

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE DI NAPOLI  
VIII SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, in persona del Giudice monocratico Dott. Giovanni D'Istria, ha pronunciato la seguente  
SENTENZA

Nella causa civile iscritta al N.R.G.29910/2017 avente ad oggetto: risarcimento danni da responsabilità professionale degli esercenti la professione medica e vertente

TRA

D.M.G. C.F. (...) nato a C. di S. (N.) il (...) e F.L. C.F. (...) nata a P. (N.) il (...), entrambi residenti in Q. (N.), alla Via P. N. 11, in proprio ed in qualità di genitori e legali rappresentanti del minore D.M.S. C.F. (...) nato a N. il (...), ed altresì dei minori D.M.G. C.F.(...) , nato a N. il (...); D.M.A. C.F. (...) , nato a N. il (...); D.M.A. C.F. (...) nato a N. il (...); e D.M.C. C.F. (...), nato a N. il (...) - rappresentati e difesi, giusta procura in calce allegata all'atto di citazione , dagli Avv.ti NICOLA PUTIGNANO C.F. (...) e C.C.B. C.F. (...) i quali dichiarano di voler ricevere le comunicazioni presso il numero di fax (...) o all' indirizzo pec nicolaputignano@pec.giuffre.it.

ATTORI

CONTRO

AZIENDA O.R.N." P.IVA (...) in persona del Direttore Generale legale rapp.te p.t. Dott. Ing. C.V. con sede in N. alla Via a. C. N.9, rapp.ta e difesa in virtù di mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione dall'Avv. GIOVANNI MORRIALE C.F.(...), presso il cui studio elett.te domicilia in Napoli alla Via Mario Gigante N.59 , il quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni o notificazioni relative al presente procedimento al numero di fax (...) ed all' indirizzo di Posta Certificata giovannimorriale@avvocatinapoli.legalmail.it

CONVENUTA

### **Svolgimento del processo - Motivi della decisione**

Va premesso che la presente sentenza viene redatta senza l'esposizione dello svolgimento del processo, in applicazione del nuovo testo dell'art. 132, comma 2, n. 4), c.p.c., come modificato dall'art. 45, comma 17, L. n. 69 del 2009, la cui immediata operatività anche per i giudizi pendenti in primo grado alla data di entrata in vigore della "novella" (4/7/2009) è espressamente sancita dalle disposizioni transitorie dettate dall'art. 58, comma 2, L. cit. di conseguenza, i riferimenti specifici alla vicenda processuale in questione saranno limitati ai soli profili rilevanti ai fini della presente decisione.

Ciò posto con atto di citazione notificato in data 26.10.2017, gli attori convenivano in giudizio l'Azienda l'A.A." al fine di sentire accogliere le seguenti conclusioni:

1. Accertare e dichiarare la responsabilità dell'A.A." di N., in persona del legale rappresentante pro-tempore, in relazione alle gravi lesioni poste in essere dal suo personale medico-sanitario, ai danni del minore D.M.S., in occasione dei ricoveri dei giorni 18/7/2006 e il 12/08/2006, secondo quanto esposto nella parte in fatto del presente atto;
2. Accertare e quantificare i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dal minore D.M.S. unitamente ai suoi familiari D.M.G., F.L., D.M.G., D.M.A., D.M.A. e D.M.C. per le causali in narrativa, e, per l'effetto, condannare l'A.C.", in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento, in favore degli attori, della somma che verrà accertata e quantificata in corso di causa, a titolo di risarcimento dei danni, oltre interessi e danni per svalutazione monetaria, o di quella diversa che sarà ritenuta di giustizia;
3. Condannare altresì l'A.A." di N., in persona del legale rappresentante pro tempore, per la mancata

partecipazione al procedimento di mediazione senza giustificato motivo, al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio ex art. 8 co. 4-bis D. Lgs. n. 28 del 2010.

4. Con vittoria di spese e compensi di lite da distrarsi in favore dei sottoscritti legali anticipatari.

Assumevano gli istanti nell'atto introduttivo che:

1. In data 18/7/2006, la Sig.ra F.L. si ricoverava presso l'O.A." di N., quivi dando alla luce, nella stessa giornata, tre gemelli mediante parto cesareo;

2. Stante la lieve prematurità dei neonati, costoro venivano sin da subito posti in incubatrice (per un periodo di 20 giorni), come da prassi neonatale per casi analoghi;

3. P. giorni dopo le dimissioni ospedaliere, avvenute senza la segnalazione ai genitori di elementi patologici di sorta, la Sig.ra F. e suo marito, il Sig. D.M.G., rilevavano il severo scadimento delle condizioni di salute di uno dei tre gemellini, il piccolo S., decidendo pertanto di ricoverarlo con urgenza presso il predetto nosocomio in data 12/8/2006);

4. In corso di degenza, il neonato veniva sottoposto ad indagini diagnostiche attestanti la positività al batterio S.B., con susseguente insorgenza di Meningite e grave sepsi generalizzata;

5. Gli esiti degli anzidetti danni incidono sul processo di crescita e sviluppo del fanciullo, che risulta attualmente affetto da Disturbo evolutivo specifico misto (come da diagnosi dell'A.N. del 2 maggio 2014), e riporta un quadro plurisintomatologico, presentando iperattività, mutacismo, iperfagismo, ipercinesia, disturbi dell'eloquio, ritardo nell'apprendimento, goffagine nella motricità globale, sfuggenza relazionale, disabilità intellettiva, aggressività e finanche disturbo di rivalità con i fratelli;

6. Le lesioni prodotte al piccolo S. assumevano gli istanti avevano procurato inoltre danni ai familiari del fanciullo, i quali versavano costantemente in una situazione di grave disagio psico-fisico ed emotivo, invalidante al punto da necessitare di un robusto supporto terapeutico da parte di neuropsichiatri della SUN.

La Sig.ra F.L., madre di cinque figli maschi di giovanissima età, sviluppava in conseguenza delle numerose problematiche di salute di S., una profonda depressione reattiva, con polarizzazione ideativa sulla diagnosi psichiatrica del bambino. Lo scadimento delle condizioni fisiche e psichiche della donna influiva negativamente sul ménage familiare, "orfano" di una figura materna serena e appagata. Il Sig. D.M.G., dal canto suo, cercava in ogni modo di conciliare il proprio ruolo di padre di una famiglia tanto numerosa e problematica, con le dinamiche lavorative, non riuscendovi come vorrebbe, ed apparendo spesso, distratto e poco performante in ambito professionale, e, di conseguenza, stanco e frustrato.

