle protesi;
- che G.F. era stato ampiamente informato della tipologia di intervento, della tecnica e dei rischi;
- che l'intervento si era svolto in anestesia locale;
- che le decisioni sull'operazione erano state assunte dal dr. R.M.L.R., mentre la convenuta aveva eseguito solo operazioni da strumentista;
- che l'intervento era perfettamente riuscito;
- che il 10.08.2013 l'attore si era recato presso il Centro Artemisia lamentando una deiscenza;
- che in quell'occasione aveva riferito al dr. R.M.L.R. di aver effettuato la sera stessa dell'intervento un trasloco;
- che tale attività ben avrebbe potuto causare una diastasi della cicatrice con conseguente esposizione al rischio di infezioni;
- che il 10.09.2013 le protesi erano state rimosse dal solo dr. R.M.L.R.;
- che l'unico intervento eseguito in seguito era stato il 20.11.2013 di applicazione di un lembo.

Ha contestato che l'infezione insorta fosse connessa all'intervento di gluteoplastica. Ha contestato l'entità dei danni prospettati. Ha chiesto il rigetto delle domande attoree. In subordine ha chiesto di ridurre la pretesa risarcitoria e procedere alla graduazione delle diverse responsabilità, con condanna di UnipolSai Assicurazioni s.p.a. - di cui ha chiesto la chiamata in causa - a tenerla indenne da qualunque pretesa. Si è costituita Artemisia s.p.a. che si è detta estranea alla vicenda. Ha in particolare affermato di aver sottoscritto nel maggio 2013 con R.M.L.R. e A.V.T. un contratto di locazione avente ad oggetto un locale ambulatoriale e ha negato di aver concluso alcun contratto con G.F. Ha comunque sottolineato la lacunosità della descrizione attorea e contestato i danni lamentati da G.F. Ha chiesto che fossero respinte le domande svolte nei suoi confronti, con condanna dell'attore ex art. 96 c.p.c. Ha svolto domanda di manleva o regresso nei confronti dei medici convenuti. In seguito a declaratoria di nullità dell'atto di citazione - non chiaramente indicativo della condotta inadempiente addebitata a ciascuno dei convenuti - G.F. ha indicato le condotte censurate: nella mancanza di sterilità dell'ambiente in cui era stato eseguito l'intervento, nella mancata profilassi antibiotica, nella mancata applicazione di drenaggi; nel riposizionamento delle medesime protesi a infezione in corso; nell'inadeguatezza delle cure prestate dopo la comparsa dell'infezione. Ha altresì affermato che i due medici avevano operato all'interno della clinica Artemisia, la quale aveva messo a disposizione la propria struttura e il proprio personale infermieristico e anestesilogico. Alla struttura andava dunque addebitata la mancanza di sterilità della sala chirurgica messa a disposizione oltre che - ex art. 1228 c.c. - l'operato dei due medici. Inizialmente contumace, si è costituita UnipolSai Assicurazioni - su chiamata della convenuta A.V.T. - che ha preliminarmente eccepito l'inoperatività della garanzia assicurativa in ragione sia del tempo sia del rischio e comunque dedotto i massimali e le franchigie previste dal contratto. Nel merito ha comunque contestato ogni responsabilità di A.V.T., sottolineando come l'attore avesse confessato al personale del centro Artemisia di non aver osservato il riposo post operatorio prescritto dai medici. Ha contestato l'entità del danno esposto. Ha chiesto che fosse dichiarata l'inoperatività della polizza, nonché il rigetto delle domande svolte contro A.V.T. e comunque che le domande nei confronti della Compagnia fossero respinte o contenute nei limiti del dovuto. Si è costituito R.M.L.R. che ha negato qualunque responsabilità osservando che le problematiche lamentate dall'attore costituivano complicanze post operatorie, rientranti nelle prevedibili conseguenze dell'intervento. Ha affermato che G.F. era stato messo al corrente delle possibili complicanze e che l'infezione andava

verosimilmente ricollegata alla mancata conformazione del paziente alle prescrizioni mediche.

Ha sostenuto che la responsabilità del medico andasse inquadrata nell'alveo della responsabilità extracontrattuale alla luce dell'art. 3 L. 189/2012. Ha chiesto il rigetto delle domande attoree e in subordine di essere tenuto indenne da Assicuratrice Milanese di cui ha chiesto la chiamata in causa. Si è costituita Assicuratrice Milanese s.p.a. che ha eccepito l'inoperatività sotto diversi aspetti della copertura assicurativa rispetto al sinistro oggetto di causa. Con riferimento alle deduzioni attoree si è limitata a richiamare le difese dell'assistito R.M.L.R.. Ha osservato che, ove fosse accertata l'insufficiente informazione al paziente la polizza non avrebbe potuto operare e, comunque, che si trattava di polizza a secondo rischio. Ha chiesto il rigetto della domanda di garanzia, il rigetto della domanda attorea o in subordine il contenimento della condanna entro i limiti di polizza.

1. L'attore ha agito deducendo la responsabilità contrattuale di tutti i convenuti.

1.1. I convenuti R.M.L.R. e A.V.T. non hanno concretamente contestato di aver concluso il 29.07.2013 con G.F. un contratto avente ad oggetto un trattamento estetico di ritocco dei glutei. Risultano in atti il consenso informato per l'intervento di "gluteoplastica con protesi in regime ambulatoriale" sottoscritto da G.F. e R.M.L.R. e la cartella clinica relativa all'intervento eseguito dagli operatori R.M.L.R. e A.V.T. (docc. 1 e 2 attore). In tale contesto risulta del tutto inconferente il richiamo svolto da R.M.L.R. alle disposizioni della L. 189/2012 - in particolare dell'art. 3 - allo scopo di ricondurre la propria responsabilità all'alveo extracontrattuale. Tale inquadramento è infatti ammissibile ove non sia stato concluso un contratto tra medico e paziente, nel qual caso evidentemente prevale il rapporto contrattuale tra le parti. Va altresì sottolineato che ove l'intervento sia eseguito in equipe, l'obbligo di diligenza grava su ciascun componente e non concerne solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sulle condotte erranee altrui (tra le altre Cass. 2060/2018). In tal senso deve essere considerata la condotta della dott. A.V.T. con riferimento all'intervento di gluteoplastica, oltre evidentemente all'opera da lei prestata successivamente all'intervento.

1.2. Con particolare riferimento alla posizione del Centro Artemisia va sottolineato come l'accettazione del paziente in una struttura - ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale - comporti di per sé la conclusione di un contratto atipico, cd. di spedalità. Secondo il consolidato orientamento giurisprudenziale (avallato dalle Sezioni Unite della Cassazione, sent. n. 9556/2002 e sent. n. 577/2008) il rapporto che lega la struttura sanitaria pubblica o privata - al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (cd. di "spedalità") che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti con la sola accettazione del paziente presso la struttura (Cass. 13.04.2007 n. 8826) e che ha ad oggetto l'obbligo della struttura di fornire al paziente una prestazione articolata che ingloba oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi di protezione e accessori, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle lato sensu alberghiere (cfr. in tal senso S.U. Cass. 577/2008).

Da ciò discende 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 da inadempimento ex art. 1218 c.c.. Nel caso di specie è del tutto pacifico che il trattamento censurato dall'attore sia stato eseguito presso la struttura (in Milano, largo S.)

gestita da Artemisia s.p.a., che evidentemente ha accettato il paziente e messo a disposizione dello stesso la struttura sanitaria. Così non rilevante che non sia stato concretamente necessario ricorrere a personale paramedico, medicinali o ad attrezzature tecniche ulteriori rispetto al locale dove il trattamento fu eseguito. Ciò che, infatti, rileva è che Centro Artemisia abbia accettato il paziente per l'esecuzione del trattamento estetico de quo all'interno della propria struttura sanitaria. Del pari scarsamente rilevante è la circostanza che Artemisia non abbia percepito alcun compenso con riferimento al trattamento in questione, ben potendo essere il contratto con paziente a titolo gratuito. Alla luce dei principi appena enunciati deve quindi ritenersi che tra G.F. e Artemisia si perfezionò un contratto atipico di spedalità con riferimento al trattamento estetico eseguito il 29.07.2013 da R.M.L.R. e A.V.T. Artemisia è dunque responsabile ex artt. 1218 e 1228 c.c. verso il paziente dell'opera svolta dai medici, pur non strutturati o dipendenti del centro.

2.

2.1 Ciò premesso, applicando gli ordinari principi in materia di inadempimento, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova: del contratto, dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonché del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari. È onere del danneggiato provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e l'azione o l'omissione dei sanitari. Resta, invece, a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile. È in particolare onere della parte debitrice provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione, ma questo solo ove il danneggiato abbia provato il nesso di causalità fra la patologia e la condotta dei sanitari" (Cass. n. 18392/2017).

2.2. Come s'è accennato l'attore ha addebitato ai convenuti l'insorgenza dell'infezione (per mancanza di sterilità dell'ambiente in cui era stato eseguito l'intervento) e l'inadeguata gestione e cura dell'infezione (per mancata profilassi antibiotica, mancata applicazione di drenaggi, riposizionamento delle medesime protesi a infezione in corso). È stata eseguita CTU medico legale che ha ricostruito la vicenda occorsa a G.F. sulla base dell'anamnesi compiuta nel corso delle operazioni peritali, nonché della documentazione sanitaria prodotta dal medesimo. I CTU hanno in particolare rilevato: che il giorno successivo all'intervento era insorto un rialzo febbrile; che il 9 o 10 agosto era stata rilevata una diastasi della ferita chirurgica da parte dei sanitari del Centro Artemisia che avevano proceduto alla sutura; che il 18.08.2013 G.F. si era recato al pronto soccorso dell'Ospedale San Gerardo di Monza dove era accertata deiscenza della ferita chirurgica interglutea (doc. 3) e disposto esame colturale che accertava la presenza di E. C.; che erano seguite medicazioni da parte dei medici curanti; che il 10.09.2013 era stato sottoposto a lavaggi delle tasche protesiche e reimpianto delle stesse protesi; che il 25.09.2013 dr. L. aveva certificato una imponente secrezione sieropurulenta da fistola della regione intraglutea e dato atto di quello che aveva riferito G.F. a proposito di rimozione e reimpianto delle stesse protesi il 12.09.2013 (doc.4); che dopo il reimpianto era stato seguito da sanitari del Centro Artemisia che avevano curato le medicazioni; che a dicembre 2013 i dottori R.M.L.R. e A.V.T. avevano consigliato la rimozione con ricovero - fissato per il 10.12.2013 - presso altra struttura; che il 10.12.2013 G.F. era entrato all'Ospedale Fatebenefratelli dove era stata accertata infezione inveterata tasca periprotetica glutea sinistra con esposizione protesica e durante il ricovero era stato sottoposto a intervento di

toilette chirurgica, rimozione dei tessuti infetti e disvitali, capsulectomia e copertura delle aree cruenta residue con lembi locali (docc. 11 e 12); che nel mese di gennaio 2014 erano proseguite terapia (antibiotica e ossigeno) e medicazioni (docc. 13/18). Tale ricostruzione risulta confermata dalla documentazione prodotta dall'attore e - per i passaggi privi di riscontro documentale - coerente con la prospettazione dei medici convenuti i quali hanno affermato: che G.F. aveva segnalato a A.V.T. l'insorgenza dell'iperpiressia nei giorni immediatamente successivi all'intervento lamentando iperpiressia; che il 10.08.2013 si era presentato al Centro Artemisia lamentando deiscenza al gluteo sinistro e in quell'occasione, al rifiuto di G.F. di rimuovere le protesi, R.M.L.R. aveva apposto punti di sutura e accostato i tessuti; che il 10.09.2013 R.M.L.R. aveva sostituito la protesi di sinistra; che il 20.11.2013 R.M.L.R. aveva applicato un lembo di copertura e dopo tale intervento, nel mese di novembre 2013, A.V.T. aveva eseguito medicazioni. In tale contesto può quindi ritenersi affidabile la ricostruzione offerta dai CTU. Per maggior chiarezza va aggiunto che nel dicembre 2013 i sanitari dell'Ospedale Fatebenefratelli asportarono la protesi glutea di sinistra (cfr. doc. 13 attore). I consulenti d'ufficio hanno dato atto dell'insorgenza di un quadro settico instauratosi immediatamente dopo l'intervento (pag. 6 relazione CTU 18.05.2018) confermato a distanza di poco più di 10 giorni dall'esame colturale che ha accertato la presenza di E.C. Hanno ricondotto l'infezione a un inquinamento perioperatorio, indicando tale connessione come assai probabile. La convenuta A.V.T. - seguita nella prospettazione difensiva dagli altri convenuti - ha negato che si sia trattato di una infezione nosocomiale, addebitando la complicità alla condotta dell'attore. In particolare ha sostenuto che l'infezione si sarebbe verificata in seguito a defecazione o a riapertura della ferita avvenuta a seguito dell'effettuazione di un trasloco la sera stessa dell'operazione da parte di G.F. L'attore non si è presentato a rendere l'interrogatorio formale sulla specifica circostanza dell'esecuzione di un trasloco la sera del 29.07.2013. La mancata risposta all'interrogatorio, per quanto ingiustificata, non produce automaticamente l'effetto della confessione, dando solo la facoltà di ritenere come ammessi i fatti dedotti, ma imponendo comunque la valutazione di ogni altro elemento di prova.

