**N. R. G. 258 / 2023**

**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**CORTE DI APPELLO DI PERUGIA**

SEZIONE CIVILE

Nelle persone dei seguenti magistrati:

Dott. Simone Salcerini — Presidente

Dott. Paola de Lisio — Consigliere estensore

Dott. Ombretta Paini — Consigliere

Ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

Nella causa civile iscritta al **n. r. g. 258 / 2023** promossa da:

*Parte_1* (P.IVA *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante *p.t.*, con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata presso lo studio del procuratore, in *Pt_1* , [redacted]

**APPELLANTE**

Contro

*Controparte_1* (C.F. *C.F._1* . con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato presso lo studio del procuratore, in *Pt_1* , [redacted]

**APPELLATO**

Avente ad **OGGETTO:** "Responsabilità professionale"

**CONCLUSIONI DELLE PARTI:** come in atti

**Ragioni di fatto e di diritto della decisione**

1.Con atto di citazione in appello ritualmente notificato l' *[...]* *Parte_2* ha proposto appello avverso la sentenza n. 827/2022, emessa dal Tribunale di Terni, in composizione monocratica, in data 05.11.2022, pubblicata il 08.11.2022, nella causa iscritta al n. r. g. 1296/2018, con la quale era accertata la responsabilità dei sanitari preposti presso l *Controparte_2* in ragione dell'omessa tempestiva rimozione della protesi preesistente, oramai infetta, nonostante conclamato stato di sepsi, e della conseguente, necessaria, amputazione dell'arto inferiore destro eseguita presso [redacted] romano in data 31.10.2011. Il Tribunale di Terni, con la sentenza



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

impugnata, ha così statuito: "*1) condanna la* Controparte_3 *[…] in persona del legale rappresentante p.t, al pagamento in favore dell'attore a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale della somma di euro € 438.378,00 e a titolo di danno patrimoniale della somma di euro 13.961,00, oltre interessi e rivalutazione come in motivazione; 2) condanna parte convenuta a rifondere al difensore di parte attrice, dichiaratosi antistatario, le spese di patrocinio legale, liquidate in euro 18.000,00 a titolo di compenso professionale ed euro 5.211,80 per esborsi (compresi quelli sostenuti per la CTP congrui nella misura di euro 1.450,00 e la mediazione, pari ad euro 2.000,00 a titolo di compenso professionale ed euro 48,80 a titolo di esborsi), oltre spese generali, I.v.a., C.A.P. come per legge; 3) pone le spese di c.t.u., come separatamente liquidate, definitivamente a carico della parte convenuta, condannandola al rimborso in favore della attrice delle somme anticipate".*

2. Parte appellante ha proposto appello mediante atto al quale si fa integrale rinvio, dolendosi dell'erronea adesione alle risultanze della Consulenza tecnica medico-legale, dell'omessa valutazione delle osservazioni dei Consulenti tecnici di parte e del conseguente erroneo accertamento del nesso di causalità materiale fra l'omessa rimozione di bypass protesico infetto a cura dei sanitari dell' Pt_2 nell'ottobre del 2010 e l'amputazione dell'arto inferiore destro sofferta dal paziente nell'ottobre 2011, da considerarsi complicanza prevedibile ma non prevedibile, in ragione delle elevate percentuali di amputazione dell'arto ordinariamente associate ad ischemia acuta dell'arto inferiore con fasciotomia, nonché dell'erronea quantificazione del danno iatrogeno differenziale in ragione dell'omessa valutazione dei postumi invalidanti derivanti dalla pregressa condizione del paziente, altresì proponendo istanza di rinnovo della C.T.U. medico-legale.

3. In data 24.10.2023 si è costituito l'appellato, mediante comparsa di costituzione e risposta in appello alla quale si fa integrale rinvio, contestando integralmente le doglianze dell'appellante nonché opponendosi all'istanza di rinnovo della C.T.U. medico-legale.