Alle difficoltà dei genitori di S. si aggiungevano i traumi quotidianamente vissuti dal fratello maggiore G., dai suoi gemelli A. ed A., e, dal fratellino minore C..

La famiglia D.M. tutta, viveva la dolorosa condizione del piccolo S., cercando da un lato di sostenere ed accudire quest'ultimo nel più premuroso dei modi, e, dall'altro di ricercare affannosamente uno spiraglio di normalità.

7. Il minore D.M.S. veniva sottoposto a visita medico-legale a cura del Dott. V.S.P., il quale, al termine del proprio esame valutativo, rassegnava le seguenti conclusioni: "... È ormai noto in base ai più autorevoli riferimenti letterari a riguardo che le infezioni da streptococco di gruppo B rappresentino uno dei principali rischi infettivi del neonato. L' infezione da SGB nel neonato viene acquisita nella maggior parte dei casi in seguito a trasmissione verticale, in particolare in utero poco prima del parto, per infezione ascendente attraverso le membrane amniotiche rotte, oppure durante il passaggio attraverso il canale del parto, o ancora per contaminazione con secrezioni infette; questo tipo di contaminazione dà luogo a quella che viene definita la forma precoce (early-onset) che appunto si trasmette per via verticale e si manifesta clinicamente durante la prima settimana di vita. Diversamente l' infezione tardiva (late-onset) compare dai 7 ai 90 giorni di vita e generalmente dà luogo a meningiti (gravate da reliquati neurologici e sequele neurosensoriali a lungo termine nel 25-50% dei casi), sepsi senza focus, o più raramente a infezioni focali. La trasmissione del patogeno può avvenire, oltre che in maniera verticale dalla madre, anche orizzontalmente, con acquisizione da altri

bambini quando nel nido siano presenti soggetti colonizzati e/o in caso di sovraffollamento o attraverso le mani del personale sanitario.

Inoltre alcune evidenze scientifiche dimostrano come il palio con taglio cesareo diminuisca di molto il rischio di infezione da SGB. Molti studi hanno dimostrato inoltre una forte correlazione tra un'infezione streptococcica neonatale di tipo tardivo con insorgenza di meningite, e disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva, molto probabilmente a causa della produzione di anticorpi antineurone durante le infezioni, i quali reagiscono in maniera crociata con, si annovera un ventaglio sintomatologico che più frequente raggruppa tic motori e fonici, disturbo ossessivo-compulsivo, iperattività, ansia, labilità emozionale.

Dall'analisi del dato anamnestico-documentale emerge che molto probabilmente il piccolo periziando subì un'infezione nosocomiale nell'Ospedale (*omissis*) in epoca perinatale; trattasi di infezione tardiva (manifestatasi dopo il primo mese di vita con comparsa di meningite), verosimilmente di tipo orizzontale, cioè non contratta nell'utero materno o durante il passaggio nel canale del parto, ma avvenuta a mezzo delle mani dei sanitari, o a causa di altri neonati o madri infette, o ancora a causa del sovraffollamento del nido. A supporto di questa tesi vi è la tipologia di infezione che colpì il piccolo periziando cioè quella "tardiva" che, a differenza di quella "precoce" nota per associarsi costantemente a infezione di tipo verticale, origina nella gran parte dei casi da streptococchi diversi da quelli vagino rettali della madre, e quindi di molto probabile origine nosocomiale.

Inoltre il fatto che il parto fosse di tipo trigemino e solo uno dei neonati ha contratto l'infezione depone ulteriormente per un'infezione nosocomiale insorta solo successivamente al parto e per altre cause, quali quelle infettive-nosocomiali appunto. Si precisa inoltre che il ricovero del piccolo S. con diagnosi di meningite da SGB è avvenuto in quinta giornata rispetto alle dimissioni dal primo ricovero post-partum, quindi relativamente ai tempi di incubazione del batterio in questione e il periodo di manifestazione dei sintomi, possiamo affermare con sicurezza che l'infezione sia avvenuta durante i giorni di degenza in occasione del primo ricovero del periziando presso l'Ospedale (*omissis*). In ragione di tanto, il danno biologico permanente residuo alla persona di D.M.S., correlabile all'infezione nosocomiale era stimabile con il 50% (cinquanta) della totale."

8. Con lettera del 27/07/2016, gli attori diffidavano l'A.A." di N., in persona del legale rappresentante pro-tempore, al pagamento dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti in conseguenza delle imperite, imprudenti e negligenti prestazioni medico-sanitarie ricevute dal piccolo S.D.M. in occasione dei ricoveri del 18/7/2006 e del 12/08/2006.

Il giudizio iscritto a ruolo veniva rubricato con NRG. 29910/2017 ed assegnato alla cognizione della VIII Sezione Civile Dott. G..

La A.A. "si costituiva a mezzo di comparsa di costituzione e risposta depositata il giorno 8 febbraio 2018, concludendo per il rigetto della domanda siccome infondata in fatto ed in diritto con vittoria di spese ed onorari di giudizio.

All'udienza di prima comparizione venivano concessi i termini di cui all'art. 183, VI comma, c.p.c, la causa veniva rinviata all'udienza del 12 novembre 2018 per l'ammissione dei mezzi istruttori. All'esito, depositate le rispettive memorie istruttorie e, all'udienza del 12 novembre 2018, il Giudice nominava, quali CC.TT.UU., la Dott.ssa Annamaria Fiorillo ed il Dott. Prof. Giustino Parruti, rinviando la causa, per il loro giuramento, all'udienza del 18 febbraio 2019.

All'udienza del 18 febbraio 2019, la Dott.ssa Annamaria Fiorillo ed il Dott. Prof. Giustino Parruti prestavano il giuramento di rito ed il Giudice rinviava la causa all'udienza del 16 gennaio 2020 ai fini del deposito in Cancelleria della relazione di Consulenza Tecnica di Ufficio, la quale veniva depositata in data 20 dicembre 2019.

All'udienza del 16 gennaio 2020, la difesa attorea impugnava e contestava il contenuto della relazione depositata in quanto viziata da illogicità e chiedeva che l'Ill.mo Giudice volesse sottoporre il seguente quesito ad uno Specialista in Neonatologia ed il Giudice, ritenuta la necessità, convocava i CC.TT.UU. a chiarimenti in ordine alle questioni sollevate con riguardo al periodo di incubazione e fissava, per la comparizione degli ausiliari, l'udienza del 27 aprile 2020, che veniva rinviata d'Ufficio al 30 novembre 2020.

Con istanza depositata il 17 novembre 2020, i CC.TT.UU. chiedevano un differimento dell'udienza e/o di autorizzazione la produzione di chiarimenti in forma scritta, stante le restrizioni connesse all'emergenza sanitaria in atto ed alla difficoltà del Prof. P., Specialista in malattie infettive, di allontanarsi dal proprio Reparto in quel particolare momento storico.