Anche laddove si ritenesse provata la - scarsamente verosimile - circostanza che G.F. la sera del 29.07.2013, a poche ore dall'intervento di gluteoplastica, abbia effettuato un trasloco, mancherebbe comunque qualunque prova dell'apertura della ferita operatoria. In tale contesto, a fronte dell'incertezza dell'evento prospettato da parte convenuta, deve darsi credito alla conclusione dei CTU che hanno ritenuto assai probabile che l'infezione sia derivata da un inquinamento perioperatorio. Non pare superfluo rammentare che nell'ambito civilistico il nesso di causalità (materiale) "consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio (ispirato alla regola della normalità causale) del "più probabile che non". (cfr. Cass. n. 21619/2007). Nel caso di specie appare non solo verosimile, ma assai probabile l'esistenza del nesso causale tra insorgenza dell'infezione e inquinamento perioperatorio. Ciò premesso nessuna prova è stata offerta in ordine alla effettiva sterilità dei locali in cui fu eseguito l'intervento e della strumentazione utilizzata. Ancora i convenuti non hanno fornito indicazione alcuna in ordine ai protocolli adottati per la prevenzione di infezioni ospedaliere, né i medici convenuti - entrambi operatori nell'intervento di quo e dunque tenuti ad operare con la dovuta prudenza e diligenza - hanno dato atto delle verifiche e precauzioni adottate a tal fine. In definitiva deve ritenersi provato il nesso tra l'insorgenza dell'infezione e inquinamento perioperatorio nel corso dell'intervento di gluteoplastica del 29.07.2013. Va dunque affermata la responsabilità dei convenuti per l'infezione insorta in G.F. I CTU hanno censurato la condotta dei medici convenuti anche con riferimento alla gestione dell'infezione: "il quadro infettivo iniziato subito dopo l'intervento e durato 5 mesi è stato gestito con lunghi e inutili tentativi di mantenere gli impianti. Come è noto

difficilmente l'infezione di un impianto, qualunque esso sia si può risolvere senza la rimozione dello stesso, come infatti è successo. Sarebbe stato prudente, rimuovere gli impianti dopo i primi tentativi fallimentari di terapia antisettica, bonificare così le tasche ed eventualmente dopo un adeguato periodo di tempo (almeno 6 mesi), se il paziente lo richiedeva, reimpiantare due nuove protesi.” (relazione CTU pag. 6) “Malgrado queste considerazioni il paziente continua ad essere seguito con medicazioni dai sanitari del Centro Artemisia con medicazioni e terapia domiciliari. Si arriva così al dicembre 2013 quando viene consigliato, da parte del Dott. R.M.L.R. e della Dott.ssa A.V.T. il ricovero presso La struttura di Villa Letizia a Milano per la rimozione delle protesi, tale ricovero era programmato per il 10.12.2013. A conferma che il quadro clinico imponeva la rimozione delle protesi vi sono due visite dei Dott.ri F.M. e del Dott. M.T., chirurghi plastici che certificano che il paziente presentava una ferita chirurgica macerata con esposizione della protesi e presenza di liquido sieroso e ne consigliavano l'asportazione.” (relazione CTU pag. 4). Entrambi i medici hanno avuto modo di rilevare la presenza dell'infezione - la dott. A.V.T. quanto meno dal novembre 2013 - e avrebbero dovuto quindi insistere per la rimozione degli impianti informando chiaramente il paziente delle difficoltà di risoluzione dell'infezione senza rimozione. Al contrario, nonostante i convenuti abbiano sostenuto di aver suggerito a G.F. la rimozione degli impianti, nessuna prova in tal senso è stata offerta, né tanto meno i convenuti hanno adeguatamente provato di aver ben chiarito al paziente i rischi del mantenimento in sede degli impianti in presenza di infezione. Sussiste dunque la responsabilità dei convenuti per il prolungarsi della condizione settica.

3.

3.1 Così accertata la responsabilità dei convenuti, va affermato il diritto dell'attore al risarcimento di tali danni subiti. All'esame obiettivo i CTU hanno rilevato: “Regione glutea asimmetrica per presenza di un impianto protesico solo a destra, tale impianto appare lievemente mobile alla palpazione e alla contrattura muscolare. Presenza di cicatrice paramediale a sin a forma di C sinistroconvessa estesa dalla regione sacrale alla piega interglutea per 5X5 cm lievemente infossata e ipercromiaca. Cicatrice lineare normotrofica e normocromica al di sopra del gluteo sin lunga 8 cm.” (relazione CTU pag. 5). Hanno quantificato nella misura del 12-13% l'invalidità permanente residua a G.F. e in 165 giorni l'invalidità temporanea (variamente graduata) derivata dal prolungarsi dei tempi di guarigione e dai ricoveri.

3.2. L'attore ha chiesto il risarcimento del danno patrimoniale per spese mediche e di un futuro intervento correttivo, nonché del danno non patrimoniale da invalidità permanente e temporanea anche con riferimento all'ipotizzato intervento correttivo, limitatamente alla temporanea.

3.2.1. La liquidazione equitativa del danno richiede la prova, anche presuntiva, circa la certezza della sua reale esistenza. In difetto di tale prova quale non vi è spazio per alcuna forma di attribuzione patrimoniale. Con particolare riferimento al danno futuro occorre che emergano elementi oggettivi che inducano a ritenere, quanto meno con elevato grado di probabilità, che il pregiudizio (economico o afflittivo) si verificherà (in tal senso Cass. n. 17677/2009). Nel caso di specie non vi sono elementi che consentano di affermare che G.F. si sottoporrà con elevata probabilità a un intervento di rimodellamento. Il tempo trascorso dall'intervento (luglio 2013) senza che ad oggi alcun rimodellamento sia stato posto in essere, induce al contrario a ritenere scarsamente probabile che G.F. si sottoponga a tale operazione. Vanno dunque respinte le domande volte al risarcimento del danno patrimoniale futuro e del danno da invalidità temporanea futura.

3.2.2. Il danno non patrimoniale subito da G.F. viene liquidato tenendo conto dei parametri fissati dalle tabelle elaborate da questo tribunale e comunemente adottate per la liquidazione equitativa ex art. 1226 c.c. del danno non patrimoniale derivante da lesione dell'integrità psico/fisica - criterio di liquidazione condiviso dalla Suprema Corte (vd. Cass. 7.06.2011 n. 12408 e Cass. 22.12.2001 n. 28290) - che inglobano sia il pregiudizio alla salute strettamente inteso (danno biologico in senso stretto) sia la sofferenza soggettiva del danneggiato (danno morale). Mancano allegazioni in ordine alla sofferenza soggettiva di G.F. Tale profilo di danno - rientrando nel calcolo tabellare - deve quindi essere prudenzialmente valutato. Ciò premesso e tenuto conto dell'età (38 anni) del danneggiato al momento in cui la situazione si è stabilizzata, dell'entità dell'invalidità permanente accertata (12-13%), della durata della malattia (165 giorni, variamente invalidanti), della quantificazione del danno da inabilità temporanea operata dall'attore, si ritiene di liquidare per tale profilo di danno la complessiva somma di € 35.700,00 in moneta attuale.

3.2.3. Spetta altresì a G.F. il risarcimento delle spese mediche sostenute a causa dell'infezione e delle sequele ad essa inerenti. Sulla base della documentazione prodotta si ritiene raggiunta la prova di tale danno nei limiti di € 1.520,00. Tale somma, rivalutata ad oggi, equivale a € 1.560,00. A titolo di danno patrimoniale e non patrimoniale spetta a G.F. la complessiva somma di € 37.260,00 in moneta attuale.

3.2.4. Va, altresì, riconosciuto il danno da lucro cessante derivante dal mancato tempestivo godimento dell'equivalente pecuniario del bene perduto. Si può, infatti, ragionevolmente presumere che, ove l'attore avesse avuto la tempestiva disponibilità della somma a loro spettante, l'avrebbe impiegata in modo fruttifero e ciò tanto più tenuto conto del lasso di tempo trascorso dal fatto (7 anni). Si ritiene di adottare quale criterio di liquidazione del maggior danno quello dell'attribuzione dei cd. interessi legali compensativi che, seguendo l'insegnamento delle Sezioni Unite della Suprema Corte (n. 1712/95), decorrono dalla produzione dell'evento di danno sino al tempo della liquidazione e si calcolano sulla somma via via rivalutata nell'arco di tempo suddetto e non sulla somma già rivalutata. Così, tenuto conto di questo criterio, - previa devalutazione alla data del fatto (29.07.2013) delle somme espresse in moneta attuale - vanno aggiunti alla somma via via rivalutata annualmente gli interessi compensativi nella misura legale dal fino alla data odierna. Da oggi, giorno della liquidazione, all'effettivo saldo decorrono gli interessi legali sulla somma sopra liquidata complessivamente.

3.3. In definitiva i convenuti vanno dunque condannati in solido tra loro a corrispondere all'attore la somma di € 37.260,00 in moneta attuale, oltre agli interessi come appena precisato.

4. A.V.T. e Artemisia s.p.a. hanno agito - reciprocamente e nei confronti di R.M.L.R. - in via di regresso chiedendo la rifusione di quanto versato all'attore in caso di condanna.

4.1. Va in primo luogo respinta la domanda di manleva integrale svolta da Artemisia nei confronti dei due medici. Sul tema del regresso della struttura nei confronti del medico si è recentemente pronunciata la Suprema Corte la quale ha osservato che nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connaturato all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del

sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione. (Cass. sent. n. 28987/2019). Nel caso di specie non vi sono elementi che consentano di affermare che la condotta di R.M.L.R. e A.V.T. vada ricondotta un caso del tutto imprevedibile e oggettivamente improbabile devianza da quel programma condiviso di tutela della salute proprio della struttura sanitaria Artemisia s.p.a. Va dunque escluso che possa essere interamente posto a carico dei due medici il peso del risarcimento.

4.2. L'origine nosocomiale dell'infezione insorta in G.F. è indicativa peraltro di precise responsabilità della struttura, la quale non ha offerto alcun elemento che consenta di valutare la correttezza dei protocolli di prevenzione delle infezioni ospedaliere adottati e la reale sterilità di locali e della strumentazione messi a disposizione per l'intervento su G.F. Quanto alla posizione dei due medici convenuti risulta evidente il maggior apporto di R.M.L.R. alla gestione del paziente non solo in fase operatoria - nel corso della quale avrebbe dovuto essere verificata e garantita la sterilità di ambienti e strumentazione -, ma anche in quelle successive (rilievo deiscenza e sutura 10.8.13, rimozione e reinsierimento protesi del 10.09.2013, inserimento lembo 20.11.2013). Per le ragioni più sopra espresse non può ritenersi immune da responsabilità A.V.T. la quale, al pari del dr. R.M.L.R., avrebbe dovuto verificare la situazione di sterilità operatoria e avrebbe dovuto intervenire sul paziente (che si sottopose alle sue cure certamente nel mese di novembre 2013, come risulta dalle prescrizioni dalla stessa sottoscritte - doc. da 6 a 9 attore) al fine di indurlo più rapidamente alla rimozione delle protesi. In tale contesto si ritiene di ripartire come segue la responsabilità dei convenuti: 40% a carico di Artemisia s.p.a., 40% a carico di R.M.L.R., 20% a carico di A.V.T.. La domanda di regresso di Artemisia s.p.a. nei confronti di R.M.L.R. e A.V.T. va dunque accolta in tali limiti, ove la convenuta in forza della presente sentenza abbia versato l'intero a G.F. Del pari la domanda di regresso di A.V.T. nei confronti di Artemisia s.p.a. e di R.M.L.R. va accolta in tali limiti appena indicati, ove A.V.T. in forza della presente sentenza abbia versato l'intero a G.F.

5.1. Anna Veronca A.V.T. ha chiesto di essere tenuta indenne da UnipolSai Assicurazioni s.p.a. in forza del contratto di assicurazione (Difesapiù - polizza n. ..., doc. 1 convenuta) stipulato. La domanda non può trovare accoglimento risultando fondata l'eccezione di UnipolSai di inoperatività della garanzia rispetto al caso di specie. Non appare corretta la ricostruzione svolta dall'attrice la quale ha sostenuto che quella sottoscritta il 21.01.2013 sia la polizza n.(omissis) (doc. 1) e che recasse le condizioni aggiuntive denominate CE. Occorre anzi tutto rilevare che la polizza n. ... risulta sottoscritta in data 8.01.2014 con durata annuale dal 21.01.2014 al 21.01.2015. Dalla scheda di polizza emerge poi che l'attività professionale assicurata era quella di MED. SPECIAL. NO INT. CHIR. SI INT. TIPO INVAV (medico specialista senza interventi chirurgici che pratica interventi di tipo invasivo) e che le condizioni aggiuntive operanti sono quelle agli allegati ME, MED e CVD. Risulta così che oggetto dell'assicurazione attiene ai danni causati involontariamente nell'esercizio dell'attività professionale identificata in scheda di Polizza. (..) Sono compresi inoltre: (..) i danni di natura estetico-fisionomica non derivanti dalla pratica della medicina estetica, della chirurgia estetica e degli interventi di implantologia (..) (par. 1 all. MED) La copertura assicurativa è prestata alle seguenti condizioni a seconda dell'attività medica svolta dall'Assicurato e indicata in scheda di Polizza (..) medico specialista senza interventi chirurgici che pratica interventi di tipo invasivo (..) L'assicurazione vale per i danni e le perdite patrimoniali involontariamente cagionati a terzi durante l'esercizio della professione, esclusi gli interventi chirurgici (..) (par. 1.2 lett c) all. MED). Al paragrafo 2 lett. e) (all. MED) è ribadita l'esclusione: l'assicurazione non è operante per i danni di natura estetica-fisionomica ed eventuali conseguenti pregiudizi economici derivanti dalla pratica

della medicina estetica, della chirurgia estetica (..) La condizione aggiuntiva ME (Danni estetici e fisionomici derivanti dalla pratica di medicina estetica) fissa una deroga alle condizioni generali e in particolare alla lett. e) paragrafo 2 indicando come compresi i danni di natura estetico-fisionomica derivanti dall'esercizio dell'attività di medicina estetica purché gli stessi siano determinati da errore tecnico e ribadisce l'esclusione per gli interventi chirurgici di natura estetica. Risulta dunque evidente che sulla base della polizza n. .. nessuna copertura poteva ritenersi operante con riferimento ai danni derivanti dall'esercizio di attività chirurgica. La condizione aggiuntiva CE1 - che, derogando dalla previsione della lettera e) del paragrafo 2 include nella garanzia i danni di natura estetico-fisionomico derivanti da attività di chirurgia estetica - non può ritenersi valida per la polizza n. .. perché non richiamata nella scheda polizza. La convenuta ha prodotto con la memoria di cui all'art. 183 co. VI n. 1 c.p.c. la scheda di polizza Difesapiù n. ..1 avente durata dal 21.01.2013 al 21.01.2014. La descrizione dell'attività professionale per tale polizza risulta essere MEDICO SPECIALISTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI e nel riquadro condizioni aggiuntive sono inserite le sigle CE e MED. Si rileva che la convenuta non ha ritenuto di produrre l'intero testo contrattuale. Tenuto conto dei richiami effettuati da entrambe le parti alle clausole della polizza n. ..., deve comunque ritenersi che le condizioni generali e aggiuntive fossero le stesse. Appare convincente quanto affermato da UnipoilSai in ordine all'incoerenza dell'inserimento nella scheda di polizza della condizione aggiuntiva CE, frutto verosimilmente di un refuso. Dirimente è la circostanza che - in forza del paragrafo 1 - i danni coperti dall'assicurazione siano quelli causati involontariamente nell'esercizio dell'attività professionale identificata in scheda di Polizza e che la copertura assicurativa sia prestata a seconda dell'attività medica svolta dall'Assicurato e indicata in scheda di Polizza, ovvero come s'è detto: "medico specialista senza interventi chirurgici". A tale attività è connessa l'assicurazione per i danni e le perdite patrimoniali involontariamente ad esclusione degli interventi chirurgici (lettera b del paragrafo 1)2. Va escluso quindi che, a fronte della dichiarata attività di medico specialista senza interventi chirurgici la polizza in questione, il cui premio di € 2.363,00 era peraltro decisamente inferiore a quello della polizza n. .. - pari a € 3.921,24 - avesse una copertura per attività non dichiarata. Ciò premesso e rilevato che i danni dei quali A.V.T. è chiamata a rispondere hanno origine da un intervento chirurgico, va escluso che la garanzia assicurativa stipulata con UnipoilSai copra gli stessi. La domanda di garanzia propria svolta da A.V.T. nei confronti di UnipoilSai va dunque respinta.