4. Con ordinanza del 27.12.2023 la Corte ha rigettato l'istanza di rinnovo della C.T.U. medico-legale.

Con ordinanza del 14.10.2024 il Giudice istruttore ha fissato davanti a sé l'udienza del 12.03.2025 destinata alla rimessione della causa in decisione assegnando alle parti i termini *ex* art. 352 c.p.c.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

5. L'appello è infondato e deve essere rigettato per le ragioni che seguono.

Il primo ed il secondo motivo d'impugnazione – a mente dei quali l'appellante si duole dell'erronea adesione alle risultanze della Consulenza tecnica medico-legale svolta nel giudizio di primo grado, del conseguente erroneo accertamento del nesso di causalità materiale fra l'omessa rimozione di bypass protesico a cura dei sanitari preposti presso l *Pt_2* nell'ottobre del 2010 e l'amputazione dell'arto inferiore destro eseguita dai sanitari preposti presso [redacted] di Roma nell'ottobre 2011, da ritenersi complicanza prevedibile ma non prevenibile, stanti le elevate percentuali di amputazione dell'arto in pazienti con ischemia acuta dell'arto inferiore associata a fasciotomia, e dell'omessa valutazione delle osservazioni dei Consulenti tecnici di parte, integralmente reiterate nell'atto di citazione in appello - devono essere trattati congiuntamente in ragione della continuità logica delle doglianze espresse, sono infondati e devono essere rigettati.

Fermo il principio *iudex peritus peritorum* vigente nel nostro ordinamento (*ex multis*, Cassazione civile, sez. II, 20/03/2017, n. 7086), il Giudice di prime cure ha correttamente aderito alle risultanze della C.T.U. medico-legale espletata dal Collegio peritale nominato nel giudizio di primo grado, - composto dal Prof. *Persona_1* medico specialista in Cardiochirurgia, e dal dott. *Persona_2* medico specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni - sottoponendole ad autonomo giudizio e condividendone la valutazione conclusiva, in ragione della puntualità della dissertazione, della logicità, concludenza ed aderenza al complessivo tenore delle risultanze istruttorie delle conclusioni rassegnate, della minuziosa analisi della documentazione clinica in atti nonché della puntuale disamina e confutazione delle osservazioni svolte dai Consulenti tecnici di parte convenuta, Prof. *Persona_3* e dott. *Persona_4* - come pedissequamente reiterate nell'atto di appello -, ed accertato il nesso di causalità materiale fra il trattamento conservativo di protesi by-pass periferica nonostante conclamato stato di sepsi del paziente imputabile ai sanitari preposti presso la convenuta *Pt_2*, l'omessa rimozione della protesi infetta e la conseguente amputazione dell'arto inferiore destro sofferta dal paziente nell'ottobre del 2011, con motivazione pienamente condivisa da questa Corte, da intendersi ivi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

integralmente richiamata. Ne consegue il rigetto dell'istanza di rinnovo della C.T.U.