All'udienza cartolare del 30 novembre 2020, svoltasi mediante il deposito di note di trattazione scritta, il Giudice riteneva necessario avere chiarimenti dal Collegio di C.T.U. in relazione al seguente quesito posto da parte attrice, "premesso che il ricovero del minore D.M.S. del 12.08.2006, avvenne dopo 5 giorni dalla dimissione del primo ed è documentato che tale ricovero era connesso a disturbi già presenti da alcuni giorni prima (colorito grigiastro, ipotono, crisi respiratorie). Premesso, inoltre, che l'incubazione dell'infezione da GBS è stimata in 3-4 giorni e fino a 10 giorni in caso di meningite, dicano l C.T.U. il luogo in cui, tra l'ambiente nosocomiale e l'ambiente extranosocomiale, avvenne, con maggiore probabilità, la trasmissione dell'infezione, tenuto conto della data di manifestazione dei sintomi (11 agosto 2016) e della durata del periodo di incubazione dell'infezione da GBS, così come indicata nella letteratura scientifica"), e, pertanto, concedeva al Collegio un termine di 45 giorni per depositare i chiarimenti, rinviando la causa all'udienza del 29 marzo 2021.

Detti chiarimenti a causa dell'impedimento del Prof. Giustino Parruti, dovuti all'emergenza epidemiologica, venivano depositati solo in 10 aprile 2021.

Nelle note di trattazione scritta depositate il 30 novembre 2021, la Difesa attorea chiedeva che l'III.mo Giudice adito volesse accogliere la richiesta avanzata dai CC.TT.UU. nei chiarimenti resi, posto che la documentazione integrativa ivi precisata risultava quanto mai dirimente ai fini di una valida ed esaustiva risposta al quesito peritale integrativo posto ai ridetti Professionisti.

Tuttavia, all'udienza del 13 dicembre 2021, il Giudice, lette le richieste delle parti, rinviava la causa per la precisazione delle conclusioni al 20 marzo 2023.

All'udienza cartolare del 20 marzo 2023, svoltasi mediante il deposito di note di trattazione scritta, viste le richieste delle parti, lo stesso assegnava la causa a sentenza, concedendo i termini di cui all'art. 190 c.p.c..

Così riassunti i termini della controversia e passando alla disamina della "res controversa", la domanda giudiziale è infondata e deve essere rigettata nei sensi che vengono di seguito precisati.

In primo luogo deve dichiararsi la proponibilità della domanda, dato atto della proposizione di istanza di mediazione nei confronti dell'A.A.", in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, proposta innanzi ad apposito Organismo in Napoli. Il procedimento si concludeva, all' incontro del 02/05/2017 con esito negativo, per assenza della parte convenuta.

Ed invero, devono anzitutto essere richiamati gli approdi della giurisprudenza di legittimità in punto di responsabilità professionale sanitaria, dai quali non si ravvisano ragioni per discostarsi nel caso di specie. La responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha, infatti, natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 cod. civ. oltre che all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, anche, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ. disposizione con cui è stata estesa nell'ambito contrattuale la disciplina contenuta negli art. 2048 e 2049 cod. civ. (Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 17 maggio 2001, n. 6756), all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario (e ciò anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale (Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066). Sul piano processuale, in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, le conseguenze scaturenti dai principi appena evidenziati sono da ravvisarsi nel fatto che il paziente che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto o il "contatto sociale" ed allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell' insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la dimostrazione dell'assenza di colpa e, cioè, la prova del fatto che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297). Con la

precisazione, altresì, che, pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore (Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 19 maggio 2004, n. 9471). Nondimeno, a fronte dell'allegazione dell'attore di inadempimento od inesatto adempimento, a carico del sanitario, o dell'ente, resta sempre l'onere probatorio relativo sia al grado di difficoltà della prestazione (Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 9 novembre 2006, n. 23918), sia all'inesistenza di colpa o di nesso causale; in proposito è stato anche di recente ribadito che è a carico del debitore (sanitario e/o ente) dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (Cass. civ., sez. III, civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 14 febbraio 2008, n. 3520). In assenza di detta prova, sussiste la responsabilità del medico.

Gli istanti hanno, pertanto, certamente fornito la prova del titolo, in forza del quale essi hanno esercitato l'azione risarcitoria nei confronti della struttura sanitaria convenuta. In particolare, si è in presenza di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (cosiddetto "contratto di ospitalità"), che si conclude all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura e da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo "*latu sensu*" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., all'uopo, anche Cass. Civ., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. civ., sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698; Cass. Civ., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. Civ., sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103). Per quanto riguarda, invece, i medici operanti presso la struttura sanitaria pubblica, si tratta di un'ipotesi di cd. "contatto sociale", da intendersi, come chiarito dalla dottrina civilistica e dalla giurisprudenza di legittimità e di merito, nel senso di rapporto socialmente tipico tra parti che, nonostante l'assenza di un contratto, è in grado di ingenerare l'affidamento dei soggetti sull'adempimento di obblighi diretti e specifici di lealtà, collaborazione e di salvaguardia dell'altrui sfera giuridica. Presupposti per la configurabilità del contatto sociale sono: 1) una relazione tra sfere giuridiche, tale da far considerare la responsabilità aquiliana come insoddisfacente; 2) uno "status" professionale in capo al danneggiante, tale che possa configurarsi una "*culpa in faciendo*" prevista nell'ordinamento giuridico; 3) l'affidamento in capo al danneggiato che viene ingenerato sia dall'appartenenza del danneggiante ad una categoria professionale cd. "protetta" (cioè una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato: cfr., all'uopo, l'art. 348 c.p.), sia dalla situazione relazionale che si è previamente instaurata tra i due soggetti. Ed invero, come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità, quanto sopra detto si verifica per l'operatore di una professione cd. protetta (cioè una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato, art. 348 c.p.), in particolare se detta professione abbia ad oggetto beni costituzionalmente garantiti, come avviene per la professione medica (che è il caso della fattispecie in esame), che incide sul bene della salute, tutelato dall'art. 32 Cost. Invero a questo tipo di operatore professionale la coscienza sociale, prima ancora che l'ordinamento giuridico, non si limita a chiedere un non facere e cioè il puro rispetto della sfera giuridica di colui che gli si rivolge fidando nella sua professionalità, ma giustappunto quel facere nel quale si manifesta la perizia che ne deve contrassegnare l'attività in ogni momento (l'abilitazione all'attività, rilasciatagli dall'ordinamento, infatti, prescinde dal punto fattuale se detta attività sarà conseguenza di un contratto o meno). In altri termini la prestazione (usando il termine in modo generico) sanitaria del medico nei confronti del paziente non può che essere sempre la stessa, vi sia o meno alla base un contratto d'opera professionale tra i due. Ciò è dovuto al fatto che, trattandosi dell'esercizio di un servizio di pubblica necessità, che non può svolgersi senza una speciale abilitazione dello Stato, da parte di soggetti di cui il "pubblico è obbligato per legge a valersi" (art. 359 c.p.), e quindi trattandosi di una professione protetta, l'esercizio di detto servizio non può essere diverso a seconda se esista o meno un contratto. La pur confermata assenza di un contratto, e quindi di un obbligo di prestazione in capo al sanitario dipendente nei confronti del paziente, non è in grado