5.2. Non può trovare accoglimento neppure l'analoga domanda svolta da R.M.L.R. nei confronti di Assicurazione Milanese s.p.a.. Il convenuto ha chiesto di essere tenuto indenne da quanto eventualmente condannato a versare a G.F. in forza del contratto di assicurazione per responsabilità sanitaria n. .. Risulta fondata l'eccezione di prescrizione del diritto alla garanzia spiegata da Assicurazione Milanese. Non vi è dubbio che la raccomandata inviata dal difensore di G.F. a R.M.L.R. nel dicembre 2013 (doc. 25 attore) costituisse una richiesta di risarcimento del danno, tanto che il procuratore preannunciava la quantificazione dei danni e richiedeva i riferimenti della compagnia assicurativa al fine di tentare una bonaria composizione. È incontestato che nessuna comunicazione di tale "sinistro" fu data da R.M.L.R. ad Assicurazione Milanese se non nel novembre 2016, con la notifica dell'atto di chiamata nella presente causa. Il contratto di assicurazione fu stipulato il 30 ottobre 2014 dunque in epoca successiva alla richiesta risarcitoria. Pur trascurando per un attimo gli ulteriori profili di inefficacia della polizza in forza della clausola 17 delle condizioni, appare comunque evidente come al novembre 2016 - epoca in cui fu comunicata la pretesa risarcitoria di G.F. ad Assicurazione Milanese - fossero trascorsi più di due anni dalla prima richiesta di risarcimento. A norma dell'art. 2952 co. 2 e 3 c.c. il diritto all'indennità dell'assicurato si era

dunque prescritto quando R.M.L.R. lo esercitò nei confronti di Assicurazione Milanese. Risultano fondate anche le ulteriori eccezioni svolte dalla terza chiamata. Non può essere infatti trascurato che l'art. 17 delle condizioni di polizza prevedeva che: "L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Società dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto, qualunque sia l'epoca in cui è stato commesso il fatto che ha dato origine alla richiesta di risarcimento. Tuttavia per i fatti e/o i comportamenti anteriori alla stipula della polizza l'assicurazione viene contratta limitatamente ed esclusivamente per le responsabilità in relazione alle quali l'Assicurato non abbia ricevuto alla data della stipula richiesta risarcitoria alcuna e se l'Assicurato non abbia avuto notizia o conoscenza dell'esistenza dei presupposti di responsabilità. L'omessa notizia o conoscenza per colpa dell'Assicurato del fatto o del comportamento anteriore alla stipula della polizza esclude, del pari, l'operatività della copertura assicurativa. In tal senso ai fini di quanto previsto dall'art. 1892 c.c. l'assicurato dichiara di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della stipulazione del contratto, e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento per fatto a lui imputabile già al momento della stipulazione del contratto". Nel caso di specie: la richiesta risarcitoria di G.F. era pervenuta a R.M.L.R. per la prima volta (30.12.2013) prima della stipula del contratto assicurativo (30.10.2014); l'assicurato al momento della stipula aveva ricevuto la richiesta risarcitoria di G.F. ed era consapevole di tale pretesa; nessuna comunicazione della pretesa risarcitoria era stata data da R.M.L.R. ad Assicurazione Milanese in fase di stipula del contratto.

Tali circostanze evidentemente contrarie alla pattuizione contrattuale comportano l'esclusione dell'operatività della copertura assicurativa, come chiaramente indicato dall'art. 17 delle condizioni di polizza. La domanda di manleva di R.M.L.R. va dunque respinta. 6. Alla soccombenza segue la condanna dei convenuti alla rifusione delle spese di lite in favore dell'attore liquidate come in dispositivo sulla base del liquidato. Restano a carico di A.V.T. e R.M.L.R. le spese delle rispettive terze chiamate in ragione della soccombenza.

## P.Q.M.

il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza, difesa, eccezione, deduzione disattesa:

1) condanna Artemisia s.p.a. in persona del legale rappresentante pro tempore, R.M.L.R. e A.V.T. in solido tra loro a risarcire il danno non patrimoniale e patrimoniale subito da G.F. e a corrispondere a quest'ultimo la complessiva somma di € 37.260,00 in moneta attuale, oltre agli interessi compensativi - calcolati come meglio descritto in motivazione - e agli interessi legali sulla somma così determinata da oggi al saldo;

2) così ripartiti i differenti gradi di responsabilità dei convenuti: 40% a carico di Artemisia s.p.a., 40% a carico di R.M.L.R., 20% a carico di A.V.T., a) accoglie la domanda di regresso di Artemisia s.p.a. nei confronti di R.M.L.R. e A.V.T. e, ove Artemisia s.p.a. in forza della presente sentenza abbia versato l'intero a G.F., dichiara R.M.L.R. e Anna Vernica A.V.T. tenuti rimborsare la convenuta nei limiti della rispettiva quota di responsabilità; b) accoglie la domanda di regresso di A.V.T. nei confronti di R.M.L.R. e di Artemisia s.p.a. e, ove A.V.T. in forza della presente sentenza abbia versato l'intero a G.F., dichiara R.M.L.R. e Artemisia s.p.a. tenuti rimborsare la convenuta nei

limiti della rispettiva quota di responsabilità;

3) respinge la domanda di manleva formulata da A.V.T. nei confronti di UnipoilSai s.p.a.;

4) respinge la domanda di manleva formulata da R.M.L.R. nei confronti di Assicurazione Milanese s.p.a.;

5) condanna Artemisia s.p.a. in persona del legale rappresentante pro tempore, R.M.L.R. e A.V.T. in solido tra loro a rifondere a G.F. le spese del giudizio, liquidate - ex D.M. 55/14 - in complessivi € 8.013,00 (€ 759,00 per spese e € 7.254,00 per compensi) oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, IVA e CPA e al rimborso delle spese di CTU - come già liquidate -;

6) condanna A.V.T. a rifondere a UnipoilSai s.p.a. le spese del giudizio, liquidate - ex D.M. 55/14 - in complessivi € 7.254,00 per compensi oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, IVA e CPA e al rimborso delle spese di CTU - come già liquidate -;

7) condanna R.M.L.R. a rifondere a Assicurazione Milanese le spese del giudizio, liquidate - ex D.M. 55/14 - in complessivi € 7.254,00 per compensi oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, IVA e CPA e al rimborso delle spese di CTU - come già liquidate -.

Milano, 3 febbraio 2020

La Giudice Orietta Stefania Micciché

## **Sentenza Tribunale di Genova, n. 9924/2014**

Tribunale di Genova – seconda sezione civile

Il Giudice designato Dott. L. F. nella causa promossa da: P. F., (omissis), rappresentato e difeso dall'Avv. Luca Di Lauro, presso il cui studio in (omissis), ha eletto domicilio;

-ATTORE-

contro

IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "S. M." - IST- (omissis), in persona del Direttore Generale pro tempore, Dott. M. B., con sede in (omissis), rappresentato e difeso dall'Avv. Daniela Picasso, presso il cui studio in (omissis), ha eletto domicilio;

-CONVENUTO-

avente ad oggetto: risarcimento danni da responsabilità medica ha pronunciato la seguente SENTENZA precisate all'udienza del 10.02.2017 le seguenti conclusioni:

per l'attore, come da conclusioni allegate al verbale nonché come da citazione: "Piaccia all'Ill.mo Tribunale di Genova, ogni contraria istanza disattesa, per le ragioni tutte di cui alla parte espositiva, accertare, e dichiarare che l'attore Sig. F. P. ha contratto l'infezione da Klebsiella Pneumoniae Multiresistente, da cui risulta tutt'ora affetto, in occasione del ricovero dallo stesso subito nel periodo dal 13 al 20.07.2012 presso la Clinica Urologica dell'IRCCS AOU S. M. -IST di G. ovvero in occasione del successivo ricovero presso la medesima Clinica Urologica nel periodo dal 21.07 al

02.08.2012. Accertare e dichiarare che l'infezione da Klebsiella Pneumoniae Multiresistente contratta dal Sig. F. P. in occasione del suo ricovero presso la Clinica Urologica dell'IRCSS AOU S. M. -IST di G. è stata causata dalle modalità erronee e/o negligenti e/o imprudenti e/o imperite comunque colpose con cui sono stati eseguiti i trattamenti sanitari per cui è causa presso la medesima Clinica Urologica e conseguentemente accertare e dichiarare la responsabilità del convenuto IRCSS AOU S. M. -IST di Genova nella causazione dei danni fisici permanenti e temporanei residuati all'attore F. P. in conseguenza dei trattamenti chirurgici medici e sanitari a cui lo stesso è stato sottoposto presso l'azienda ospedaliera convenuta. Accertare e dichiarare che il Sig. F. P. ha residuato, in conseguenza delle modalità erronee e/o negligenti e/o imprudenti e/o imperite e comunque colpose con cui sono stati eseguiti i trattamenti sanitari per cui è causa, un'invalidità temporanea totale in ragione del 100% per giorni 33, un'invalidità temporanea parziale in ragione del 75% per giorni 30, un'invalidità temporanea parziale in ragione del 50% ulteriori giorni 60 ed un'invalidità permanente in misura pari al 40% della totale o nella diversa misura meglio vista in corso di causa e conseguentemente dichiarare tenuto a condannare l'IRCSS AOU S. M. -IST di G., in persona del suo legale rappresentante in carica pro-tempore, a corrispondere all'attore la somma di euro 3.168,00 o quella diversa maggiore o minore meglio vista in corso di causa a titolo di risarcimento del danno da invalidità temporanea totale in ragione del 100% prolungatesi per 33 giorni, la somma di euro 2.160,00 o quella diversa maggiore o minore meglio vista in corso di causa a titolo di risarcimento del danno da invalidità temporanea parziale in ragione del 75% prolungatesi per 30 giorni, la somma di euro 2.880,00 o quella maggiore o minore meglio vista in corso di causa a titolo di risarcimento del danno da invalidità temporanea parziale in ragione del 50%, la somma di euro 86.122,00 o quella maggiore o minore meglio vista in corso di causa a titolo di danno morale da invalidità permanente e/o personalizzazione del danno e così per complessivi euro 430.609,00 o per quella diversa somma maggiore o minore meglio vista in corso di causa, importo in ogni caso da maggiorarsi di rivalutazione monetaria ed interessi legali sulle somme rivalutate dalla data dell'evento e fino al saldo. Dichiarare tenuta e condannare l'IRCSS AOU S. M. -IST di G., in persona del suo legale rappresentante in carica pro-tempore a rimborsare al Sig. P. F. la somma di euro 48,80 dallo stesso corrisposta all'Organismo di Mediazione dell'Ordine degli Avvocati di Genova a titolo di costo per l'attivazione della procedura di mediazione obbligatoria. Dichiarare tenuto e conseguentemente condannare il convenuto l'IRCSS AOU S. M. -IST di G., in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, a corrispondere al Sig. P. F. la somma di euro 7.447,86 o quella diversa maggiore o minore meglio vista in corso di causa, a titolo di rimborso per diritti ed onorari di avvocato in relazione all'attività di difesa tecnica obbligatoria prestata in proprio favore nella fase di mediazione obbligatoria promossa nante l'Organismo di Mediazione dell'Ordine degli Avvocati di G. Vinte le spese, diritti ed onorari della presente procedura e della fase di mediazione obbligatoria." per il convenuto, come da conclusioni allegate a verbale nonché come da comparsa: "Piaccia all'Ill.mo Giudice adito, contrariis rejectis, - Respingere tutte le domande svolte nei confronti dell'IRCSS Azienda Ospedaliera Universitaria "S. M." - IST (omissis), in quanto inammissibili e/o infondate in fatto e in diritto e comunque indimostrate e inaccoglibili; - Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa".

## MOTIVAZIONE IN FATTO ED IN DIRITTO

P. F. adiva il Tribunale di Genova, con atto di citazione del 12.06.2014, deducendo, in particolare: - che, in data 13.07.2012, essendo affetto da diversi anni da insufficienza renale cronica e calcolosi urinaria, accedeva al Pronto Soccorso dell'Ospedale S. M. di G. per una colica renale;

- che, data la gravità delle condizioni, il P. veniva ricoverato presso la Clinica Urologica dove veniva sottoposto, a seguito di TC dell'addome, a numerosi interventi chirurgici tra i quali quello di ureterorenoscopia;
- che, esso attore, veniva successivamente dimesso in data 20.07.2012 con diagnosi di "colica renale destra";
- che, in data 21.07.2012, esso esponente veniva nuovamente ricoverato presso la Clinica Urologica dell'Ospedale S. M. di G. e veniva sottoposto ad una massiccia terapia antibiotica a largo spettro, senza che fossero stati effettuati specifici esami diagnostici;
- che, in data 08.08.2012, il P., a causa del perdurante malessere, si rivolgeva all'Ospedale E., Presidio di V., per effettuare degli esami di laboratorio dai quali si accertava l'esistenza di infezione da Klebsiella Pneumoniae Multiresistente;
- che, dal 10.08.2012 al 14.08.2012, esso attore veniva ricoverato d'urgenza presso la clinica Nefrologica del DIMI di G. per pielonefrite acuta;
- che, nei successivi mesi, l'infezione causava all'esponente frequenti episodi di febbre urinaria in concomitanza a stati di estrema debolezza e di malessere generale;
- che esso P. si sottoponeva a visita medico-legale presso il Dott. F. M. M. il quale, con relazione del 31.07.2013, attestava che l'esponente era affetto da infezione urinaria cronica da Klebsiella Pneumoniae Multiresistente contratta nel corso del ricovero ospedaliero presso l'Ospedale S. M. di G. e che detta infezione era stata causata dai comportamenti negligenti, imprudenti ed imperiti, posti in essere dai Sanitari;
- che l'esponente, ritenendo la responsabilità dell'Ospedale S. M. di G. nella causazione del sinistro a quo, formulava la richiesta di risarcimento e azionava la procedura di mediazione obbligatoria, conclusasi con esito negativo per la decisione dell'Ente convenuto di non prendere parte all'incontro;
- che, a seguito di quanto esposto, in capo all'Azienda convenuta si configurava oltre alla responsabilità contrattuale – instauratasi tra il paziente e la struttura incaricata a fornire prestazioni di tipo sanitario- anche una diversa ed ulteriore responsabilità avente natura extracontrattuale;
- che, nel caso in esame, l'inadempimento contrattuale di controparte risultava evidente dato che, a seguito di interventi medici di facile e routinaria esecuzione, si giungeva ad un risultato peggiorativo delle condizioni iniziali del paziente;
- che le manovre di tipo urologico operate nel corso del primo ricovero dal 14.07.2012 al 20.07.2012, esaminate in concomitanza della successione dei fatti, la natura e la localizzazione dell'infezione, consentivano di ritenere che l'infezione medesima fosse insorta proprio in tale occasione durante la quale, peraltro, le operazioni mediche erano state attuate senza le richieste e prescritte misure di prevenzione;
- che l'imperizia del personale sanitario si riscontrava anche in occasione del ricovero dal 21.07.2012 al 02.08.2012 in occasione del quale, a fronte di un evidente stato di infezione acuta, venivano omesse una serie di condotte dovute mentre venivano colpevolmente tenute altre senza effettuare, in ogni caso, un'idonea valutazione diagnostica;
- che esso esponente, aveva quindi subito lesioni fisiche e psichiche tali da determinare l'insorgenza di un danno biologico permanente in misura pari al 40%, al quale bisognava aggiungere la consapevolezza del P. di essere affetto da una patologia – potenzialmente letale- che gli induceva quindi uno stato ansioso-depressivo;
- che esso attore risultava inoltre affetto da episodi ripetuti di gonartrite recidivante imputabile all'infezione summenzionata.