I Consulenti incaricati hanno, infatti, correttamente richiamato la storia clinica del paziente, evidenziando che *"Il paziente si ricovera in data 12.3 per ischemia acuta arto inferiore destro; l'angiografia evidenzia occlusione dell'arteria femorale superficiale e dei pregressi by-pass protesici femoro-poplitei con riabitazione distale della poplitea e, per la gamba, della sola tibiale posteriore. Viene quindi tempestivamente sottoposto a bypass femoro-popliteo prossimale in PTFE 8 mm Propaten ottenendo, al termine dell'intervento, buona pulsatilità dei vasi al di sotto del by-pass. In considerazione del significativo edema e cianosi di gamba destra, sono state eseguite fasciotomie decompressive del comparto antero-laterale mediale e posteriore. Il trattamento può dirsi sin qui adeguato".* Con tutta evidenza, dunque, i Consulenti hanno correttamente accertato che in data 12.03.2010 il paziente è stato ricoverato presso il [redacted] ternano per ischemia acuta dell'arto inferiore destro e, non già, per infezione del by-pass periferico. I Consulenti hanno, tuttavia, osservato che, mentre *"al momento dell'ingresso in ospedale e del precoce intervento, non si rilevano segni obiettivi né dati laboratoristici allusivi a flogosi di natura infettiva. Questi ultimi, quanto meno in termini di leucocitosi neutrofila, emergono a distanza di 10 giorni dall'atto operatorio e si rendono conclamati con la positività, su campione del 29.3, di Staphylococcus Hominis (+++) ed Escherichia Coli (+), ma provenienti dalle fasciotomie; è solo il 4/4/2010 che verrà evidenziato Pseudomonas Æruginosa (+++) su «materiale: pus da lesione chiusa», ovvero dalla piega inguinale sede di impianto protesico, finché il 29/4 il paziente viene trattato con "rimozione asportativa di ferita, infezione…", consistente in escarectomia però a livello della pianta del piede destro, con rimozione materiale necrotico"* e che *"Dal successivo ricovero dell'8.6 la sepsi periprotesica è palese: la diagnosi di ammissione recita "sepsi protesica femorale destra"; dal diario clinico del giorno d'ingresso, un doppler esplicita "raccolta settica periprotesica". Si estrae: "dalla giornata di ieri comparsa di febbre elevata e tumefazione inguinale dx"; durante tale ricovero si optava per terapia medica conservativa (antibiotico-terapia e medicazioni con Actisorb-plus) sino alla dimissione (16 luglio), peraltro preceduta – il 14/7 – dall'amputazione dell'ultima falange del III dito del piede".* I Consulenti hanno, inoltre evidenziato

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

che in occasione del nuovo ricovero presso la medesima Pt_2 dell'ottobre 2010, le cartelle cliniche evidenziano *"sepsi palese e persistente, ed anche qui i Sanitari, dopo incisione e drenaggio (7/10) di raccolta ascessuale al III superiore di coscia, procedono esclusivamente con lavaggi ripetuti ed antibiotico-terapia. In cartella si dà atto di "amputazione V dito ed amputazione parziale del II, III e IV dito piede dx" di cui non viene precisata l'epoca, sebbene tali amputazioni non emergano dalle cartelle dei precedenti ricoveri né vi siano stati ricoveri intercorrenti, dal marzo all'ottobre 2010, in strutture ospedaliere diverse".* Pertanto, i Consulenti hanno condivisibilmente ritenuto che, se l'iniziale trattamento di ischemia acuta dell'arto inferiore destro approntato dai sanitari dell Pt_2 in data 12.03.2010 deve ritenersi corretto, già dall'aprile 2010 emergeva stato di sepsi nella zona di impianto protesico, di talché l'omessa tempestiva rimozione della protesi by-pass periferica a fronte della persistenza della sepsi in occasione del ricovero dell'ottobre 2010 costituisce senz'altro condotta negligente cui risulta causalmente ascrivibile l'amputazione dell'arto destro subita dal paziente nell'ottobre 2011. Ciò in quanto "*Per le infezioni su materiale protesico è raccomandata la sostituzione della protesi così da eradicare l'infezione, provvedendo contemporaneamente al mantenimento di una adeguata vascolarizzazione arteriosa a valle attraverso sistemi vascolari come: protesi alloplastiche ad attività antimicrobica intrinseca (protesi silver-coated o con impregnazione antibiotica), graft venosi o arteriosi di materiale autologo o eterologo. […] Fondamentalmente la chiave di lettura del principio terapeutico comune a tutte le sedi di infezione, è rappresentata dalla necessità di sostituire la protesi alloplastica con una protesi biologica possibilmente autologa, oppure dall'espianto della protesi con successiva rivascolarizzazione extraanatomica. In qualche caso, può essere sufficiente, essendo la vascolarizzazione garantita da circoli collaterali, la sola rimozione della protesi infetta: ma questa non deve mancare".* I Consulenti, dunque, dopo aver evidenziato che la rimozione della protesi infetta costituisce trattamento indispensabile in caso di infezione su materiale protesico, hanno correttamente concluso che in occasione "*del ricovero di ottobre 2010, doveva essere rimossa la protesi associando un by-pass extra-anatomico*" e che "*è pertanto ravvisabile, da parte dei Sanitari dell* Parte_1 *un comportamento non rispettoso*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