di neutralizzare la professionalità (secondo determinati standard accertati dall'ordinamento su quel soggetto), che qualifica *ab origine* l'opera di quest'ultimo, e che si traduce in obblighi di comportamento nei confronti di chi su tale professionalità ha fatto affidamento, entrando in "contatto" con lui. Proprio gli aspetti pubblicitici, che connotano l'esercizio di detta attività, comportano che esso non possa non essere unica da parte del singolo professionista, senza possibilità di distinguere se alla prestazione sanitaria egli sia tenuto contrattualmente o meno. L'esistenza di un contratto potrà essere rilevante solo al fine di stabilire se il medico sia obbligato alla prestazione della sua attività sanitaria (salve le ipotesi in cui detta attività è obbligatoria per legge, ad es. art. 593 c.p., Cass. civ., sez. III, pen. 10.4.1978, n. 4003, S.).

Da tutto ciò consegue che la responsabilità dell'ente gestore del servizio ospedaliero e quella dei dipendenti hanno entrambe radice nell'esecuzione non diligente o errata della prestazione sanitaria da parte del medico, per cui, accertata la stessa, risulta contestualmente accertata la responsabilità a contenuto contrattuale di entrambi (qualificazione che discende non dalla fonte dell'obbligazione, ma dal contenuto del rapporto)." (cfr., all'uopo, Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 22 gennaio 1999, n. 589). Peraltro, così ricostruita la fattispecie, la struttura sanitaria certamente risponde, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, eccetera), ma anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 cod. civ.

Ad ulteriore precisazione di quanto precede ritiene questo Giudicante che il positivo accertamento della responsabilità dell'istituto postuli pur sempre la colpa del personale esecutore dell'attività che si assume illecita, non potendo detta responsabilità affermarsi in assenza di colpa, poiché l'art. 1228 del Codice Civile presuppone, comunque, un illecito colpevole dell'autore immediato del danno (cfr., in tal senso, anche Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 13 marzo 2007, n. 5846); e che, nella eventuale situazione di incertezza sulla sussistenza di colpa, della stessa deve giovare il creditore-paziente e non certo il debitore-medico (cfr. Cass. civ., sez. III, 4 marzo 2004, n. 4400).

Ciò posto in punto di fatto, occorre ora stabilire: a) se vi è nesso causale tra le eventuali azioni od omissioni della convenuta e l'evento lesivo; b) se la condotta della struttura sanitaria pubblica è stata conforme alle *leges artis* ed alla diligenza dell'"*homo eiusdem generis et condicionis*". L'accertamento del nesso causale è passaggio logicamente e cronologicamente precedente all'accertamento della colpa, in quanto solamente qualora sia dimostrato che la condotta attiva od omissiva del sanitario sia stata causa dell'evento lesivo subito dal paziente, è possibile procedere ad accertare se questa condotta sia contraria alle *leges artis*.

È necessario, in altri termini, stabilire, nel caso di specie, se le lesioni lamentate da parte attrice siano eziologicamente collegabili alla condotta del personale medico ausiliario della struttura sanitaria pubblica convenuta, il nesso di causalità materiale tra condotta ed evento è quello per cui ogni comportamento antecedente (prossimo, intermedio, remoto) che abbia generato, o anche solo contribuito a generare l'evento, deve considerarsi "causa" dell'evento stesso. La valutazione di questo nesso, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica. Anche nell' illecito civile, quindi, la cosiddetta causalità materiale trova disciplina negli artt. 40 e 41 cod. pen., ossia nel criterio della "conditio sine qua non" riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche. Come da ultimo chiarito dal Supremo Organo di nomofilachia, insomma, il nesso di causalità materiale, tra condotta ed evento lesivo, anche nella responsabilità da illecito civile, deve essere accertato secondo i principi penalistici di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per cui un evento è causato da un altro se non si sarebbe verificato in assenza del secondo. Tuttavia, la giurisprudenza di legittimità ha ulteriormente precisato come una causalità materiale non sia sufficiente per avere una causalità giuridicamente rilevante, la quale impone di attribuire rilievo, secondo la teoria della regolarità causale o della causalità adeguata, con cui va integrata la teoria della "conditio sine qua non", a quei soli accadimenti che, al momento in cui si produce l'evento causante il danno, non siano inverosimili e imprevedibili, secondo un giudizio "ex

ante" (di cosiddetta "prognosi postuma"), da ricondurre al momento della condotta e da effettuare secondo le migliori conoscenze scientifiche disponibili (cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. III, civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 581).

Come chiarito dalle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte, però, pur essendo gli stessi i principi che regolano il procedimento logico-giuridico ai fini della ricostruzione del nesso causale, ciò che muta tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", mentre, nel secondo, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non" (cfr., al riguardo, la già citata Cass. civ., sez. III, civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 581). In materia civile, quindi, l'accertamento della causalità materiale richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica. Ed invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, che questo Giudice ritiene di condividere, il nesso causale fra il comportamento del medico e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 17 gennaio 2008, n. 867; Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 23 settembre 2004, n. 19133). Risulta, dunque, necessario accertare che il comportamento diligente e perito del sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente verificatesi. Probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico - razionale. Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato: giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

Orbene, i fatti costitutivi della pretesa risarcitoria azionata dall'attrice possono ritenersi ampiamente acclarati alla stregua della relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio depositata in Cancelleria in data 20 dicembre 2019 ed alla integrazione depositata in data 10 aprile 2021 (ai cui condivisibili rilievi questo giudice integralmente si riporta) e che ha riconosciuto, in merito all'indagine richiesta dal Magistrato che dall'esame della documentazione clinica è evidente”.

La signora F.L., di anni 32 all'epoca dei fatti, aveva vissuto una precedente gravidanza esitata in Taglio Cesareo nel 2003 con parto di un singolo feto sano. Dal 1999 aveva posizionato un bendaggio gastrico per il controllo del peso corporeo.