Sulla base di tali premesse, il P. concludeva domandando di accertare la responsabilità del convenuto IRCSS AOU S. M.- IST di G. nella causazione dei danni fisici permanenti e temporanei a suo carico e per l'effetto di condannare tale Ente alla corresponsione della somma come dedotta segnatamente in citazione, vinte le spese, diritti ed onorari.

Si costituiva IRCSS AOU S. M.- IST di G., con comparsa depositata il 25.11.2014, contestando la domanda attorea ed evidenziando:

- che l'intera prospettazione avversaria si fondava su valutazioni del tutto semplicistiche, sfornite di supporti probatori;
- che tanto la diagnosi iniziale, quanto i trattamenti sanitari risultavano correttamente eseguiti nel rispetto delle linee guida e delle prassi accreditate;
- che, pertanto, le condizioni lamentate dal P. derivavano dallo stato del paziente precedente al ricovero oppure dai numerosi ricoveri presso altre strutture sanitarie;
- che, in ogni caso, era da escludere la responsabilità dell'IRCSS S. M. IST posto che l'obbligazione medica non è un'obbligazione di risultato;
- che contestata era la perizia medico legale di parte attrice e la rilevanza e la valenza probatoria degli articoli prodotti;
- che la quantificazione dell'asserito danno risultava, comunque, evidentemente eccessiva e sproporzionata;
- che il danno biologico permanente non prendeva in considerazione, né l'invalidità base del P. riferita alle preesistenze - in relazione alle quali i trattamenti sanitari erano stati effettuati - né l'invalidità indipendente concernente le numerose ed autonome patologie dell'attore;
- che esso Ente convenuto contestava tanto il danno biologico temporaneo, quanto il rimborso delle spese legali, sottolineando che la somma che la parte attrice asseriva di aver corrisposto al proprio difensore era esclusivamente frutto di una negoziazione privata e pertanto risultava assurda la pretesa di addebito a carico di esso esponente.

Chiedeva dunque parte convenuta il rigetto delle pretese attoree, con vittoria di spese, diritti e onorari. Concessi i termini ex art. 183 comma 6 c.p.c. alla prima udienza del 16.12.2014, non ammesse le prove orali, questo Giudice disponeva consulenza medico-legale con fissazione delle operazioni peritali in data 18.06.2015. Esitata la perizia, il Giudice, dopo aver invitato le Parti a valutare l'opportunità di una conciliazione, non essendo possibile addivenire ad un accordo, fissava udienza di precisazione delle conclusioni per il 10.2.2017, allorquando le Parti concludevano come in epigrafe e la causa veniva trattenuta in decisione, con assegnazione di termini ex art. 190 c.p.c.

Ciò detto, va osservato che, per ormai consolidato orientamento giurisprudenziale, la responsabilità della struttura sanitaria verso il paziente, a prescindere dalla natura pubblica o privata della struttura medesima, va ricondotta a un rapporto contrattuale atipico o "da contatto sociale", in forza del quale insorgono, a carico del soggetto presso cui viene effettuato il trattamento, sia in termini di ricovero, che di visita ambulatoriale, obblighi non solo "alberghieri", ma anche di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, rispondendo, altresì, il luogo di cura, in forza di tale vincolo, anche ex art. 1228 c.c., rispetto all'inadempimento della prestazione, sia essa medico-professionale, o tecnico-infermieristica, svolta direttamente da un Sanitario ivi operante, qualora sussista comunque un collegamento tra la prestazione de qua e l'organizzazione aziendale della struttura (vedasi ex plurimis Trib. Milano, sez. V, 5.3.2009, n.3047; Cass. sez. III, 28.11.2008, n.24742, Cass. sez. III, 26.1.2006, n. 1698; vedasi anche Cass. SS.UU. 11.1.2008, n. 577 e, in ultimo, Corte di Cass., sez.

III, 3.2.2012, n. 1620, Cass., sez. III, 30.9.2014 n. 20547, Trib.Monza, sez. I, 23.6.2015). Con riferimento a tale ricostruzione del rapporto paziente/medico/struttura sanitaria, la giurisprudenza ha, altresì, riaffermato l'applicazione dei noti principi in tema di onere della prova di cui alla sentenza n.13533/01 delle SS.UU. della Corte di Cassazione, principi che, calati nella specifica fattispecie negoziale che occupa, hanno consentito di pervenire, del tutto condivisibilmente, a precisare che il paziente/creditore ha l'onere di provare l'esistenza del rapporto fonte delle obbligazioni e l'aggravamento o l'insorgenza di una patologia, allegando, poi, l'inadempimento oggetto di doglianza, inadempimento che deve essere qualificato eziologicamente, nel senso di essere potenzialmente idoneo a procurare il danno lamentato (così la citata Cass. SS.UU.n.577/08, oltre che Trib. Varese 10.2.2010, n.16, Trib. Bologna, sez. III, 6.10.2010 e, ancora, Cass., sez. III, 3.2.2012, n. 1620 che richiama la citata pronuncia del 2008 ed ancora, ex plurimis, Cass., sez. III, 12.12.2013, n. 27855 e le recenti Cass., sez. III, 20.2.2015, n. 3390, Cass., sez.III, 30.6.2015, n. 13328, Cass., sez.III, 20.10.2015, n.21177).

Va sottolineato, in merito, che tali considerazioni non vengono in alcun modo poste in discussione dal cosiddetto decreto Balduzzi, come da D.L. 158/2012, convertito con legge 189/2012, l'art.3 di tale testo normativo non riguardando affatto, in primo luogo, il rapporto fra ospedale e paziente, ciò a prescindere da ogni altra considerazione circa l'epoca del fatto che occupa e del perfezionamento della fattispecie, in termini di "an", in rapporto all'irretroattività della novella (vedasi a riguardo Cass., sez. III, 19.2.2013, n.4030; vedasi, ancora, sulla portata di tale normativa Cass., sez.6, ord. 8940 del 17.4.2014, oltre che Trib. Milano, sez. V, 18.11.2014 n. 13574; Trib. Brindisi 18.7.2014).

Parimenti la novella di cui alla legge 24/2017 nulla rileva ai fini de quibus, dovendo, inoltre, porre in evidenza che, per quanto occorrente, l'attore ha, comunque, inteso agire anche ex art. 2043 c.c., con riferimento alla condotta colposa del personale dell'ospedale, rispetto all' insorgenza ed alla prevenzione e cura dell'infezione nosocomiale dedotta.

Muovendo, dunque, da tali premesse, deve essere posto in risalto che sine dubio acquisito al processo è il rapporto di speditività e, più specificatamente, di cura e diagnosi, sorto in occasione degli interventi, visite e ricoveri di cui alla citazione, nonché il collegamento, necessario ed imprescindibile, esistente fra l'attività dell'Ente convenuto e l'attività del personale che ebbe ad effettuare tali prestazioni sanitarie, in termini fattuali non contestate da parte convenuta, oltre che, peraltro, documentate; analogamente parte attrice ha dedotto gli esiti, in termini peggiorativi, dei trattamenti e cure ricevute, frutto di inadeguata attività preventiva, oltre che di ritardata diagnosi e cura specifica, il tutto prospettando, pertanto, un inadempimento, di tipo essenzialmente omissivo, a fronte della produzione di ampia documentazione medica circa l'evolversi della situazione di esso P.

A fronte di ciò, deve essere rammentato che l'Ospedale convenuto era gravato dell'onere probatorio di aver compiutamente adempiuto le obbligazioni cui era tenuto, dimostrando l'insussistenza degli esiti peggiorativi lamentati o la riconducibilità causale degli stessi ad un'autonoma serie causale o, comunque, l'inevitabilità degli esiti medesimi. In forza di quanto sopra, occorre evidenziare che è stata disposta CTU medico legale, come da elaborato 28.1.2016 a firma del CTU Dott. C. Z., il quale, sulla base di articolate argomentazioni, ha evidenziato, in forza di dettagliata disamina dei documenti prodotti ed effettuata la visita del P.:

- che quest'ultimo, alla data di ricovero del 13-14.7.2012 era affetto da svariate patologie, in particolare sindrome metabolica, asma, insufficienza renale cronica risalente al 2007, sindrome trombo flebitica, emocromatosi, iperparatiroidismo primitivo, calcolosi renale, sindrome bipolare atipica, encefalopatia multi lacunare, steatosi epatica non alcolica, malattia da reflusso gastro esofageo,

insufficienza venosa profonda agli arti inferiori, discopatie cervicale e lombari, neuroma di Morton piede sinistro e polineuropatia motoria;

- che l'attore, dunque, ricoverato presso la clinica urologica dell'Ospedale S. M., era stato sottoposto a trattamenti terapeutici invasivi a causa di coliche renali, su diagnosi di recidiva calcolosi, nell'ambito di tali trattamenti contraendo l'infezione nosocomiale da *Klebsiella pneumoniae*;

- che, in merito, a fronte di procedure standardizzate circa il trattamento della calcolosi di cui sopra, costituisce elemento prioritario l'igiene e la pulizia degli ambienti, la sterilizzazione degli strumenti e la messa in atto di tutte le prassi ospedaliere di prevenzione delle infezioni;

- che, con particolare riferimento all'infezione de qua, ben nota in ambito ospedaliero anche per la sua pericolosità, devesi ritenere riconosciuta come doverosa una particolare attenzione, in termini di prevenzione, diagnosi e terapia, anche per le interconnessioni esistenti fra detti profili con riferimento alla diffusione dell'infezione stessa, costituendo, inoltre, un elemento di rischio particolare la condizione dei pazienti urologici, in rapporto alle criticità connesse alle infezioni urinarie;

- che, a fronte di ciò, nel caso di specie, vi erano stati deficit diagnostici, in termini di mancanza di urinocoltura con antibiogramma, previsto, invece, come necessario ai fini dell'inquadramento diagnostico del paziente affetto dal calcolosi renale, risultando, altresì, generica la scheda infermieristica del blocco operatorio, circa la sterilità degli strumenti, così come la somministrazione, di prassi, di copertura antibiotica, in relazione alla mancata indicazione delle prassi di sterilizzazione e disinfezione generale, mancando, inoltre, linee guida della Direzione Sanitaria e del Comitato infezioni ospedaliere circa l'infezione de qua, di particolare gravità;

- che la connessione fra il ricovero e l'insorgenza dell'infezione era, d'altra parte, confortata dalla negatività dell'urinocoltura, documentata alla data del 16.5.2012;

- che i trattamenti invasivi in cui era stata contratta l'infezione erano routinari e che, peraltro, la stessa aveva origine in una carenza di standard essenziali per ogni nosocomio;

- che, inoltre, anche a fronte della presenza di sintomi dell'infezione, vi erano state carenze in termini di diagnosi tempestiva e terapia adeguata, al P. essendo stata somministrata una terapia antibiotica del tutto empirica, senza esecuzione di urinocoltura, terapia inefficace e foriera di resistenze da parte del germe, come dimostrato dai successivi interventi, i trattamenti di cura essendo stati carenti, nel senso indicato, anche dopo financo l'esame effettuato l'8.8.2012, con diagnosi di *Klebsiella pneumoniae*;

- che, pertanto, evidente era la responsabilità del nosocomio convenuto, dall'infezione de qua essendo, peraltro, derivate complicanze in particolare con riferimento all'emuntorio renale ed all'apparato respiratorio;

- che la valutazione del danno conseguente alla malpractice doveva tenere conto della condizione pregressa del paziente e del fatto che alcune patologie, come tali, erano destinate ad un peggioramento progressivo a prescindere dall'infezione de qua, neppure, peraltro, potendosi omettere di considerare come l'infezione medesima si fosse ormai cronicizzata, il germe essendo sempre presente;

- che, per quanto afferente all'apparato urinario, su una preesistenza del 10%, l'infezione de qua aveva determinato un aggravamento del 15%, sì da essere pari, oggi, al 25%, mentre i danni all'apparato respiratorio erano stimabili nel 25%, a fronte dell'assenza di preesistenze apprezzabili (emergendo, in precedenza, asma allergica).

Il Dott. Z., dunque, evidenziando la necessità di inquadrare nella complessiva valutazione dell'integrità psico-fisica del P, detti esiti, ha stimato l'invalidità attuale nel 70%, dovendo essere ricondotta all'infezione de qua la differenza esistente fra il punto 41° e quello 70°, tale quantità differenziale essendo causalmente collegabile all'infezione citata ed ai suoi postumi.

Il CTU, inoltre, ha sottolineato come l'infezione in questione avesse determinato una maggiore invalidità temporanea pari a 33 gg. al 100%, seguita da ulteriori 30gg, al 75%, il tutto con ricovero connesso all'infezione per gg.18, il peggioramento descritto sopra,, in ultimo, rispetto alla condizione generale del paziente, avendo, inoltre, inciso significativamente sull'espletamento delle attività ludico-relazionali, in rapporto alla presenza di un marcato stato astenico ed alla facile comparsa di dispnea da sforzo moderato. Da tali ampie ed articolate conclusioni reputa lo scrivente Giudice di non doversi discostare, atteso che le osservazioni dei CC.TT.PP., risultano, ove non contraddittorie, schiettamente partigiane, frutto di una lettura acritica delle risultanze fattuali emergenti dai documenti, la pretesa, poi, di imprevedibilità dell'infezione da parte dell'Ospedale S. M., a fronte di quanto evidenziato dal Dott. Z. rispetto alle diffuse conoscenze scientifiche, consentendo, financo, di valutare, allora, la sussistenza di carenze organizzative e preventive ancor più radicali e gravi di quelle esposte dal CTU.

Devesi, pertanto, ritenere sussistente la responsabilità di parte convenuta, sia in termini contrattuali, che extracontrattuali, manifesti essendo risultati gli elementi di colpa in capo all'Ospedale S. M..

Le deduzioni di parte convenuta ( vedasi verbale 26.2.2016), reiterate in sede di difese finali, per cui, di fatto, i danni da infezioni nosocomiali non sarebbero imputabili ad errore dei Sanitari, non tiene in alcun conto, nel caso concreto, quanto ben evidenziato dal Dott. Z., circa le intrinseche carenze dell'Ospedale de quo, in termini di idonea prevenzione, all'esito ed in rapporto ai documenti prodotti, oltre che le mancanze diagnostiche e terapeutiche sottolineate nella perizia, che certo hanno, comunque, aggravato gli effetti dell'infezione e che, allo stesso tempo, anzi, confermano, ancora una volta, l'incapacità dell'Ospedale di isolare i focolai infettivi ( il che, va detto, è ben lontano da qualsivoglia pretesa di rischio zero).

Non è, d'altra parte, affatto condivisibile la volontà dell'Ospedale S. M. di affermare, di fatto, che sugli utenti di una struttura ospedaliera deve ricadere il rischio di infezioni, dagli effetti gravissimi, infezioni strettamente connesse alla gestione della struttura e dei pazienti, oltre che, peraltro, evitabili e prevenibili, così da prospettare, in concreto, una sorta di "roulette russa" cui dovrebbe andrebbe incontro chiunque si rechi in ospedale ( va, forse rammentato ancora, per curarsi e non per ammalarsi più di prima).