*delle leges artis, che si inserisce in uno stato anteriore del paziente rappresentato da grave arteriopatia obliterante dell'arto inferiore dx già protesizzata e nuovamente affetta da ischemia critica, e conduce in seriazione causale all'amputazione dell'arto"*, opportunamente precisando che *"Se è vero che le statistiche sanitarie annettono all'ischemia critica di un arto inferiore una non indifferente percentuale di esitare in amputazione ancorché adeguatamente e tempestivamente trattata, come sottolineato dai consulenti dell'ospedale di* Pt_1 *, altrettanto vero è che, in caso di trattamento adeguato e tempestivo, l'evenienza "più probabile che non" è il salvataggio dell'arto".*

5.1 Tanto premesso, parte appellante eccepisce, in primo luogo, che la correttezza del trattamento conservativo della protesi by-pass periferica infetta approntato dai sanitari dell Pt_2 in occasione del ricovero dell'ottobre 2010 - nonostante già da aprile 2010 gli esami avessero rivelato la presenza di Pseudomonas Æruginosa (+++) sulla sede dell'impianto protesico e la persistenza della sepsi fosse evidente già dal ricovero di giugno 2006 – sia comprovata dall'analogo approccio conservativo tenuto dai sanitari preposti presso [redacted] di Roma a partire dal marzo 2011 e sino all'amputazione dell'arto inferiore destro, eseguita in data 31.10.2022, reiterando le osservazioni alla C.T.U. svolte dai Consulenti tecnici di parte. L'equivoco logico è verosimilmente originato dall'inciso dei Consulenti tecnici nominati, i quali osservano che durante l'*iter* clinico successivo all'ottobre 2010 *"che si snoda attraverso vari ricoveri in diversi ospedali, l'infezione resiste ai successivi trattamenti conservativi senza essere eradicata e conduce, nel 2011, ad un ricovero presso l'ospedale* [redacted] *dove – di necessità – avviene l'amputazione a livello del III medio di coscia: sulla protesi asportata persiste pseudomonas Aeruginosa".* Con riguardo a tale inciso occorre evidenziare l'equivoco logico derivante dall'uso del termine *"trattamenti conservativi"*. Ebbene, in tal caso i Consulenti nominati hanno senz'altro inteso riferirsi ai trattamenti approntati dai sanitari preposti presso [redacted] di Roma volti alla conservazione dell'arto inferiore destro, sino alla necessitata amputazione del medesimo in data 31.10.2011, e, non già, a trattamenti conservativi della protesi by-pass periferica infetta – che doveva essere, al contrario, senz'altro rimossa dai sanitari dell Pt_2 a partire dall'ottobre 2010 e che è stata immediatamente rimossa dai sanitari [redacted] di