Nel dicembre del 2005 si era sottoposta ad un processo di procreazione medicalmente assistita, avviando una seconda gravidanza mediante fecondazione in vitro dopo iniezione gametica intra ovocitaria e successivo trasferimento embrionale. Al processo di trasferimento multiembrionale è conseguita una gravidanza trigemellare, evoluta, per quanto evidente in atti, in maniera regolare sino alla 31 settimana gestazionale, quando la Signora L. ha presentato una minaccia di parto prematuro, per la quale si è ricoverata alle ore 9,45 del 5 luglio 2006 presso l'A.C..

La valutazione ostetrico-ginecologica risultava nella norma, i feti vitali e con parametri nella normale fisiologia; dopo un'ultima valutazione del battito fetale - presente - e di normalità del collo uterino alle ore 12.00 del 7 luglio, la paziente veniva dimessa per la prosecuzione della gravidanza a domicilio.

Durante la breve degenza gli esami ematochimici risultavano fisiologici e venivano eseguite una coprocultura, che escludeva la presenza di germi patogeni nelle feci, ed un tampone vaginale, risultato negativo per la presenza di Streptococcus agalactiae (Streptococco di gruppo B, o con acronimo inglese, GBS).

La Signora L.F. tornava al ricovero circa 10 giorni dopo presso la medesima Struttura Sanitaria, alle ore 22.00 del 18 luglio 2006, e veniva accolta con la diagnosi di Gravidanza trigemina in travaglio alla 33 settimana, con primo feto con membrane rotte.

Il liquido apprezzabile veniva riferito chiaro in obiettività medica. Per tale ragione nelle ore immediatamente successive la signora veniva sottoposta a Taglio Cesareo Emergente, che veniva praticato senza complicanze, per cui la paziente veniva dimessa regolarmente in data 21 luglio 2006. Durante la degenza gli esami ematochimici risultavano nella norma, ed un secondo tampone vaginale eseguito prima del cesareo risultava a sua volta negativo per GBS. Veniva praticata terapia antibiotica intrapartum con Unasyn (ampicillina/ sulbactam) in accordo con le linee guida e le evidenze di letteratura dell'epoca.

S.D.M. fu il primo feto estratto, ospitato nella camera gestazionale con membrane rotte al momento del ricovero, e veniva ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale alle ore 23,11 del 18 luglio. La terapia con C. (B.) per favorire la rapida maturazione ventilatoria post natale risulta in atti correttamente praticata durante il parto. Il piccolo presentava un punteggio di Apgar del tutto regolare alla nascita e all'ingresso in reparto condizioni generali descritte come discrete, con colorito roseo e lieve cianosi degli arti inferiori, lieve polipnea; la frequenza cardiaca era 130' con polsi periferici palpabili. Il peso alla nascita era di 1850 grammi, in linea con l'epoca gestazionale.

Nei giorni successivi al ricovero, il paziente tollerava bene l'alimentazione. Dalla cartella clinica non si evince alcuna somministrazione di latte materno; risultano somministrati soluzione glucosata e formula artificiale in quantità progressivamente crescenti.

In apiressia veniva praticata in seconda giornata emocoltura, successivamente risultata negativa, e dosaggio della Proteina C reattiva, risultata nella norma. Nel corso della degenza veniva valutato il quadro retinico, risultato nella norma, ed eseguiti gli screening di rito per ipotiroidismo e fenilchetonuria. Le ecografie cerebrale e renale eseguite hanno documentato parametri nei limiti della norma. Un Rx del torace in data 19 luglio è risultato negativo per problematiche broncopolmonari di potenziale rilievo clinico. I parametri ventilatori risultavano normali.

Durante l'intera degenza non è stata somministrata alcuna terapia antibiotica, in linea con le linee guida dell'epoca. Sino al 25 luglio l'alimentazione è stata somministrata con gavage; nei giorni successivi il piccolo ha iniziato a migliorare la suzione. Il 4 agosto egli ha raggiunto un peso di 1970 grammi; la terapia con Vit B ed acido folico è stata sospesa dopo la correzione dell'anemia lieve del prematuro documentata nei giorni precedenti.

Il 7 agosto, con peso corporeo di 2040 e stabilità dei parametri cardio circolatori e nutrizionali, il piccolo veniva dimesso a domicilio.

In data 12 agosto il piccolo veniva nuovamente ricoverato nel medesimo reparto di Neonatologia con la diagnosi di accettazione di sospetta sepsi.

Il diario del ricovero, alle ore 10,30, così descrive la situazione all'ingresso: "condizioni generali scadute, colorito grigiastro ed ipotono; reattività molto ridotta; acidosi metabolica; anemia; crisi di apnea in respiro lamentoso".

La madre riferiva che il piccolo non avesse voluto alimentarsi dalla sera precedente il ricovero.

Venivano richieste emocolture, PCR, prove crociate per emotrasfusione, coltura del liquor, radiografia del torace (risultata negativa con modesto rinforzo della trama parenchimale). La terapia antibiotica, oltre a quella di resuscitazione fluidica, veniva appropriatamente ed immediatamente avviata con ceftazidime e vancomicina a dosaggio adeguato; veniva avviata correzione dell'acidosi ed avviato monitoraggio multi-parametrico.

La rachicentesi veniva eseguita alle ore 13.00, con fuoriuscita di liquor giallo citrino a goccia ravvicinata; l'anemia veniva corretta con supporto trasfusionale dalle ore 19 dello stesso 12 luglio.

Durante il 13 agosto emergevano i segni di iniziale miglioramento; l'EGA del pomeriggio mostrava normalizzazione metabolica, persistendo ipossia; nella giornata del 14 agosto, a 48 ore dal ricovero, il paziente veniva riposto in alimentazione orale, con flussi polmonari bilateralmente migliorati.

Il 15 agosto il peso corporeo era di 2260 grammi, con ulteriore miglioramento della saturazione; alimentazione orale. Veniva annotata la comparsa di arrossamento e tumefazione in regione sottomandibolare destra, per la quale veniva richiesta ecografia sottomandibolare e studio degli anticorpi per i virus potenzialmente causali, che venivano prelevati il giorno successivo; il 16 agosto la tumefazione era comunque discretamente ridotta. Un Rx Torace di controllo risultava negativo per

alterazioni pleuroparenchimali. Alle ore del 10.00 del 17 agosto, alla luce della risposta delle emocolture, positive per GBA, la terapia antibiotica in corso veniva modificata con ampicillina 230 mg endovena quattro volte al di, visto il documentato profilo di sensibilità e la farmacocinetica dell'ampicillina, in linea con le indicazioni di linea guida.