Le argomentazioni difensive del nosocomio, inoltre, in punto determinazione del danno sono inconsistenti, poiché artificialmente mirano a smentire quanto il Dott. Z. ha valutato e stimato, sul presupposto di un preteso concetto diverso di danno differenziale, diversità che, al contrario, non si riscontra affatto, al di là del tendenzioso, quanto fumoso tenore delle deduzioni, in relazione a pretesi paradossi ad effetto privi di concreto significato rispetto alla fattispecie.

Il richiamo, ancora, dell'ospedale convenuto, in sede di conclusionale, alla legge 24/2017, oltre ad essere del tutto non pertinente, come tale, non tiene in considerazione che nessuna richiesta di nomina di specialista infettivologo l'Ospedale ha formulato, prima dell'esito della CTU, fino

a quel momento, guarda caso, il Dott. Z., noto consulente del Tribunale, essendo stato ritenuto pienamente competente.

La fattispecie, d'altra parte, a fronte delle stesse argomentazioni del CTP dott. R., ben consente di apprezzare come il contributo di uno specialista a prescindere dai sopravvenuti obblighi legali, sarebbe stato superfluo, atteso che qualsivoglia impossibilità teorica di rischio zero, in ordine all'infezione de qua, non avrebbe comunque mandato esente, nel caso di specie, l'Ospedale dalla responsabilità come sopra accertata in concreto. La reiterazione degli argomenti difensivi di parte convenuta, come da note di replica, non rende gli stessi più convincenti. Passando, allora, alla liquidazione del danno non patrimoniale, dovendo individuare un idoneo criterio di liquidazione del danno in questione, correlato, in primo luogo, alla lesione dell'integrità psico-fisica, reputa lo scrivente Giudice, nell'ambito di una stima comunque necessariamente equitativa, di dover fare riferimento alle tabelle vigenti in uso presso il Tribunale di Milano, aggiornate, in ultimo, al 2014, sia perché i criteri di liquidazione contenuti nelle elaborazioni dell'A.G. meneghina sono stati costantemente ritenuti presso questo Tribunale coerenti con l'obiettivo di meglio soddisfare le esigenze di integrale risarcimento dei danneggiati, sia perché i parametri de quibus sono stati, altresì, adattati e resi pienamente compatibili, in termini quantitativi, con i principi desumibili dalle note sentenze dalla Corte di Cass. a SS.UU., nn. 11.11.08, nn. 26972 e 26973 (con modificazione del valore del cosiddetto "punto", così da ricomprendere nello stesso una percentuale ponderata per il danno non patrimoniale relativo alla sofferenza soggettiva, sia in relazione all'invalidità permanente, che temporanea), individuando, comunque, ambiti di personalizzazione che consentono, al di fuori di rigidi automatismi, di tenere in considerazione le peculiarità delle singole fattispecie (ciò ancor più alla luce del fatto che il "danno morale" ha comunque mantenuto una specifica rilevanza - vedasi Cass., sez. III, 20.5.2009, n. 11701; Cass. sez. III, n.16448, 15.7.09; Cass., sez.III, 12.9.2011, n. 18641; vedasi anche Cass. sez.III, 8.5.2012, n.6930, in tema di danno esistenziale, sempre, peraltro, al di fuori della configurabilità di un'autonoma voce di danno, come da Cass., sez.III, n.23778, 7.11.2014 ed ancora Cass. sez.III, n.336,13.1.2016). Il fatto, in ultimo, che detti criteri siano stati condivisi dalla stessa Suprema Corte, per essere apparsi i più idonei ad uniformare la quantificazione del danno a livello nazionale, ferme le personalizzazioni del caso, anche oltre i limiti previsti, qualora ricorrano specifiche e comprovate ragioni, induce ancor più all'applicazione degli stessi (vedasi Cass. sez.III, 7.6.2011, n.12408, e, più recentemente, Cass., sez. VI, 14.1.2013, n. 134, Cass., sez.III, 6.3.2014, n. 5243, Cass., sez.III, n.20895, 15.10.2015 e Cass. sez.III, n. 3505, 23.2.2016). A fronte di ciò, tenuto conto dell'età dell'attore al momento del fatto (di anni 53), deve essere determinato un danno da invalidità permanente pari ad € 356.807,00 (€ 587.816,00 – 231.009,00). Tale importo deve essere personalizzato, in termini di particolare incidenza sull'attività ed abitudini di vita di un uomo già precocemente affetto da varie patologie, che, a fronte di coliche renali, vede irrimediabilmente aggravato, in modo rilevante l'apparato urinario e, soprattutto, a fronte della pregressa assenza di apprezzabili patologie, quello respiratorio, con una specifica incidenza in termini di autonomia oggettiva e di percezione della stessa, il tutto, ai fini del patimento, per la sostanziale incuria nella gestione ordinaria dei pazienti e degli ambienti nosocomiali, sì da cagionare, con evidenza, un aggravato, oltre che permanente, senso di rabbia e di sfiducia. Dette considerazioni, valutato il range previsto nelle tabelle de quibus, induce ad un aumento pari al 10%, così da determinare l'importo di € 392.487,70, a titolo di invalidità permanente. In ordine, poi, ai danni da invalidità temporanea, a fronte di un parametro compreso fra € 96,00 ed € 145,00, tenuto conto, anche in questo caso, delle considerazioni di cui sopra, ancor più valide nella fase acuta della malattia, con prolungato ricovero, ritiene chi scrive di dover applicare l'importo prossimo al massimo, pari ad € 130,00 al giorno, ferma la gradualità di cui alla relazione

del CTU, con l'effetto di determinare un credito, a tale titolo, pari ad € 7.215,00. Discende, pertanto, in favore della P. un importo complessivo per danno non patrimoniale pari ad € 399.702,70. Trattandosi di debito di valore, tale importo va aumentato degli interessi legali, di tipo compensativo, dalla data del fatto, calcolati, previa devalutazione del citato importo, secondo l'indice ISTAT FOI, alla data del fatto stesso (al 18.7.2012, data del trattamento punto 4 della citazione, € 390.334,67), anno per anno, sulla somma via via rivalutata annualmente, come da noto orientamento della Suprema Corte di cui alla sentenza a SS.UU. n.1712/95, idoneo, nel caso di specie, a garantire il pieno ristoro, senza indebite locupletazioni. Il calcolo così effettuato porta ad un importo complessivo finale alla data odierna di € 420.955,56, importo che, integrante la liquidazione totale del danno, dovrà essere maggiorato di interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo. Passando alle spese di lite, va osservato che le stesse devono seguire la soccombenza, l'offerta effettuata dall'Ospedale S. M., peraltro, all'esito sostanziale della causa, come da verbale 15.6.2016, risultando ampiamente insufficiente, anche in un'ottica transattiva. Devono essere, altresì, rimborsate le spese afferenti alla mediazione obbligatoria, quanto richiesto, a tale titolo, dal P., essendo, peraltro, ingiustificato ed esorbitante, occorrendo tenere conto, comunque, dell'immediato fallimento della mediazione e del fatto che è seguita una causa, ciò con riferimento alla fase di studio in parte sovrapponibile. Valutato, dunque, l'impegno richiesto, in ragione del DM 55/2014, vanno liquidate, vista la nota attorea, le spese giudiziali in complessivi € 19.251,97 di cui € 19.000,00 per compenso (considerata la limitata attività di tipo istruttorio e ritenuta l'attività ulteriore non necessitante di alcun aumento rispetto alla media) ed € 251,97 per esborsi, oltre a quelle afferenti alla necessaria mediazione, in complessivi € 2.048,80, di cui € 2000,00 per compenso, oltre ad € 48,80 per esborsi (vedasi docc.ti 19,20, 21 e 22 attorei). L'Ospedale convenuto, pertanto, deve essere condannato, a tale titolo, al pagamento di complessivi € 21.300,77, di cui € 21.000,00 per compensi ed € 300,77 per esborsi, oltre al 15% ex art.2 citato DM sui compensi, CPA ed IVA come per legge. Le spese di CTU devono, certamente, seguire la soccombenza, sì da dover essere poste a carico esclusivo di parte convenuta, con condanna al rimborso delle somme eventualmente anticipate a tale titolo. Con riferimento, in ultimo, al fatto, documentato (vedasi l'allegato 21 attoreo), che parte convenuta non ha inteso partecipare alla mediazione ex D.L.vo 28/2010 senza motivo alcuno, nulla emergendo a riguardo dal verbale, discende, necessariamente, la condanna dell'Ospedale convenuto al pagamento di quanto previsto dall'art.8, comma 4bis, del citato D.L.vo, come modificato dal D.L. 69/2013, convertito con L.98/2013. Va chiarito che non elide la condotta sanzionata come sopra il fatto che, preso in carico il sinistro da parte di terzo incaricato dal nosocomio, come da doc. 20 attoreo, il nosocomio medesimo abbia deciso di sottrarsi ad ogni confronto di mediazione, come da verbale 6.5.2014, sul presupposto di essere esente da addebiti, assunto, implicito, in modo diverso, in ogni controversia e che l'obbligatorietà della mediazione ha inteso cercare, comunque, di far superare alle Parti, attraverso l'attività del mediatore (il che risulta ancor più convincente in rapporto al rifiuto di partecipazione, financo, al primo incontro su presupposti apodittici, oltre che connotati da imprudenza rispetto, ancor più, alla gestione di un Ente ospedaliero pubblico).

P.Q.M.

Il Tribunale di Genova, definitivamente pronunciando, respinta ogni altra domanda, istanza, deduzione ed eccezione,

DICHIARA TENUTO E CONDANNA IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA-

RIA “S. M.” - IST- (omissis), accertata la responsabilità di detto Ente per i fatti di cui alla citazione, al pagamento in favore di P. F. di € 420.955,56, oltre interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo;

CONDANNA IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA “S. M.” - IST- (omissis) al pagamento delle spese di lite in favore di P. F., spese che liquida, come in parte motiva, in complessivi € 21.300,77, di cui € 21.000,00 per compensi ed € 300,77, oltre al 15% ex art.2 DM 55/2014 sui compensi, CPA ed IVA come per legge;

PONE definitivamente le spese di CTU a carico esclusivo di IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA “S. M.” - IST- (omissis), condannando detto Ente al rimborso a parte attrice delle somme eventualmente anticipate a tale titolo;

CONDANNA IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA “S. M.” - IST- (omissis), ex art.8, comma 4bis, D.L.vo 28/2010, come modificato con D.L.69/13, convertito in L.98/13, al versamento all’entrata del bilancio dello Stato di una somma pari al contributo unificato dovuto per il giudizio, mandando alla Cancelleria per quanto di competenza;

Genova, lì 25.5.2017

## **Sentenza Corte appello, Genova, sez. II, 24/II/2021, n. 1194**

La pronuncia in esame riguarda il caso di un paziente che aveva contratto un’infezione nosocomiale (fistola cutanea a livello della ferita distale, infetta per la presenza di Escherichia coli in elevata concentrazione) in esito ad intervento chirurgico per un intervento di osteosintesi con chiodo gamma, con gravissime conseguenze.

Con la pronuncia in esame la nostra Corte di Appello di Genova ha confermato che:

“(…) L’ente ospedaliero è tenuto, una volta che il paziente è stato ricoverato, ad adottare un modello organizzativo e di prevenzione finalizzato ad evitare, o perlomeno ridurre, il rischio di insorgenza di infezioni di tipo nosocomiale, per tutta la durata del ricovero e ad apprestare cure e trattamenti terapeutici adeguati al contagio; all’ente, quindi, spetta dimostrare di aver adottato e rispettato tutte le procedure per una adeguata asepsi (misure di prevenzione e di profilassi), così da far escludere la sussistenza di alcun profilo di colpa e ricondurre l’infezione all’interno di quella percentuale di casi non evitabili e rientranti nel c.d. rischio consentito”.

Di seguito il testo integrale del pronunciamento che ha visto la struttura sanitaria condannata in primo grado al risarcimento dei danni patiti dall’attore, liquidati in Euro 431.584,00:

### **MOTIVI**

Na. Ri. ha citato in giudizio, innanzi al Tribunale di Imperia, la Azienda ASL 1 Imperiese ed il Centro Sant’Anna SpA ed ha sostenuto:

di essere caduto accidentalmente nella sua abitazione in data 14 ottobre 2012;

di essere stato operato, in data 18 ottobre 2012, per un intervento di osteosintesi con chiodo gamma presso l'ospedale di Imperia;

che, subito dopo la dimissione, era comparsa una fistola cutanea a livello della ferita distale, infetta per la presenza di *Escherichia coli* in elevata concentrazione, come rilevato dallo stesso ospedale;

che tale infezione era stata contratta, evidentemente, in occasione dell'intervento e del ricovero in ospedale;

che, a causa dell'infezione, l'attore era stato ricoverato presso la Divisione di Ortopedia dell'Ospedale di Imperia a far data dal 27 novembre 2012 ed il 4 dicembre 2012 era stato sottoposto ad intervento di rimozione del mezzo di sintesi ed alla toilette della ferita;

di essere stato trasferito presso la Residenza Protetta Sant'Anna per cominciare la riabilitazione, ove, in data 31 dicembre 2012, nel corso di una seduta di riabilitazione in palestra, aveva riportato una nuova frattura femorale;

che, a causa di tale infortunio, il 7 gennaio 2013, si era sottoposto ad un intervento di osteosintesi in FEA (fissatore esterno assiale);

che, anche in questo caso, la ferita si era infettata in sede di inserzione di apparecchio fissatore esterno per la presenza di 'Staphilococco aureus meticillino-resistente (MRSA).

che l'attore aveva, perciò, subito un primo intervento di rimozione del FEA il 08/04/2013 presso l'ospedale di Albenga, un secondo intervento di cefalectomia (asportazione della testa femorale), bonifica, derotazione ed allungamento anca destra ed applicazione di spaziatore antibiotato e, in data 21/10/2013, era stato nuovamente operato per la rimozione dello spaziatore e posizionamento di protesi totale d'anca;

che solo il 22 gennaio 2014 era stato definitivamente dimesso.

Sia il centro Sant'Anna che la Asl 1 si sono costituiti in giudizio, con autonome comparse ed hanno chiesto di respingere le domande proposte nei loro confronti.

Il Centro Sant'Anna ha chiesto di chiamare in causa la propria compagnia assicuratrice, Unipolsai (ex Fondiaria).

Quest'ultima si è costituita in giudizio ed ha chiesto di respingere le domande proposte nei suoi confronti, in quanto il contratto assicurativo non prevedeva la copertura di un simile rischio.

La causa è stata istruita con prove documentali ed a mezzo di ctu e, all'esito, il Tribunale di Imperia ha pronunciato la sentenza 481/18 con la quale:

ha respinto le eccezioni di nullità della ctu e la richiesta di rinnovo o di chiamata a chiarimenti del ctu;

ha sostenuto che la responsabilità dei convenuti era di tipo contrattuale e che, quindi, questi dovevano dimostrare di avere adempiuto alle obbligazioni assunte nei confronti del sig. Ri..