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

Roma, come comprovato, con efficacia di piena prova fino a querela di falso, dalla cartella clinica n. [redacted] della Chirurgia Vascolare [redacted] di Roma, relativa al ricovero del Sig. CP_1 dal 04.03.2011 al 26.03.2011 per *"fistola inguinale destra"*, dalla quale si evince chiaramente che, in data 11.03.2011, il paziente è stato sottoposto ad intervento di *"Incisione cutanea inguinale destra. Presenza di protesi Gore infetta (presenza di pus) sottocutanea pulsante. Clampaggio e sezione di protesi. […] Asportazione di protesi e sutura dei vasi con filo di Prolene 3-0 e 4-0. Protesi asportata completamente viene inviata in laboratorio per l'esame colturale. Asportazione di altre due protesi femoro-poplitee pregresse e ben inglobate quanto possibile oltre i confini della ferita inguinale. Debridment dei tessuti ed asportazione di fistola cutanea con cruentazione dei margini"*. Le risultanze documentali confutano, dunque, chiaramente, l'asserzione per cui il trattamento medico apprestato dai sanitari preposti presso i differenti nosocomi sarebbe sostanzialmente sovrapponibile. Sin dal primo ricovero presso il [redacted] romano i sanitari preposti hanno, infatti, immediatamente provveduto alla completa asportazione della protesi infetta – che avrebbe dovuto essere tempestivamente eseguita dai sanitari dell Pt_2 già nell'ottobre del 2010 –, tentando un trattamento conservativo dell'arto inferiore destro e, non già, della protesi, immediatamente rimossa. Dalla palese divergenza del trattamento apprestato dai sanitari preposti presso il [redacted] romano e ternano, pur a fronte di medesimo quadro flogistico, consegue la radicale infondatezza delle doglianze dell'appellante.

5.2 In secondo luogo, l'appellante asserisce che la rassegna di letteratura scientifica pubblicata dal [redacted] di Baltimora nel 2016, ma pienamente utilizzabile in quanto contenente una revisione completa della letteratura scientifica pubblicata dall'anno 1986 al 2014, consiglia la rimozione della protesi infetta solo in caso di infezione tardiva e, non già, in caso di infezione precoce, quale quella sofferta dal paziente, da trattarsi mediante preservazione dell'innesto vascolare (od al massimo mediante rimozione parziale del graft) integrata da farmacoterapia antibiotica ad ampio spettro, evidenziando che i Consulenti nominati, chiamati a rendere chiarimenti, non hanno chiarito se l'infezione sofferta dal Sig. CP_1 fosse da definirsi precoce o tardiva ed in quali casi selezionati sarebbe consigliata la terapia conservativa. L'appellante reitera sostanzialmente le osservazioni alla bozza di C.T.U. svolte dai



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

Consulenti tecnici di parte, già esaustivamente confutate dai Consulenti tecnici nominati, i quali, dopo aver risposto che l'attenta analisi della rassegna *"indica invece che nelle infezioni dei graft periferici che insorgono a distanza dal confezionamento del by-pass – questo è il caso che ci occupa del* CP_1 *– non è possibile mantenere la protesi, che va invece rimossa ed eventualmente confezionato un by pass o extra-anatomico o con la vena safena"*, specificatamente chiamati a rendere *"chiarimenti scritti nei quali riportino i passaggi della review, tradotti in lingua italiana, dai quali sia possibile evincere la lettura data dai CTU medesimi alla questione della rimozione del graft"* con ordinanza del Giudice istruttore del 01.11.2021, hanno ulteriormente confutato la tesi dei Consulenti tecnici di parte, chiarendo che anche la rassegna scientifica invocata dalla convenuta a fondamento delle proprie osservazioni consigliava la tempestiva rimozione della protesi infetta. I Consulenti hanno, infatti, evidenziato che nella medesima sezione riguardante il caso in questione della *review*, si afferma specificatamente che *"Nelle infezioni da innesto periferico che si verificano tardivamente dopo il bypass iniziale, il salvataggio dell'innesto non è in genere possibile. In questi scenari, è importante la valutazione ecografica preoperatoria dei potenziali condotti venosi. Viene eseguita la rimozione dell'innesto con il debridement del tessuto infetto e la rivascolarizzazione con vena autogena. La rivascolarizzazione può essere eseguita prima attraverso piani di tessuto non infetti utilizzando siti anastomotici freschi prima dell'escissione dell'innesto. Poiché ciò non è sempre possibile, è ragionevole cucire la nuova vena autogena nelle aree in cui è stato rimosso l'innesto infetto se i siti anastomotici prossimali e distali sono di qualità tissutale appropriata"* ed hanno ribadito che *"nella sezione riguardante il caso in questione, vale a dire paziente con by-pass periferico infetto, è specificato che la terapia "gold" è la rimozione del graft infetto associata alla terapia antibiotica"*, soggiungendo che *"Nel caso in esame, si consideri poi che il paziente presenta a circa un mese di distanza dall'intervento una raccolta ascessuale inguinale con positività per pseudomonas, germe particolarmente aggressivo contro il quale, laddove presente, nel citato articolo viene consigliata la rimozione radicale del graft. La conservazione del graft viene descritta in alcuni casi selezionati che in realtà non sono bene chiariti. Il gold standard rimane la rimozione del graft"*. Peraltro, acclarato il nesso di causalità