In data 18 agosto, in stazionarietà clinica, veniva richiesta ecografia dell'encefalo, risultata negativa per ascessi, idrocefalo e processi emorragici endocranici, possibili complicanze della meningoencefalite da GBS. Veniva peraltro documentata modesta ipercogenicità della sostanza bianca. In data 19 agosto la terapia con Vancomicina veniva ripristinata dopo un giorno di sospensione, alla luce dell'isolamento da liquor di uno stafilococco MRCONS. Il miglioramento clinico ulteriore è comunque segnalato da vorace alimentazione, con conseguente incremento della posologia della formula.

La terapia antibiotica e medica restava invariata sino al 21 agosto; il 22 agosto il peso corporeo raggiungeva 2530 mg, ed il 29 agosto saliva a 2960 mg. Il 24 agosto veniva effettuata una prima rachicentesi di controllo con crescita di Staphylococcus epidermidis. In data 29 agosto la PCR risultava normalizzata, per cui il 31 agosto veniva praticata nuova rachicentesi di controllo per documentare la risoluzione microbiologica; la conta cellulare risulta negativa.

Il 7 settembre il peso corporeo raggiungeva i 3340 grammi; i parametri ematochimici erano del tutto negativi; il 4 settembre la coltura del liquor di controllo, correttamente effettuata a conforto della evidenza di risoluzione clinica, che nel prematuro può essere fallace, risultava negativa; il paziente veniva pertanto dimesso in data 8 settembre, tre giorni dopo la sospensione della terapia antibiotica. Persisteva alla dimissione modesta anemia del prematuro.

Sinteticamente, appare del tutto giustificato dalla disamina analitica sopra riportata, che l'assistenza prestata al piccolo e prematuro S.D.M. durante entrambi i ricoveri sia stata - da quanto desumibile in atti - adeguata:

Il piccolo è stato dimesso in buone condizioni generali e dopo un'osservazione congrua con quanto riportato nelle linee guida di settore; il peso corporeo alla dimissione aveva iniziato a progredire adeguatamente con un'alimentazione orale valida; nessun segno di infezione, modesta l'anemia del neonato residua, non tale da giustificare il protrarsi di ospedalizzazione; Nel secondo ricovero la diagnosi di meningite da GBS è stata posta nelle prime 6 ore dall'accoglienza, la terapia - parametro tempo dipendente nella riduzione delle complicanze precoci ed a distanza- è stata avviata appropriatamente nell'immediato, e proseguita sino a documentata risoluzione microbiologica dell'infezione del Sistema Nervoso Centrale mediante rachicentesi di controllo; l'alimentazione è stata ripristinata per via orale precocemente, non è stato somministrato latte materno (a rischio di trasmissione di GBS per quanto appresso discusso), l'invasività del supporto vitale è stata contenuta nel "giusto indispensabile", col favore del pronto miglioramento clinico e dell'assenza di complicanze del SNC(idrocefalo, eventi ischemici od emorragici secondari, ascessi cerebrali da compartimentazione dell'infezione). Tutte le linee guida ed i baremes professionali di settore appaiono applicati ad arte e con successo.

Il punto chiave dei rilievi attorei è che il neonato abbia presentato, a distanza dai fatti descritti in atti, esiti neuropsichici evidenti e rilevanti, compatibili con quelli attesi nel 25-50% degli affetti da una meningite neonatale da Streptococcus agalactiae.

Esiste una letteratura molto ampia a supporto dell'assai probabile relazione tra quanto evidente in S. oggi e quanto accaduto nel 2006.

L'esame obiettivo e la valutazione comportamentale di S.D.M., effettuati dagli specialisti in passato - per quanto documentato in atti - e direttamente rilevati in sede di operazioni di consulenza, confermano la dolorosa concretizzazione del danno neurologico diffuso patito dal Sistema Nervoso Centrale dell'allora prematuro, nonostante la tempestività della diagnosi, l'assoluta appropriatezza delle cure prontamente somministrate e la mancanza di complicanze immediate (ascessualizzazione cerebrale, idrocefalo secondario o sovrapposizioni ischemico-emorragiche) che potessero rendere più probabile un esito neuro-cognitivamente sfavorevole.

La letteratura mondiale concorda nel quantificare in circa il 25-50% degli affetti da meningoencefalite

da GBS quelli che, spesso in assenza delle complicanze precoci sopra riportate, manifestano esiti stabilmente compromissori sulle funzioni associative maggiori del Sistema Nervoso Centrale e, tale fenomeno, egualmente riportato dalla letteratura anglosassone ed europea, è verosimilmente connesso, sotto il profilo patogenetico, alla potente noxa infettiva ed immunomediata inferta dall'infezione da *Streptococcus agalactiae* nei soggetti senza adeguata competenza immune.

La noxa affligge il Sistema Nervoso Centrale del prematuro in una fase di grande vulnerabilità, in analogia a quanto osservato nelle gravi infezioni congenite da Citomegalovirus: ciò che accomuna la patogenesi nei casi più gravi di queste due patologie è che il sistema immune del prematuro in alcune fasi di sviluppo è del tutto incapace di arginare il terribile potenziale citopatogeno della noxa, che quindi può comportare danni diffusi anche in assenza di specifici ed evidenti correlati neuroradiologici.

Queste considerazioni vengono di fatto anticipate a questo punto nell'ambito della relazione di consulenza, per rendere conto di quanto appresso argomentato in merito alla probabilità che l'infezione da GBS (verosimile causa dei danni neurologici persistenti) sia stata - o meno - infezione nosocomiale, più probabilmente che non infezione contratta sul territorio, ovvero trasmessa dalla madre partoriente, o dalla madre o altri familiari dopo il rientro a casa, avvenuto circa 5 giorni prima del secondo ricovero per meningoencefalite.

La meningite streptococcica è la forma di nevrassite più frequente nel periodo neonatale insieme a quella da *E. coli* a livello cosmopolita. Quando trasmessa dalla madre portatrice attraverso il canale del parto, essa si manifesta in genere durante i primi 5 o 6 giorni di vita. Questa forma viene definita Meningoencefalite da GBS ad esordio precoce.

Quando le manifestazioni cliniche di batteriemia, sepsi e meningite si manifestano invece tra la settima e la 90<sup>a</sup> giornata dalla nascita, si parla di meningoencefalite da GBS ad esordio tardivo.