Tale prova non era stata fornita, ragion per cui alla Asl era imputabile la doppia infezione patita dal paziente successivamente agli interventi chirurgici del 18 ottobre 2012 e del 31 dicembre 2012. Diversamente, al Centro Sant'Anna era imputabile l'omessa vigilanza del fisioterapista, il quale aveva consentito che il sig. Ri. caricasse sull'arto destro da poco operato, con conseguente rottura del femore;

ha affermato la responsabilità solidale ex art. 2055 c.c. dei convenuti per l'infortunio patito dal sig. Ri.;

ha, quindi, condannato i convenuti a pagare all'attore, a titolo di danno non patrimoniale, l'importo di euro 431.584,00, oltre accessori e spese di lite;

ha, infine, accolto la domanda di manleva proposta da Sant'Anna nei confronti di Unipolsai, condannata a rifondere alla propria assicurata le spese di lite.

La Asl 1 ha impugnato la sentenza in questione e ne ha chiesto l'integrale riforma, con rigetto delle domande proposte nei suoi confronti, previo rinnovo della ctu. Si. Ri., quale erede di Na. Ri., deceduto in data 4 marzo 2018, si è costituito in giudizio ed ha chiesto di respingere l'appello.

Anche il Centro Sant'Anna si è costituito in giudizio ed ha evidenziato la, a suo dire, eccessiva quantificazione del danno da parte del Tribunale.

Anche Unipolsai si è costituito in giudizio ed ha chiesto di respingere ogni domanda comunque proposta nei confronti del Centro Sant'Anna e, di conseguenza, nei suoi confronti.

In corso di giudizio, la Corte di Appello ha disposta una nuova ctu medico legale.

Le parti hanno precisato le conclusioni come riportate in epigrafe all'udienza del 13 luglio 2021.

Con il primo motivo, parte appellante ha chiesto di dichiarare nulla o di disporre, comunque, il rinnovo della ctu, in quanto quella deposita in primo grado non era adeguatamente motivata e di dar corso ad ulteriore istruttoria, volta a dimostrare che la Asl si era adeguata alle linee guida in materia di profilassi ambientale e sterilizzazione del materiale utilizzato. In un simile quadro, in cui l'infezione si era verificata nonostante l'adozione da parte dell'ente di tutte le cautele necessarie, non era comprensibile qual era la negligenza imputabile alla Asl, né era stata spesa alcuna parola da parte del ctu in relazione all'esistenza del nesso causale tra i danni riscontrati dal ctu del giudizio di primo grado, riconducibili ad una impossibilità a deambulare, incontinenza, decadimento psichico e la suddetta infezione. Tuttavia, la perizia non aveva considerato le gravi invalidità preesistenti di cui l'attore era portatore a causa dalla sua condizione di obesità.

Con il secondo motivo, la Asl ha lamentato che il ctu aveva sopravvalutato i postumi invalidanti permanenti, tanto da giungere ad una quantificazione degli stessi superiore anche a quella proposta dalla stesso ctp attoreo (che aveva riconosciuto un'invalidità del 40%), senza neppure motivare sul punto.

Il Tribunale si era acriticamente adeguato alle risultanze della ctu, nonostante parte attrice, in sede di precisazione delle conclusioni, avesse chiesto la liquidazione di un importo inferiore, pari ad euro 260.000,00.

Con il terzo motivo, l'appellante ha lamentato che il Tribunale aveva ommesso l'indicazione del percorso logico sulla cui base era giunto alla monetizzazione del danno iatrogeno, tenuto conto del fatto che il sig. Ri. era affetto da invalidità preesistenti legate anche alla frattura del femore, non imputabile alla Asl.

Con il quarto motivo, l'appellante ha lamentato che il Tribunale aveva incrementato gli importi dovuti secondo le tabelle del Tribunale di Milano del 25% (pari ad euro 76.556,00), in difetto dei presupposti di legge per la personalizzazione del danno medesimo e sulla base unicamente delle medesime limitazioni funzionali già considerate ai fini della determinazione dell'ammontare del grado di invalidità.

Con il quinto motivo, l'appellante ha ritenuto censurabile la decisione del Tribunale di identificare una responsabilità paritaria tra il centro S. Anna e l'ospedale, senza alcuna motivazione effettiva, mettendo sullo stesso piano la condotta incolpevole della ASL 1 con quella gravemente colposa del centro S. Anna.

Infine, l'appellante ha evidenziato che la riforma della sentenza di primo grado avrebbe determinato una modifica della disciplina delle spese di lite.

Anche il centro S. Anna si è associato ai motivi di appello sulla determinazione del quantum, evidenziando l'eccessività della liquidazione del danno contenuta nella sentenza impugnata, sia in ordine alla determinazione del grado di invalidità riscontrato dalla sentenza di primo grado sulla base di quanto indicato dalla ctu, sia in ordine alla riconosciuta personalizzazione del danno non patrimoniale.

Il primo motivo di appello, nella parte in cui contesta la responsabilità della Asl, è infondato.

L'attore è stato ricoverato presso l'ospedale di Imperia per essere sottoposto, a distanza di tempo, a 2 interventi chirurgici (in data 18 ottobre 2012 e 7 gennaio 2013) ed in entrambi i casi si sono manifestati infezioni di origine nosocomiale. In particolare, vi è stata una prima infezione del sito chirurgico manifestatasi già in data 9 novembre 2012 e, cioè, circa 20 gg. dopo il primo intervento.

5 giorni dopo il secondo intervento chirurgico di riduzione e stabilizzazione con fissatore esterno, vi è stata una seconda infezione, questa volta polibatterica, sviluppatasi a livello di uno o più dei bracci del FEA.

Come già precisato dalla sentenza di primo grado, tra le parti (Asl e Ri.) è stato stipulato, al momento del ricovero, un contratto di ospedalità.

Dal contratto stipulato tra l'ospedale ed il paziente, discende, tra le altre, l'obbligazione di prevenire e gestire possibili contagi (a prescindere da quali ne sono le fonti) che traggono origine proprio dall'ambiente ospedaliero, ove sono ricoverati soggetti spesso privi di adeguate difese immunitarie.

In particolare, l'ente ospedaliero è tenuto, in adempimento del contratto stipulato con il paziente, una volta che questo è stato ricoverato, ad adottare un modello organizzativo e di prevenzione finalizzato ad evitare, o perlomeno ridurre, il rischio di insorgenza di infezioni di tipo nosocomiale, per tutta la durata del ricovero e ad apprestare cure prestate e trattamenti terapeutici adeguati al contagio.

All'ente, quindi, spetta dimostrare di aver adottato e rispettato tutte le procedure per una adeguata asepsi (misure di prevenzione e di profilassi), così da far escludere la sussistenza di alcun profilo di colpa e ricondurre l'infezione de qua all'interno di quella percentuale di casi non evitabili e rientranti nel c.d. rischio consentito.

L'onere della prova è a carico della Asl (ex plurimis, Cass. Sez. Un. 577/08; Cass. Sez. Un. 13533/01 in tema di responsabilità contrattuale e Cass. 28991-2/19, secondo cui 'Ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione' (Cass. 28991-2/19).

Solo una volta che l'ente ospedaliero abbia assolto tale onere, qualora vi sia l'infezione, si dovrà ritenere che questa si collega a quella percentuale prevedibile ma non prevenibile delle infezioni nosocomiali.

Nella specie, risulta dimostrato il ricovero presso l'ospedale, il peggioramento delle condizioni di salute del paziente durante questo e il collegamento causale tra i contagi ed i ricoveri (come emerge dalla ctu e dal fatto che si tratta di una tipica infezione nosocomiale), mentre non risulta che parte appellante abbia dimostrato di avere adempiuto alle proprie obbligazioni, né l'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione.

La ctu del giudizio di appello ha indicato che le infezioni sono state probabile conseguenza degli interventi medesimi e sono state determinate da una carente gestione e vigilanza delle pratiche di sanificazione, sterilizzazione e profilassi perioperatorie di struttura.

L'Azienda ha prodotto attestazione di sterilizzazione dei materiali utilizzati, un rapporto ispettivo sui comportamenti e conoscenze delle procedure da parte del personale, linee guida e protocolli vari su sanificazione, lavaggio mani, corretta preparazione dei container, ma, come evidenziato da entrambi i ctu, sia in primo che in secondo grado, nulla ha documentato sulla reale asepsi degli ambienti, sale operatorie e corsie, e degli strumenti e sulla reale applicazione del buon operato.

Anche i capitoli di prova formulati da parte appellante in memoria ex art. 183 n. 2 c.p.c. e non ammessi non possono portare ad un diverso esito.

In primo luogo, questi hanno riguardato unicamente il primo intervento e non il secondo.

In secondo luogo, la ctu dott. Za. ha evidenziato che 'la contaminazione della ferita chirurgica può avvenire sia in sala operatoria (90% dei casi) che nel corso della degenza post operatoria (10%) se viene utilizzata una tecnica di medicazione imperfetta o siano gestiti in maniera non corretta i drenaggi e le medicazioni della ferita.

In particolare, 'il sito chirurgico deve essere protetto con medicazioni sterili fino a quando i margini della ferita non si siano completamente chiusi e siano in via di completa cicatrizzazione. Le medicazioni devono essere fatte in apposite sale di medicazione e non nelle stanze di degenza ove vi è un intenso passaggio di persone e di altre diverse attività'.

Non è stato dimostrato che tali cautele sono state adottate.

Il capitolo di prova formulato sub 21) da Asl 'Vero che la ferita chirurgica venne medicata nel post operatorio secondo le norme di asepsi e utilizzando strumentario chirurgico imbustato singolarmente' nulla dimostra, in quanto non specifica quali sono le norme di asepsi seguite nel caso del sig. Ri..

Inoltre, non è stata dimostrata l'idoneità della sala operatoria che, sempre seguendo la ctu dott. Za., deve avere caratteristiche ben precise con adeguata ventilazione, dal momento che 'il 98% dei batteri che infettano un sito chirurgico derivano dall'aria della sala operatoria:

di questi il 30% raggiunge la ferita direttamente dall'aria stessa mentre il 70% la raggiunge per via indiretta tramite gli strumenti chirurgici su cui il pulviscolo ambientale si è depositato'.

L'onere della prova era, nel caso di specie, ancor più stringente: due interventi chirurgici e subito dopo altrettante infezioni batteriche nosocomiali. La Asl avrebbe dovuto, quindi, dimostrare che si era trattato di una sfortunata coincidenza; ma tale prova non è emersa.

L'impossibilità di capire le reali dinamiche del contagio non può che essere addebitata alla parte convenuta, gravata dal relativo onere.

Del resto, sul punto, le conclusioni di entrambi i ctu sono state concordi. La ctu dott. Za. ha affermato che 'l'onere probatorio contrattualistico in capo alla struttura sanitaria della effettiva applicazione dei protocolli di profilassi e prevenzione delle infezioni non è stato rispettato, e lascia particolarmente colpiti il fatto che in entrambe i ricoveri il paziente abbia contratto infezione nosocomiale, ad ulteriore indiretta riprova di una carente gestione e vigilanza delle pratiche di sanificazione, sterilizzazione e profilassi perioperatorie di struttura', mentre la ctu dott.ssa Po. ha riferito che, pur essendo adeguati in astratto i protocolli di igiene, sterilizzazione, lavaggio delle mani pulizia del blocco operatorio, non è possibile 'verificare se gli stessi siano in effetti rispettati in ogni fase del ricovero.

Ne discende la conferma della responsabilità della Asl nella presente causa.

Il primo motivo di appello (nella parte in cui contesta il grado di invalidità riscontrato dalla sentenza di primo grado), il secondo, il terzo ed il quarto motivo possono essere esaminati congiuntamente, in quanto tutti relativi alla quantificazione del danno subito e sono parzialmente fondati.

Nel corso del giudizio di primo e secondo grado, sono state svolte due perizie.

Entrambe concordano in ordine alle conseguenze sul piano motorio e neurologico causate dalla vicenda per cui è causa in capo all'attore, mentre differiscono in relazione alla riconducibilità alla vicenda de qua degli ulteriori effetti patologici.

Non risulta provato che, come sostenuto dalla dott.ssa Po., la vicenda per cui è causa ha provocato nel sig. Ri. un decadimento cognitivo. Come evidenziato dalla ctu dott. Za., questo, infatti, non è documentato e non presente nel 2014, quando il sig. Ri. è stato descritto sempre vigile, orientato e collaborante. Inoltre, il sig. Ri. era affetto da una vasculopatia cerebrale preesistente che potrebbe essere autonomamente progredita verso la forma involutiva sommariamente descritta dalla Dott. ssa Po.. La sola circostanza che, nel corso della sfortunata vicenda, è stato constatato un progressivo decadimento delle condizioni cognitive del sig. Ri. non è, quindi, argomento sufficiente per ritenere dimostrato il nesso causale laddove, come nella specie, sussistano ipotesi alternative altrettanto plausibili ben evidenziate dal dott. Za..

Analoghe considerazioni portano ad escludere che l'incontinenza urinaria è stata conseguenza degli errori medici, secondo la conclusione fatta propria dalla dott.ssa Po..

Diversamente, la ctu Za. ha così concluso: 'Nelle schede infermieristiche dei vari ricoveri il pz è sempre stato inquadrato come continente. Il nursing infermieristico prevede peraltro l'utilizzo di catetere vescicale e di pannolone nella gestione di un malato come il sig. Ri., allettato o scarsamente mobilizzabile. Non dimentichiamo che lo stesso era anche portatore di ipertrofia prostatica benigna che di per sé, nella sua evoluzione, può prevedere la minzione imperiosa e quindi l'incontinenza'.

Infine, la ctu svolta nel giudizio di appello ha ridimensionato la condizione depressiva del paziente correlata alla vicenda per cui è causa, constatando, comunque, che, già in precedenza, il sig. Ri. ne era affetto.

Di conseguenza, il ctu dott. Za., con argomentazioni sostanzialmente accettate da tutte le parti in causa e, comunque non contraddette con argomentazioni scientifiche di rilievo ha riconosciuto che, a fronte di un'invalidità del 15%, di cui sarebbe stato portatore il sig. Ri. se tutto fosse andato come doveva andare, vi è stato un aggravamento conseguente agli errori medici fino ad un'invalidità permanente finale del 55%.

L'invalidità temporanea è stata, infine, determinata in 405 gg al 100%.

Prima di procedere alla liquidazione del danno, si deve valutare se è possibile tener conto della circostanza che il sig. Ri. è morto prematuramente.

La giurisprudenza ritiene corretto tener conto della più breve durata della vita dell'infortunato, quando questa sia indipendente dal fatto illecito, dal momento che anche questa è una forma di personalizzazione del danno. Si esclude, perciò, che, in questo caso, siano applicabili le tabelle ordinarie in uso presso il Tribunale di Milano, che si basano sull'aspettativa di vita media dell'in-

fortunato, in considerazione del fatto che il tempo per il quale il soggetto leso subirà le conseguenze non patrimoniali della lesione della sua integrità psicofisica (misurate tramite la percentuale dell'invalidità permanente) è progressivamente inferiore rispetto a quello presunto dalle tabelle medesime (sul punto, Cass. 12913/20; Cass. 4551/19; Cass. 10897/16; Cass. 679/16; Cass. 1331/15; Cass. 2297/11; Cass. 23739/11; Cass. 22338/07).