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

materiale fra l'omessa rimozione della protesi infetta e l'amputazione dell'arto sofferta dal paziente – in ragione della tempestiva rimozione della protesi prescritta dalla letteratura scientifica dell'epoca ed omessa dai sanitari dell' Pt_2 –, incombeva sulla convenuta Pt_2 la prova (non assolta) della sussistenza di casi selezionati nei quali è indicata la conservazione della protesi, della specifica natura di tali ipotesi, della ricomprensione del caso del Sig. CP_1 entro tali specifiche ipotesi.

5.3 I Consulenti hanno, infine, correttamente allegato traduzione integrale dell'articolo in questione, dalla quale emerge con chiarezza l'infondatezza delle doglianze dell'appellante, a mente della quale il caso del Sig. CP_1 configurava un'ipotesi di infezione precoce, idonea a giustificare la conservazione della protesi infetta. Nella specifica sezione *"Operazioni chirurgiche per la gestione degli innesti di bypass periferici infetti"* la rassegna in questione chiarisce che *"Contrariamente agli innesti aortici infetti, gli innesti di bypass periferici infetti rappresentano un rischio maggiore di perdita dell'arto rispetto alla perdita della vita, sebbene possano verificarsi complicanze emorragiche e sepsi con esiti devastanti. Le tecniche di conservazione dell'innesto sono utilizzate più frequentemente con innesti di bypass periferici infetti che con innesti aortici. La rimozione dell'innesto è generalmente indicata, tuttavia, quando l'innesto è occluso, quando si verifica un'interruzione anastomotica o quando si sviluppano segni o sintomi di sepsi. Può essere eseguita anche l'escissione parziale dell'innesto limitata alle parti infette dell'innesto. Un concetto importante è la tempistica dell'infezione dell'innesto. Le infezioni che si verificano subito dopo il bypass si verificano in genere nel contesto di un'infezione della ferita postoperatoria. In questi casi, la conservazione dell'innesto con sbrigliamento aggressivo della ferita e copertura del lembo muscolare è un'opzione appropriata se il paziente non è clinicamente settico e non c'è emorragia. La tecnica di conservazione dell'innesto può essere eseguita in modo graduale, con l'operazione iniziale costituita dal debridement della ferita e una seconda operazione 2 giorni dopo consistente in un ulteriore debridement se necessario e copertura con un lembo muscolare ben vascolarizzato. La somministrazione parenterale seguita da antibiotici orali viene di solito continuata fino a 6 mesi, con la scelta dell'antibiotico guidata da colture ottenute durante l'intervento. Nelle infezioni da innesto periferico che si verificano tardivamente dopo il*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