I fattori che possono condizionare la durata del periodo di incubazione e la gravità del quadro di meningoencefalite ad oggi non sono del tutto compresi. Tra questi gioca però senz'altro un ruolo molto importante la prematurità del neonato. La prematurità condiziona soprattutto la risposta immunologica del neonato all'infezione invasiva del GBS, per cui una frazione dei piccoli prematuri che si infettano durante l'attraversamento del canale del parto sviluppa la malattia non essendo capaci di produrre anticorpi e difese cellulari contro gli antigeni della parete e della capsula esterna dello *Streptococco*.

Nel caso in oggetto, la probabilità che l'infezione del piccolo S. sia avvenuta con la modalità più frequente di contagio, ovvero attraverso il contatto e la trasmissione pre-partum con una colonizzazione materna da GBS non può essere esclusa con certezza alla luce dei dati disponibili, ma presenta una probabilità di circa il 10-15% in termini statistici.

La madre è stata sottoposta due volte a tampone vaginale e una volta a coprocultura, durante il primo ricovero del 5 luglio e nel secondo 18 luglio, risultando in entrambi i casi negativa per GBS all'esame colturale. In base ai dati di letteratura, questa circostanza non esclude che ella fosse portatrice di GBS vaginale o faringeo, ma riduce di molto questa probabilità, in base ai dati della letteratura citata appresso.

Poiché però il piccolo S. è stato il primo dei tre feti estratti nel TC, ed al momento del parto le membrane della sua camera gestazione erano rotte, come documentato in atti, sussiste un 10-15% di possibilità che si sia verificata una trasmissione pre-partum nonostante la modalità di parto (taglio cesareo emergente) ed i due test microbiologici negativi, qualora questi siano stati falsamente negativi, possibilità riportata in letteratura.

In subordine, il piccolo potrebbe essersi infettato, in base alle conoscenze consolidate in letteratura ed appresso citate, tramite il contatto con il latte materno. Questo può essere infettante per via di una colonizzazione del seno (il seno è stata peraltro la prima sede - storicamente - di identificazione del GBS nell'essere umano), che si traduce nella produzione di latte materno contaminato da GBS e come tale infettante per il piccolo lattante. Questa evenienza è stata riportata in letteratura come causa anche di trasmissione orizzontale secondaria del batterio in fase postnatale.

Tale evenienza però, nel caso del piccolo S., può essere conclusivamente esclusa, poiché non risulta in atti che egli sia stato alimentato durante il primo ricovero con latte materno, come peraltro è logico attendersi dopo un parto trigemino, che abbia dato la luce a tre prematuri, tutti assistiti in terapia intensiva.

Il piccolo S. potrebbe essersi infettato pertanto durante la prima degenza in terapia intensiva, da una fonte diversa dalla madre e dal latte materno. Questa evenienza è stata riportata in letteratura medica già dagli anni settanta del passato secolo.

Sebbene molto rara, la trasmissione nosocomiale del GBS è stata ben caratterizzata, e con l'avvento del sequenziamento dell'intero genoma batterico nei casi dubbi per trasmissione orizzontale, tale evenienza è stata oggetto di una conoscenza e di un inquadramento nosografico stringente negli anni recenti. In particolare, un lavoro su *Clinical Infectious Diseases* del 2018, tra i vari citati, riveste un valore conoscitivo molto importante. Questo lavoro è stato condotto nell'area di Westminster a Londra, a seguito della individuazione di alcuni raggruppamenti (cluster) di casi di meningite da GBS in un grande ospedale metropolitano.

L'identità genetica dei batteri isolati da casi in sospetta posizione di raggruppamento è stata valutata mediante l'analisi molecolare (fingerprinting) del DNA batterico. Questo studio ha permesso di concludere che il fenomeno della trasmissione nosocomiale, comunque raro, possa essere causato da germi geneticamente identici anche in casi temporalmente separati da giorni o settimane e quindi verosimilmente causati da una trasmissione nosocomiale. Vari altri lavori, molti dei quali citati appresso, hanno riportato negli ultimi trenta anni la possibilità e le possibili modalità di tale forma di trasmissione nosocomiale del GBS.

Nello specifico del caso del piccolo S., questa modalità non presenta alcun supporto in termini probabilistici. L'occorrenza di un caso di meningoencefalite da GBS è infatti rara in Italia (0,25 casi per 1000 nati vivi), ed ancora più rara nella Regione Campania (0,12 per 1000 nati vivi), come attestato in un report a cura dell'Istituto Superiore di Sanità edito nel 2011 e citato appresso.

In atti non vi è alcuna documentazione che permetta di desumere che vi siano stati altri casi di GBS nel reparto durante la degenza del piccolo S., evenienza peraltro molto poco probabile, e che vi siano state deviazioni dalle semplici norme universali che valgono a prevenire la possibile trasmissione nosocomiale del GBS, ovvero l'accurato lavaggio delle mani degli operatori sanitari ed il corretto utilizzo di strumenti per la gestione del prelievo e la somministrazione del latte materno, non somministrato a S..

Pur non essendo malattia sottoposta a notifica obbligatoria, i casi di GBS che si raggruppino in un reparto vengono normalmente segnalati alle Direzioni Sanitarie di Presidio per i possibili opportuni provvedimenti di contenimento; non vi è traccia di report di questo tipo desumibili dal web nell'ambito delle ordinarie attività di reporting della Regione Campania in ambito microbiologico per l'anno in oggetto.

Pertanto, la probabilità che il caso di Meningoencefalite da *Streptococcus agalactiae* del piccolo S. sia stato trasmesso in ambito nosocomiale, in assenza di alcuna documentazione a supporto dell'esistenza di improbabili raggruppamenti di casi nel reparto di TIN ove il piccolo fu degente per 20 giorni circa resta, a priori, molto bassa, in forza della bassa prevalenza della meningoencefalite da GBS in Italia ed in Campania. Resta da valutare su base probabilistica la possibilità che il piccolo S. abbia contratto il GBS dopo la dimissione, con un inoculo sufficiente a indurre patologia clinicamente manifesta dopo 4 giorni, evenienza possibile, visto che il piccolo era ancora prematuro alla dimissione e di conseguenza ancora a rischio di una infezione clinicamente rilevante da GBS.

Tale rischio si estingue infatti in modo pressoché netto dopo la iniziale maturazione immunitaria che i neonati raggiungono a circa 90 giorni dalla nascita.

In letteratura medica sono disponibili studi molto chiarificanti sulla entità probabilistica di tale evenienza. Il GBS, infatti, non è commensale della sola flora vaginale della donna, ma è una parte importante del microbiota umano, con significative probabilità di carriage anche nei maschi adulti e nei bambini a livello del cavo orale. La percentuale di tale carriage è stata variamente stimata sin

dagli anni '70, ed è approssimabile al 5-15% della popolazione generale, a seconda delle varie casistiche.