Per questa ragione, le tabelle più recenti in uso presso il Tribunale di Milano (anno 2021) prevedono espressamente una autonoma liquidazione per il caso in cui l'infortunato muoia prematuramente (pag. 63 della relativa relazione esplicativa).

Il sig. Ri. è deceduto prima della udienza di precisazione delle conclusioni del giudizio di primo grado.

Nessun motivo specifico di appello è stato proposto sul punto.

Solo con la comparsa conclusionale dell'appello, l'appellante ha invocato la circostanza, al fine di ottenere una rideterminazione dell'ammontare del danno.

Va premesso che la giurisprudenza sostiene che 'con le memorie di cui all'art. 190 c.p.c. le parti possono solo replicare alle deduzioni avversarie ed illustrare ulteriormente le tesi difensive già enunciate nelle comparse conclusionali e non anche esporre questioni nuove o formulare nuove conclusioni, sulle quali, pertanto, il giudice non può e non deve pronunciarsi' (Cass. 98/16).

Le allegazioni contenute nella conclusionale, quindi, possono essere considerate solo come una sollecitazione all'esercizio dei poteri di ufficio da parte del collegio.

Bisogna, quindi, valutare se tali poteri sussistono.

La giurisprudenza distingue tra eccezioni in senso stretto da un lato e eccezioni in senso lato e difese dall'altro.

Le prime sono quelle per le quali la legge espressamente riserva il potere di rilevazione alla parte.

Le seconde, invece, possono essere rilevate d'ufficio.

La giurisprudenza ritiene che appartengono a questa categoria le circostanze volte ad evitare che la parte, a seguito del risarcimento, possa conseguire un risarcimento non dovuto o, comunque, possa arricchirsi, ricevendo più della diminuzione patrimoniale subita, come nel caso di eccezione di compensatio lucri cum damno (sul punto, da ultimo, Cass. 26757/20) o di pagamento (Cass. 6350/10).

Analogamente, non considerare l'intervenuto decesso determinerebbe un risarcimento superiore al dovuto.

Si deve, quindi, concludere che la circostanza possa essere rilevata d'ufficio.

A questo punto, si pone il problema se questa possa essere esaminata per la prima volta in appello.

L'art. 345 c.p.c. vieta la proposizione in appello di domande e di eccezioni non rilevabili d'ufficio nuove.

Nulla dice, invece, su eccezioni in senso lato e mere difese.

Il silenzio normativo sul punto denota l'insussistenza di divieti.

Tale posizione è sostenuta dalla giurisprudenza, la quale ritiene che il divieto in esame debba essere interpretato restrittivamente e che il Giudice debba tener conto dei fatti posti a fondamento di un'eccezione in senso lato e di una mera difesa, anche in difetto di una specifica e tempestiva allegazione della parte, purché questi risultino documentati "ex actis", poiché il regime delle eccezioni si pone in funzione del valore primario del processo, costituito dalla giustizia della decisione, che resterebbe sviato ove pure le questioni rilevabili d'ufficio fossero soggette ai limiti preclusivi di allegazione e prova previsti per le eccezioni in senso stretto (Cass. 26118/21; Cass. 22371/21; Cass. 9200/21; Cass. 25434/19; Cass. 27988/18).

Così, ad es., la Suprema Corte ha ritenuto corretta la sentenza del Giudice di merito che aveva ridotto il risarcimento, per danno parentale, riconosciuto in primo grado al coniuge del defunto, e ciò, nonostante, solo in appello, la controparte avesse allegato e dimostrato che la prima era separata dal marito. Secondo la Suprema Corte, infatti, la circostanza dedotta era una mera allegazione difensiva per negare l'esistenza dei fatti a fondamento della domanda, come tale esaminabile per la prima volta in appello (Cass. 25415/13).

Nel caso di specie, il tema della morte del sig. Ri. è entrato nel processo nel momento in cui, in appello, si è costituito il suo erede e di questa circostanza deve, quindi, tenersi conto ai fini della determinazione del danno.

Si deve, quindi, procedere alla liquidazione dei danni subiti sulla base delle tabelle nel caso di premorienza.

La giurisprudenza (Cass. 6341/14; Cass. 28986/19; Cass. 28990/19; Cass. 17555/20) afferma che lo stato di salute anteriore della vittima di lesioni personali può concausare la lesione, oppure la menomazione che da quella derivata.

La prima ipotesi attiene al ciclo della causalità materiale ed è, quindi, regolata dall'art. 41 c.p. e dall'art. 1227 c.c., co. 1, venendo in questione il concorso della causa naturale (lo stato di salute pregresso) con la causa umana (l'illecito oggetto del giudizio) nella determinazione dell'evento lesivo della salute in un soggetto già parzialmente compromesso.

Nel nostro caso, invece, lo stato di salute preesistente ha aggravato le conseguenze della lesione del diritto alla salute.

Siamo in presenza, cioè, di menomazioni concorrenti, in quanto tali sono quelle che colpiscono il medesimo organo, arto o apparato corporeo (ovvero che concernono più arti od organi sinergici

od aventi comunque affinità funzionale). Tali menomazioni comportano, di regola, una variazione incrementativa dell'effetto invalidante e dunque del grado di invalidità della menomazione preesistente e delle rinunce cui avrebbe dovuto sottoporsi l'appellato a causa delle sue preesistenti patologie.

Secondo la giurisprudenza sopra segnalata, in particolare, le menomazioni concorrenti vanno di norma tenute in considerazione: a) stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo (risultante, cioè, dalla menomazione preesistente più quella causata dall'illecito), e convertendola in denaro; b) stimando in punti percentuali l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito, e convertendola in denaro; lo stato di validità anteriore al sinistro dovrà essere però considerato pari al 100% in tutti quei casi in cui le patologie pregresse di cui il danneggiato era portatore non gli impedivano di condurre una vita normale; c) sottraendo l'importo (b) dall'importo (a). Il tutto, salvo il potere-dovere del giudice di ricorrere all'equità correttiva ove l'applicazione rigida del calcolo che precede conduca, per effetto della progressività delle tabelle, a risultati manifestamente iniqui per eccesso o per difetto.

Da quanto detto, ne discende che si deve procedere a sottrarre dall'importo riconosciuto come dovuto dalle tabelle milanesi per un'invalidità del 55%, nel caso di sopravvivenza per un periodo di 5 anni, quanto riconosciuto dalle medesime tabelle per l'invalidità del 15%, per analogo periodo.

Il risultato della sottrazione è pari ad euro 76.655,00.

Il Tribunale ha incrementato l'importo riconosciuto per invalidità permanente, così motivando in punto personalizzazione: 'Il danno alla salute sopra indicato non esaurisce, tuttavia, nel caso concreto, l'intero danno non patrimoniale risarcibile al danneggiato. Si ritiene, infatti, che taluni apprezzabili aspetti (o voci) che vengono in rilievo e che da tempo sono solitamente ricondotti dalla giurisprudenza prevalente nella unitaria categoria generale del danno non patrimoniale, non risulterebbero adeguatamente risarciti con la sola applicazione dei predetti valori monetari della tabella. Per l'integrale risarcimento del danno non patrimoniale sofferto dall'attore è infatti necessario procedere ad una adeguata 'personalizzazione', avendo riguardo a quei profili riconducibili alla sofferenza soggettiva, ai pregiudizi alla vita di relazione e ai riflessi negativi sulle abitudini di vita che possono ritenersi sussistenti in relazione alle conseguenze dell'inadempimento e/o inesatto adempimento delle prestazioni che le strutture sanitarie convenute erano direttamente obbligate ad eseguire in base al contratto atipico concluso con l'attore. Il CTU ha rappresentato l'attuale ed irreversibile situazione dell'attore che, ad oggi: presenta una marcata compromissione della capacità deambulatoria che ne limita grandemente le autonomie; deambula solo con doppio sostegno ed i passaggi posturali avvengono unicamente con aiuto umano; presenta un disallineamento del bacino, con marcate limitazioni dell'arto inferiore destro e un accorciamento dello stesso di circa 3 cm; presenta un'incontinenza urinaria e un decadimento cognitivo progressivo e uno stato ansioso depressivo per cui assume regolarmente terapia medica. I predetti esiti limitano significativamente le attività dinamico relazionali dell'attore.

Alla luce di tali considerazioni e per addivenire ad un integrale risarcimento che tenga conto dei vari aspetti che concorrono nella individuazione del composito danno di cui si discute, si ritiene di 'personalizzare' il danno subito dall'attore aumentando la somma relativa all'invalidità permanente risultante dall'applicazione delle tabelle (euro 306.224,00) del 25% ovvero di euro 76.556,00

fino ad euro 382.780,00, e dunque fino ad euro 431.584,00 che costituisce quindi il complessivo danno non patrimoniale con personalizzazione massima risarcibile liquidato (E 382.780,00 per danno biologico permanente ed E 48.804,00 per danno biologico temporaneo)'.

In sostanza, per giustificare l'incremento, il Giudice di primo grado ha tenuto conto della 'marcata compromissione della capacità deambulatoria che ne limita grandemente le autonomie', delle difficoltà deambulatorie, delle limitazioni dell'arto inferiore destro e un accorciamento dello stesso di circa 3 cm, dell'incontinenza urinaria, del decadimento cognitivo progressivo e dello stato ansioso depressivo per cui assume regolarmente terapia medica.

Tuttavia, si è già posto in rilievo che gran parte delle patologie sopra descritte non sono da porre in collegamento causale con i fatti di causa;

in ogni caso, si tratta di circostanze che hanno già concorso alla determinazione del grado di invalidità riscontrato e che, quindi, non possono essere conteggiate 2 volte.

Sul punto, la giurisprudenza afferma 'In presenza di un danno permanente alla salute, costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione di una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico e l'attribuzione di un'ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi di cui è già espressione il grado percentuale di invalidità permanente; soltanto 'in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali', le quali rendano il danno concreto più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età, è consentito al giudice, con motivazione analitica, incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione (Cass. 28988/19).

In tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegare e provare dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento (Cass. 5865/21).

In termini analoghi, si vedano Cass. 26118/21; Cass. 5865/21; Cass. 407/21; Cass. 25164/20; Cass. 32787/19; Cass. 24473/20; Cass. 26304/19, Cass. 2788/19, Cass. 3722/19; Cass. 26304/19; Cass. 27482/18; Cass. 23469/18; Cass. 10912/18; Cass. 21939/17; Cass. 16788/15; Cass. 17219/14; Cass. 23778/14.

In sostanza, devono considerarsi normali (e, quindi, non rilevanti ai fini della personalizzazione) tutte le conseguenze della menomazione dell'integrità psicofisica, sul piano della loro incidenza sulla vita quotidiana, che, per quanto gravi, sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito il medesimo tipo di lesione guarita col medesimo tipo di postumi e, quindi, già misurate da quel grado di invalidità.

Ne discende che nessuna personalizzazione può essere riconosciuta per l'invalidità permanente.

Per quanto riguarda l'invalidità temporanea, questa è stata determinata, in via differenziale, dal ctu in complessivi 405 gg., tutti trascorsi in ricovero ospedaliero o presso il Centro S. Anna. Inoltre, il sig. Ri. è stato sottoposto in questo periodo a diversi interventi chirurgici.

Tali circostanze giustificano una liquidazione per ogni giorno di invalidità massima, pari a 149,00 euro.

Complessivamente, quindi, per invalidità temporanea sono dovuti 60,345,00 euro.

L'importo così riconosciuto a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, pari a complessivi euro 137.000,00 determinato sulla base di tabelle risalenti al gennaio 2021, deve essere attualizzato, e, quindi, rivalutato da tale data sino alla data odierna.

Una volta attualizzato l'importo dovuto, spetta, altresì, al creditore il risarcimento dell'ulteriore pregiudizio, rappresentato dalla perduta possibilità di disporre tempestivamente della somma dovuta, investirla e ricavarne un lucro finanziario.

Quest'ultimo tipo di pregiudizio va liquidato in via equitativa, sotto forma di interessi (c.d. compensativi), dovuti in misura legale e liquidati d'ufficio (Cass. 4028/17).

La base di calcolo di tali interessi non è rappresentata dal credito rivalutato, ma da quello originario, cioè, espresso nella moneta dell'epoca in cui è sorta l'obbligazione, rivalutato anno per anno secondo gli insegnamenti di Cass. Sez. Un. 1712/95.

La somma riconosciuta a titolo di risarcimento deve, quindi, essere devalutata dal 1° gennaio 2021 (data di adozione delle tabelle di Milano) sino al momento del fatto.

Su questa somma, rivalutata anno per anno, devono, poi, essere calcolati gli interessi compensativi fino alla data della presente decisione.

Dalla data della sentenza sono dovuti gli interessi al tasso legale sul solo importo liquidato, corrispondente al capitale già rivalutato.

La rivalutazione va effettuata applicando sulle somme gli indici della rivalutazione monetaria ricavati dalle pubblicazioni ufficiali dell'Istituto Nazionale di Statistica. Gli indici presi in considerazione sono quelli del c.d. costo della vita, ovvero sia del paniere utilizzato dall'ISTAT per determinare la perdita di capacità di acquisto con riferimento alle tipologie dei consumi delle famiglie di operai ed impiegati (indice F.O.I.).

La riduzione degli importi liquidati opera anche a vantaggio del centro S. Anna, che ha proposto analoghi motivi di appello incidentale in relazione al quantum.

La circostanza che quest'ultima, in sede di conclusionale, abbia chiesto, in difformità dalle conclusioni precisate alla relativa udienza, di confermare la sentenza di primo grado non rileva, dal momento che la giurisprudenza afferma che 'Nell'interpretazione della domanda giudiziale il giudice del merito incontra un duplice ordine di limiti, consistente nel rispetto del principio della cor-

rispondenza tra il chiesto ed il pronunciato e nel divieto di sostituire d'ufficio un'azione diversa da quella espressamente e formalmente proposta. Egli, pertanto, deve tenere conto dei limiti oggettivi della domanda, quali risultano non soltanto dal contenuto dell'atto introduttivo del giudizio, ma anche dalle conclusioni definitive precisate dopo la chiusura dell'istruzione, poste in relazione con la citazione e con le eventuali modifiche e trasformazioni delle conclusioni originarie, mentre non può desumere il concreto contenuto della domanda giudiziale dalla comparsa conclusionale la quale, ai sensi dell'art. 190 c.p.c., ha un carattere meramente illustrativo delle conclusioni già fissate davanti all'istruttore. (In applicazione del principio, la S.C. ha cassato la sentenza della corte d'appello che, anziché interpretare la domanda alla luce del contenuto oggettivo della stessa, si era basata su un passaggio argomentativo della memoria di replica). (Cass. 5402/19)

Inoltre, per il disposto dell'art. 336 c.p.c. la riduzione degli importi giova anche a Unipolsai, che ha sì chiesto di confermare la sentenza, ma limitatamente al motivo di appello proposto dalla Asl in relazione al diverso grado di responsabilità dei danneggiati.