*bypass iniziale, il salvataggio dell'innesto non è in genere possibile. In questi scenari, è importante la valutazione ecografica preoperatoria dei potenziali condotti venosi. Viene eseguita la rimozione dell'innesto con il debridement del tessuto infetto e la rivascolarizzazione con vena autogena. La rivascolarizzazione può essere eseguita prima attraverso piani di tessuto non infetti utilizzando siti anastomotici freschi prima dell'escissione dell'innesto. Poiché ciò non è sempre possibile, è ragionevole cucire la nuova vena autogena nelle aree in cui è stato rimosso l'innesto infetto se i siti anastomotici prossimali e distali sono di qualità tissutale appropriata"*. Con tutta evidenza, dunque, per infezioni precoci – in relazione alle quali, solamente, è ammissibile un trattamento totalmente ovvero parzialmente conservativo della protesi - devono intendersi *"le infezioni che si verificano subito dopo il bypass, in genere nel contesto di un'infezione della ferita postoperatoria"*, e, *a contrario*, per infezioni tardive devono intendersi quelle infezioni che insorgono *"tardivamente dopo il bypass iniziale"* – in relazione alle quali *"il salvataggio dell'innesto non è in genere possibile"* e deve eseguirsi *"la rimozione dell'innesto con il debridement del tessuto infetto e la rivascolarizzazione con vena autogena"*. Peraltro, la medesima bibliografia scientifica comprova la rilevante aggressività ed il carattere particolarmente virulento del batterio Pseudomonas. Pertanto, avendo riguardo alla medesima bibliografia scientifica invocata dall' Pt_2 convenuta, il caso del Sig. CP_1 la cui infezione non è insorta nell'immediatezza dell'intervento di impianto della protesi ma tardivamente, imponeva la tempestiva integrale rimozione della protesi infetta e non giustificava la mera somministrazione di antibioticoterapia ed il lavaggio della zona infetta, come eseguito dai sanitari preposti presso l Pt_2 , con ciò determinando un aggravamento della flogosi e, da ultimo, l'amputazione dell'arto inferiore destro.

5.4 Né risulta in alcun modo provato che le condizioni del paziente non consentissero di eseguire la rimozione della protesi, come meramente asserito dal Consulente tecnico di parte convenuta. Al contrario, la tempestiva rimozione della protesi by-pass a cura dei sanitari [redacted] di Roma, peraltro in un momento in cui le condizioni del paziente si erano ulteriormente aggravate in ragione della persistenza dello stato settico, comprova la piena fattibilità del trattamento.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

5.5 L'appellante asserisce, infine, che l'amputazione dell'arto era evento prevedibile ma non prevenibile, in ragione delle elevate percentuali di amputazione dell'arto in pazienti con ischemia acuta dell'arto inferiore, ordinariamente associata ad una percentuale di amputazione dell'arto dell'11% ad un anno, che sale al 30% se in associazione con intervento di fasciotomia, come effettuato nel caso di specie. A tal proposito i Consulenti hanno già esaustivamente chiarito che *"Se è vero che le statistiche sanitarie annettono all'ischemia critica di un arto inferiore una non indifferente percentuale di possibilità di esitare in amputazione ancorché adeguatamente e tempestivamente trattata, come sottolineato dai Consulenti dell'Ospedale di* Pt_1 *altrettanto vero è che, in caso di trattamento adeguato e tempestivo, l'evenienza del più probabile che non è il salvataggio dell'arto"*. Nel caso di specie, dunque, in cui, per un verso, la letteratura scientifica evidenziava il rischio di amputazione dell'arto già ordinariamente associato all'ischemia acuta dell'arto con fasciotomia e, per altro verso, imponeva la tempestiva ed integrale rimozione della protesi by-pass onde scongiurare una progressione della sepsi, l'amputazione dell'arto costituisce circostanza ampiamente prevedibile ed evitabile. A maggior ragione, dunque, tenuto conto del rischio di amputazione dell'arto già ordinariamente correlato ad ischemia acuta dell'arto inferiore, i sanitari del [redacted] ternano avrebbero dovuto tempestivamente rimuovere la protesi infetta. Al contrario, i sanitari dell Pt_2 hanno negligentemente optato per la conservazione della protesi infetta, con ciò determinando l'aggravamento dello stato settico che ha condotto alla necessitata amputazione dell'arto. Conclusivamente, risulta correttamente accertato il nesso di causalità materiale fra il negligente operato dei sanitari del [redacted] ternano, la tardiva rimozione della protesi by-pass infetta, l'aggravamento dello stato settico e l'amputazione dell'arto inferiore destro sofferta dal Sig. CP_1 in data 31.10.2010, da ritenersi circostanza ampiamente prevedibile ed evitabile, e, conseguentemente, la responsabilità da inadempimento dell Pt_2 .