Difatti, il GBS nei soggetti immunocompetenti può esser parte ordinaria del microbiota orale e respiratorio, senza associarsi ad alcuna patologia invasiva, visto l'efficace controllo immune dell'ospite già a livello delle mucose.

Questa è questa la ragione per la quale il GBS può trasmettersi da un individuo all'altro ampliando il proprio reservoir senza compromettere in alcun modo salute e sopravvivenza dell'ospite.

Si tratta di un dato ben circostanziato in letteratura, che rende la probabilità a priori di una trasmissione sul territorio, ovvero dopo il rientro del piccolo a domicilio, quella più significativa in assoluto in termini numerici, verosimilmente superiore al 50%.

In un ambiente non protetto, diverso dal reparto di degenza, in potenziale contatto con le mani e le secrezioni respiratorie di multipli potenziali portatori di GBS nel cavo orale, la possibilità che una trasmissione di GBS al piccolo si tramutata, purtroppo, in evento avverso, assume una consistenza rilevante, molto più rilevante in termini probabilistici e statistici rispetto alle altre modalità precedentemente disaminate, ovvero trasmissione transplacentare, trasmissione da latte materno e trasmissione nosocomiale legata all'assistenza sanitaria.

Ancora nell'integrazione della consulenza depositata dai CC.TT.UU. in data 10 aprile 2021 viene ribadito dai CC.TT.UU. che: "nella fase del ricovero non vi fu o non fu documentabile la denuncia o la certificazione di altri casi di meningoencefalite da GBS occorrenti nella medesima struttura.

L'epidemiologia della meningoencefalite da GBS è caratterizzata da un chiaro gradiente NORD-SUD, essendo decisamente più frequente nei paesi Nordeuropei che non nel Sud Europa, e una revisione della casistica della meningoencefalite da GBS effettuata nella Regione Campania e già citata nella CTU rileva nell'area di Napoli una incidenza più bassa che in altre aree Italiane parallelamente valutate.

Pur in assenza di prove documentali che garantiscano le normali procedure di assistenza poste in essere in Terapia Intensiva Neonatale, sede dei fatti, nel loro profilo di sicurezza per trasmissione orizzontale dello Streptococco beta emolitico di Gruppo B, la probabilità che il GBS sia stato trasmesso orizzontalmente in TIN nel contesto epidemiologico sopra richiamato è da ritenersi bassa, e comunque inferiore (in una logica del più probabile che non) a quella di una trasmissione orizzontale sul territorio dopo la dimissione, eventualità questa che parte attrice ha continuato, nelle sue richieste di chiarimento, a non considerare come sussistente, ma che invece, alla luce della letteratura scientifica di settore già citata nella CTU, è decisamente più avvalorabile di quella di una trasmissione orizzontale nosocomiale.

Infatti, quando il piccolo S.D.M. fu dimesso dalla TIN, in quanto dimissibile al pari dei suoi gemelli, era ancora portatore di una condizione di immuno deficit da prematurità, che rende i prematuri particolarmente vulnerabili al GBS, come ampiamente argomentato nella CTU depositata. Un inoculo di GBS da trasmissione orizzontale post dimissione può aver generato, purtroppo, una rapida incubazione della forma grave di malattia, nei medesimi tempi richiamati da parte Attrice (3-10 giorni), con conseguente sviluppo di sepsi e meningoencefalite, anche nel breve volgere dei 4 giorni trascorsi, vista l'insorgenza dei sintomi nella serata dell'11 di agosto ed il successivo ricovero per stato settico del giorno successivo.

In termini di più probabile che non, le due ipotesi devono essere pesate di necessità nei termini richiamati tanto in CTU che in risposta ai rilievi alla bozza della CTU."

Pertanto, in base a quanto sopra argomentato, si confermano integralmente le conclusioni e le argomentazioni compiute dai CC.TT.UU. nella relazione depositata e nei successivi chiarimenti resi, in quanto adeguatamente motivate da ragionamenti logico scientifici.

Alla stregua delle considerazioni finora sviluppate può, dunque, senz'altro essere fornita risposta negativa all' interrogativo in precedenza posto nel capoverso contrassegnato dalle lettere "a)" (se vi è nesso causale tra le eventuali azioni od omissioni della convenuta e l'evento lesivo) e positiva al quesito contenuto nel capoverso contrassegnato dalla lettera "b)" (se la condotta degli ausiliari della

convenuta sia stata conforme alle "*leges artis*" ed alla diligenza dell'"*homo eiusdem generis et condicionis*".

Sussiste, dunque, l'elevata "probabilità logica" che il comportamento della struttura sanitaria e dei suoi ausiliari non ha cagionato l'evento lesivo verificatosi a carico del neonato e da ciò discende il rigetto della domanda con tutte le conseguenze di legge.

Sussistono giusti motivi per la particolarità della fattispecie in esame per la compensazione delle spese tra le parti del giudizio, stante la inesegibilità della individuazione "ex ante" di specifici elementi tecnico scientifici, di norma acquisibili solo all'esito dell'istruttoria e dell'espletamento di una C.T.U., per accertare l'esistenza di profili di responsabilità anche diversi da quelli ipotizzati.

Le spese liquidate in favore dei Consulenti Tecnici d'Ufficio Dott.ssa Annamaria Fiorillo nell'importo di Euro. 2.040,40 e Dott. Giustino Parruti nell'importo Euro 2.384,51, oltre I.V.A. e C.P.A. se dovuti e se documentati con fattura, come liquidate con separato decreto in corso di causa in favore di ciascuno dei Consulenti, si pongono in via definitiva a carico della parte attrice.

#### **P.Q.M.**

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da D.M.G. e F.L. in proprio ed in qualità di genitori e legali rappresentanti del minore D.M.S. ed altresì dei minori D.M.G., D.M.A., D.M.A. e D.M.C. contro A.O.R.N." in persona del Direttore Generale legale rapp.te p.t così provvede:

- Rigetta la domanda in quanto infondata e non provata.
- Compensa tra le parti le spese di giudizio.
- Pone definitivamente a carico di parte attrice le spese liquidate in favore dei Consulenti Tecnici d'Ufficio Dott.ssa Annamaria Fiorillo nell'importo di Euro. 2.040,40 e Dott. Giustino Parruti nell'importo Euro 2.384,51, oltre I.V.A. e C.P.A. se dovuti e se documentati con fattura, come liquidate con separato decreto in corso di causa in favore di ciascuno dei Consulenti.
- Dichiara la presente sentenza provvisoriamente esecutiva.

Così deciso in Napoli, il 24 luglio 2023.

Depositata in Cancelleria il 27 luglio 2023.