Con l'ultimo motivo di appello, la Asl ha contestato le conclusioni della sentenza di primo grado che aveva ritenuto paritaria la responsabilità della Casa di Cura S. Anna e quella della appellante, quando, invece, la prima, basata su una grave negligenza, era assai più grave di quella della Asl 1.

Il motivo di appello è infondato.

Sussiste una responsabilità paritaria da parte dei convenuti che, con le proprie condotte colpevoli, hanno concorso a causare le lesioni poi riscontrate, con conseguente responsabilità solidale ex art. 2055 c.c.

Alla Asl si imputa di avere causato una duplice infezione, mentre al centro s. Anna di non avere adeguatamente vigilato sul paziente affidatole, impegnato in attività di fisioterapia proprio a seguito della rottura del femore.

Come efficacemente dedotto dal ctu dott. Za., che ha sostanzialmente condiviso le analoghe considerazioni della dott.ssa Po., i diversi inadempimenti imputati ai convenuti hanno concorso al progressivo peggioramento delle condizioni di salute del sig. Ri..

Infatti, il primo inadempimento della Asl ha concorso, con la condotta del fisioterapista negligente, alla seconda rottura del femore: 'se non vi fosse stata la prima infezione da E. Coli il sig. Ri., 71 enne obeso (180 cm per 110 kg, BMI 33 obesità lieve), sarebbe stato portatore degli esiti di frattura pertrocanterica di femore trattata con chiodo gamma, il cui esito invalidante è ipotizzabile in danno biologico del 15%. La prima infezione ha di necessità condotto alla immediata rimozione del chiodo gamma, onde procedere alla sanificazione dell'area infettata prima di intervenire con la necessaria protesizzazione totale d'anca'. In tal modo, vi è stato un indebolimento dell'arto che, più fragile, si è rotto nel corso della seduta fisioterapica. Si può, quindi, concludere che la frattura del femore è stata 'più probabilmente che non' conseguenza della infezione da E. Coli conseguente al primo intervento.

In considerazione della sostanziale soccombenza di Asl e Centro S, Anna all'esito del giudizio, considerato che la riduzione degli importi richiesti a titolo di risarcimento del danno è riconduci-

bile a fatti sopravvenuti (la morte del sig. Ri.), le spese di lite seguono la soccombenza e vengono liquidate, sia in primo che in secondo grado, sulla base dello scaglione relativo all'importo effettivamente liquidato.

P.Q.M.

In parziale accoglimento dell'appello proposto da Azienda Unità sanitaria locale 1 Imperiese e da Il Centro Sant'Anna spa ed in parziale riforma della sentenza del Tribunale di Imperia 481/18;

ridetermina in euro 137.000,00 la somma che Azienda Unità sanitaria locale 1 Imperiese e Il Centro Sant'Anna spa sono condannate a pagare a Si. Ri., quale erede di Na. Ri., oltre rivalutazione e interessi come in parte motiva;

condanna Azienda Unità sanitaria locale 1 Imperiese e Il Centro Sant'Anna spa a rifondere a Si. Ri. le spese di lite del giudizio di primo grado che ridetermina in euro 13.430,00 per compensi, oltre E 786,00 per spese esenti, spese generali al 15% e accessori di legge e quelle del giudizio di appello che liquida in euro 13.635,00 per compensi, oltre spese generali al 15% e accessori di legge, con distrazione delle spese a favore del difensore antistatario avv. Malcontenti;

condanna Unipolsai a rifondere a Il centro Sant'Anna spa le spese di lite del giudizio di primo grado che ridetermina in euro 7.795,00 per compensi, oltre spese generali al 15% e accessori di legge e quelle del giudizio di appello che liquida in euro 7.645,00 per compensi, oltre spese generali al 15% e accessori di legge, con distrazione delle spese a favore del difensore antistatario;

pone le spese della ctu dott. Za. a carico di Azienda Unità sanitaria locale 1 Imperiese e Il Centro Sant'Anna spa;

condanna Unipolsai a manlevare Il Centro Sant'Anna spa di quanto dovrà pagare in esecuzione della presente sentenza e di quella di primo grado;

conferma nel resto la sentenza impugnata.

Genova 17 novembre 2021

# Bibliografia

Acklin Y.P., Widmer A.F., Renner R.M., *et al.*, *Unexpectedly increased rate of surgical site infections following implant surgery for hip fractures: problem solution with the bundle approach*, in *Injury* 2011; 42(2): 209-16. doi: 10.1016/j.injury.2010.09.039 [published Online First: 2010/11/05]

Anderson R.N., *Deaths: leading causes for 1999*, in *Natl Vital Stat Rep* 2001; 49(11): 1-87 [published Online First: 2001/10/31]

Antonioli P., Bolognesi N., Valpiani G., *et al.*, *A 2-year point-prevalence surveillance of healthcare-associated infections and antimicrobial use in Ferrara University Hospital, Italy*, in *BMC Infect Dis* 2020;20(1):75. doi: 10.1186/s12879-020-4791-8 [published Online First: 2020/01/25]

Bai Y., Zhang X., Tian Y., *et al.*, *Incidence of surgical-site infection following open reduction and internal fixation of a distal femur fracture: An observational case-control study*, in *Medicine (Baltimore)* 2019; 98(7): e14547. doi: 10.1097/md.00000000000014547 [published Online First: 2019/02/15]

Brennan T.A., Leape L.L., Laird N.M., *et al.*, *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I*, in *N Engl J Med* 1991; 324(6): 370-6. doi: 10.1056/nejm199102073240604 [published Online First: 1991/02/07]

Cardoso T., Almeida M., Friedman N.D., *et al.*, *Classification of healthcare-associated infection: a systematic review 10 years after the first proposal*, in *BMC Med* 2014; 12:40. doi: 10.1186/1741-7015-12-40 [published Online First: 2014/03/07]

Cassini A., Plachouras D., Eckmanns T., *et al.*, *Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study*, in *PLoS Med* 2016;13(10): e1002150. doi: 10.1371/journal.pmed.1002150 [published Online First: 2016/10/19]

Castle S.C., *Clinical relevance of age-related immune dysfunction*, in *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31(2): 578-85.

Collins A.S., Hughes R., *Preventing health care-associated infections*, in Hughes R., *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville 2008

Commission E, Eurostat database: European Union, Luxembourg 2015.

Danasekaran R., Mani G., Annadurai K., *Prevention of healthcare-associated infections: protecting patients*,

saving lives, in *International Journal of Community Medicine And Public Health*, 1(1), 67–68, 2014.

Duckworth A.D., Phillips S.A., Stone O., *et al.*, *Deep infection after hip fracture surgery: predictors of early mortality*, in *Injury* 2012; 43(7): 1182-6. doi: 10.1016/j.injury.2012.03.029 [published Online First: 2012/05/01]

El-Daly I., Ibraheim H., Culpan P., *et al.*, *Pre-operative Waterlow score: Predicts risk of post-operative infection in patients with neck of femur fractures*, in *Injury* 2015; 46(12): 2394-8. doi: 10.1016/j.injury.2015.09.034 [published Online First: 2015/10/20]

European Centre for Disease Prevention and Control, *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm 2010.

Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Bruel C., *et al.*, *Overview of medical errors and adverse events*, in *Ann Intensive Care* 2012; 2(1): 2. doi: 10.1186/2110-5820-2-2 [published Online First: 2012/02/22]

Graves N., Weinhold D., Tong E., *et al.*, *Effect of healthcare-acquired infection on length of hospital stay and cost*, in *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28(3): 280-92. doi: 10.1086/512642 [published Online First: 2007/02/28]

Hautemanière A., Florentin A., Hartemann P., *et al.*, *Identifying possible deaths associated with nosocomial infection in a hospital by data mining*, in *Am J Infect Control*, 2011; 39(2): 118-22. doi: 10.1016/j.ajic.2010.04.216 [published Online First: 2010/10/05]

Ji C., Zhu Y., Liu S., *et al.*, *Incidence and risk of surgical site infection after adult femoral neck fractures treated by surgery: A retrospective case-control study*, in *Medicine (Baltimore)*, 2019; 98(11): e14882. doi: 10.1097/md.0000000000014882 [published Online First: 2019/03/19]

Kemp M., Holt H., Holm A., *et al.*, [Elderly patients are at high risk from hospital- acquired infection], in *Ugeskr Laeger*, 2013; 175(47): 2874-6. [published Online First: 2014/03/19]

Kim J.M., Park E.S., Jeong J.S., *et al.*, *Multicenter surveillance study for nosocomial infections in major hospitals in Korea. Nosocomial Infection Surveillance Committee of the Korean Society for Nosocomial Infection Control*, in *Am J Infect Control*, 2000;28(6):454-8. doi: 10.1067/mic.2000.107592

Klevens R.M., Edwards J.R., Richards C.L., *et al.*, *Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals*, 2002, in *Public Health Rep* 2007; 122(2): 160-6. doi: 10.1177/003335490712200205 [published Online First: 2007/03/16]

Langenhan R., Bushuven S., Reimers N., *et al.*, *Peri-operative antibiotic treatment of bacteriuria reduces early deep surgical site infections in geriatric patients with proximal femur fracture*, in *Int Orthop*, 2018; 42(4): 741-46. doi: 10.1007/s00264- 017-3708-7 [published Online First: 2017/12/11]

Lanini S., Jarvis W.R., Nicastrì E., *et al.*, *Healthcare-associated infection in Italy: annual point-prevalence surveys, 2002-2004*, in *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2009; 30(7): 659-65. doi: 10.1086/597596 [published Online First: 2009/06/06]

Leape L.L., Brennan T.A., Laird N., *et al.*, *The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II*, in *N Engl J Med* 1991; 324(6): 377-84. doi: 10.1056/nejm199102073240605 [published Online First: 1991/02/07]

McLaws M.L., Taylor P.C., *The Hospital Infection Standardised Surveillance (HISS) programme: analysis of a two-year pilot*, in *J Hosp Infect*, 2003; 53(4): 259-67. doi: 10.1053/jhin.2002.1361 [published Online First: 2003/03/28]

Noailles T., Brulefert K., Chalopin A., *et al.*, *What are the risk factors for post-operative infection after hip hemiarthroplasty? Systematic review of literature*, in *Int Orthop*, 2016; 40(9): 1843-8. doi: 10.1007/s00264-015-3033-y [published Online First: 2015/11/28]

Nuvials X., Palomar M., Alvarez-Lerma F., *et al.*, *Health-care associated infections. Patient characteristics and influence on the clinical outcome of patients admitted to ICU. Envin-Helics registry data*, in *Intensive care medicine experimental*, 2015; 3(1): 1-2.

Parameswaran Nair N., Chalmers L., Peterson G.M., *et al.*, *Hospitalization in older patients due to adverse drug reactions -the need for a prediction tool*, in *Clin Interv Aging*, 2016; 11:497-505. doi: 10.2147/cia.s99097 [published Online First: 2016/05/20]

Pories S.E., Gamelli R.L., Mead P.B., *et al.*, *The epidemiologic features of nosocomial infections in patients with trauma*, in *Arch Surg*, 1991; 126(1):97-9. doi: 10.1001/archsurg.1991.01410250105017 [published Online First: 1991/01/01]

Prevention CfDCA, *Types of Healthcare-associated Infections*, Last revised 2014, Last accessed in July 30, 2020. <https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html>.

Quality AfHRA, *Patient safety primers: healthcare-associated infections*, 2012. [Accessed July 30, 2020]. Available from: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/hais/index.html>.

Revelas A., *Healthcare - associated infections: A public health problem*, in *Niger Med J*, 2012; 53(2): 59-64. doi: 10.4103/0300-1652.103543 [published Online First: 2012/12/29]

Rudd K.E., Johnson S.C., Agesa K.M., *et al.*, *Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study*, in *Lancet*, 2020; 395(10219): 200-11. doi: 10.1016/s0140-6736(19)32989-7

Souza E.S., Belei R.A., de Mayo Carrilho C.M.D., *et al.*, *Mortality and risks related to healthcare-associated infection*, in *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2015; 24(1): 220-28.

Von Elm E., Altman D.G., Egger M., *et al.*, *The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies*, in *Annals of internal medicine*, 2007; 147(8): 573- 77.

Wallace W.C., Cinat M., Gornick W.B., *et al.*, *Nosocomial infections in the surgical intensive care unit: a*

difference between trauma and surgical patients, in *Am Surg*, 1999; 65(10): 987-90. [published Online First: 1999/10/09]

Wijeratna M.D., McRoberts J., Porteous M.J., *Cost of infection after surgery for intracapsular fracture of the femoral neck*, in *Ann R Coll Surg Engl*, 2015; 97(4): 283-6. doi: 10.1308/003588415x14181254788845 [published Online First: 2015/08/13]

World Health Organization, *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*, Geneva 2011.

Yassa R.R., Khalfaoui M.Y., Veravalli K., *et al.*, *Pre-operative urinary tract infection: is it a risk factor for early surgical site infection with hip fracture surgery? A retrospective analysis*, in *JRSM Open*, 2017; 8(3): 2054270416675083. doi: 10.1177/2054270416675083 [published Online First: 2017/03/23]

Zhang Y., *Clinical epidemiology of orthopaedic trauma*, Thieme, Stuttgart 2012.

# Gli autori

## **Paolo Berta**

Professore associato di Statistica Sociale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, ha conseguito un PhD presso la Brunel University London. La sua attività di ricerca si concentra sulle tematiche di valutazione d'impatto delle politiche e sull'analisi e sulla valutazione della qualità dei sistemi sanitari. È affiliato alla Società Italiana di Statistica e all'Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione, nonché all'Associazione Italiana di Economia Sanitaria. È membro del dipartimento Salute della Fondazione per la Sussidiarietà.

## **Fidelia Cascini**

Medico di sanità pubblica; Specialista in medicina-legale e in statistica e programmazione sanitaria; Dottore di ricerca in Scienze Forensi; Master in Hospital risk-management; Docente dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ove è membro del Comitato Direttivo del Centro di Ricerca per la Sicurezza e Qualità delle Cure.

## **Walter Ricciardi**

MD, MPH, MSc, Hon PhD, Professore ordinario di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; Presidente Mission Board for Cancer, CE; Presidente Comitato Scientifico della Human Technopole Foundation; Presidente European Mission Board for vaccination; Membro Scientific Board, Santé Publique France; già Presidente World Federation of Public Health Associations (2020-2022).

## **Daniele Spinelli**

Assegnista di ricerca in Statistica, Università di Milano-Bicocca.

## **Giorgio Vittadini**

Professore ordinario di Statistica Metodologica, Università di Milano-Bicocca e Presidente Fondazione per la Sussidiarietà. Ha promosso la nascita e diretto dal 1997 al 2005 il Centro di Ricerca Interuniversitario sui Servizi di Pubblica Utilità alla persona (CRISP) del cui Comitato scientifico è oggi membro. È autore di numerosi articoli e saggi su temi socio-economici, in particolare per ciò che riguarda sussidiarietà, non profit, lavoro, educazione.





Organismo Nazionale Bilaterale Servizi Integrati

Via Livenza, 7 · 00198 Roma  
[www.onbsi.it](http://www.onbsi.it)  
Tel: 06 4451738 · [onbsi@onbsi.it](mailto:onbsi@onbsi.it)