6. Il terzo motivo d'impugnazione è infondato e deve essere rigettato. L'appellante si duole dell'erronea quantificazione del danno iatrogeno differenziale in ragione dell'omessa valutazione del grado d'invalidità derivante dalla pregressa condizione del paziente. I Consulenti tecnici incaricati hanno, tuttavia, già considerato che *"l'amputazione di un arto*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

*inferiore a livello della coscia è tabellata dal bareme della* Pt_3 *fino al 60% ma, in considerazione del fatto che già prima della vicenda che ci occupa, lo stesso arto aveva richiesto plurimi interventi di chirurgia vascolare, sicché se ne deve presumere logicamente una funzionalità non ottimale, riteniamo che il danno iatrogeno possa essere valutato nella misura del 50%"*, con ciò già scomputando dall'invalidità permanente accertata in ragione dell'amputazione dell'arto il grado di invalidità che sarebbe comunque residuato al paziente, anche in caso di corretto trattamento della sepsi. Peraltro, fermo il difetto di appello incidentale sul punto, pur dovendosi sempre valutare il grado di complessiva invalidità permanente raggiunto – ciò in ragione della circostanza per cui una lesione invalidante che intervenga in un paziente già compromesso da pregresse patologie incide sulle sue abilità psico-fisiche in grado maggiore di quanto non faccia una lesione invalidante del medesimo tipo che intervenga, tuttavia, su un paziente sano –, neppure sono state debitamente considerate tutte le pregresse comorbilità affliggenti il paziente (*"al momento del ricovero per l'ischemia critica dell'arto inferiore destro, il* CP_1 *aveva significative preesistenze quali: monorene acquisito con insufficienza renale cronica, cardiopatia ischemica cronica rivascolarizzata, tiroidectomizzato"*). Né il Giudice di prime cure ha operato liquidazione differenziale del danno non patrimoniale - valutando la somma astrattamente liquidabile in ragione del grado di invalidità permanente complessivamente raggiunto dal paziente e scomputando la somma astrattamente liquidabile a ristoro dell'invalidità che sarebbe comunque residuata, anche in difetto di errore medico –, al contrario provvedendo direttamente alla liquidazione della somma tabellarmente prevista a ristoro del 50% di invalidità. Circostanze che, in ragione del carattere progressivo del parametro tabellare, avrebbero determinato un aumento della posta risarcitoria. Da tanto consegue il rigetto del motivo d'impugnazione.

7. Conclusivamente, dunque, l'appello è infondato e deve essere rigettato.

8. Le spese di lite del presente grado di giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate, come da dispositivo, avuto riguardo ai parametri forensi di cui al D.M. 55/2014, come da ultimo aggiornato.

**P.Q.M.**

La Corte, respinta ogni contraria domanda, istanza ed eccezione, così decide:

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894

1. Rigetta l'appello e, per l'effetto, conferma integralmente la sentenza impugnata, n. 827/2022, emessa dal Tribunale di Terni, in composizione monocratica, in data 05.11.2022, pubblicata il 08.11.2022, nella causa iscritta al n. r. g. 1296/2018;

2. Condanna l *Parte_1* al pagamento delle spese di lite in favore dell'avv. [redacted] dichiaratosi antistatario, che si liquidano nella somma di € 14.239,00, oltre accessori di legge;

3. Dichiara che, ai sensi dell'art. 13, comma 1-quater, d.P.R. 115/2002, sussistono i presupposti per l'obbligo al pagamento di un ulteriore importo pari al contributo unificato a carico dell *Parte_1* *[...]* .

Perugia, così deciso nella camera di consiglio del 13.03.2025

Il Consigliere est. Il Presidente

Paola de Lisio Simone Salcerini

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-894