REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI AVEZZANO

in composizione monocratica, nella persona del Giudice designato Dott.ssa Ilaria Pepe, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 495 del ruolo generale per gli affari contenziosi per l'anno 2018, vertente

tra

Parte_1 (c.f. *C.F._1* .

rappresentata e difesa, in forza di procura in atti, dall'Avv. [redacted] (c.f. *C.F._2*) ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Roma, alla [redacted]

- **ATTRICE** -

e

Controparte_1 p. I.V.A. *P.IVA_1*

in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa, in forza di procura in atti, dall'Avv. [redacted] (c.f. *C.F._3* ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Avezzano, alla [redacted]

- **CONVENUTA**-

nonché

Controparte_2

[...] *Controparte_3* (p. I.V.A. *P.IVA_2*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa, giusta procura in atti, dall'Avv. [redacted] (c.f. C.F._4) ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Roma, alla [redacted]

CP_4 (c.f. C.F._5 .

rappresentato e difeso congiuntamente e disgiuntamente, in forza di procura in atti, dall'Avv. [redacted] (c.f. C.F._6 e dall'Avv. [redacted] (c.f. C.F._7) ed elettivamente domiciliato presso lo studio del primo in L'Aquila, alla [redacted]

Parte_2 (c.f. C.F._8)

rappresentato e difeso, in forza di procura in atti, dall'Avv. [redacted] (c.f. C.F._9) ed elettivamente domiciliato presso il suo studio sito in Avezzano, alla [redacted]

-TERZI CHIAMATI-

Conclusioni: per parte attrice, come da note di precisazione delle conclusioni depositate in data 13.11.2024 e da note di trattazione scritta depositate in data 16.1.2025; per la convenuta [...] Controparte_1 come da note di precisazione delle conclusioni depositate in data 12.11.2024 e da note di trattazione scritta depositate in data 15.1.2025; per il terzo chiamato dott. CP_4 come da note di precisazione delle conclusioni depositate in data 14.11.2024 e da note di trattazione scritta depositate in data 13.1.2025; per il terzo chiamato dott. Parte_2 , come da note di precisazione delle conclusioni depositate in data 15.10.2024 e da note di trattazione scritta depositate in data 13.1.2025; per la terza chiamata [...] Controparte_5 , come da note di precisazione delle conclusioni depositate in data 13.11.2024 e da note di trattazione scritta depositate in data 13.1.2025.

FATTO E DIRITTO

1. Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato in data 5.4.2018 e ritualmente notificato unitamente al decreto di fissazione d'udienza Parte_1 , premesso di essere stata sottoposta a due interventi presso la Controparte_1 (il primo, in data 1.4.2008, di revisione protesi dell'anca sinistra ed il secondo, in data 8.7.2008, di sostituzione della coppa acetabolare e della testina protesica), ha dedotto che successivamente al secondo intervento si è manifestata un'infezione, di derivazione nosocomiale, che le ha cagionato ingenti danni patrimoniali e non patrimoniali di cui ha chiesto il risarcimento (risarcimento richiesto nella misura indicata nel ricorso

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

a titolo di danno biologico permanente e temporaneo con riconoscimento della massima personalizzazione, nonché di danno patrimoniale per spese mediche, per perdita della capacità lavorativa specifica e per spese sostenute per la C.T.U. espletata in sede di procedimento ex art. 696 bis c.p.c., ovvero nella maggiore o minore somma ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione), oltre a richiedere la condanna della *Controparte_1* anche ex art. 96 c.p.c.

A sostegno di tali domande l'attrice ha in sintesi dedotto:

- di aver accusato, successivamente a tali interventi chirurgici, sintomi compatibili con un'alterazione infiammatoria, alterazione peraltro evidenziata anche dai successivi referti del 2009 della stessa *[...]* *Controparte_1*

- che, a seguito di un ulteriore aggravamento delle sue condizioni, è stata ricoverata prima presso [redacted] di L'Aquila nel 2010 e quindi presso [redacted] di Bologna, dove è stata sottoposta a numerosi interventi chirurgici tra il 2010 ed il 2014;

- che a causa di tali interventi e dei conseguenti periodi di malattia ha dovuto interrompere la propria attività lavorativa di docente di scuola secondaria di secondo grado;

- che l'infezione che ha reso necessari tutti i successivi interventi è stata contratta durante l'intervento del luglio del 2008 presso la *Controparte_1* o, al più tardi, nella relativa fase post-chirurgica, come emerso anche dalla C.T.U. espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. coltivato anteriormente all'introduzione del presente giudizio.

2. Si è tempestivamente costituita la società *Controparte_1* (di seguito, per brevità, *CP_1*), la quale ha in sintesi dedotto:

- che in occasione degli interventi, tutti di revisione di protesi già impiantate nel periodo 1997/1998, il rischio di complicanza infettiva era molto elevato tenuto conto del fatto che non si trattava di primi impianti e che si interveniva su paziente diabetica;

- che, tenuto conto dei protocolli e delle linee guida in allora vigenti, sono state adottate tutte le procedure necessarie a prevenire l'insorgenza di possibili infezioni, anche nei giorni in cui la paziente è stata operata;

- che inoltre è stata somministrata alla paziente adeguata terapia antibiotica in occasione degli interventi eseguiti, mentre è stata la paziente a non presentarsi alla successiva visita di controllo fissata presso la struttura;

- che sono state prestate alla paziente tutte le cure necessarie anche in occasione del ricovero del 2009, tanto che ella è stata dimessa in buone condizioni di salute e non si è più recata presso la Casa di Cura, rivolgendosi solo dopo un anno [redacted] di L'Aquila;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

- che tali circostanze, oltre ad escludere in ogni caso la responsabilità della *CP_1*, consentono di ritenere che non vi sia idonea prova del fatto che l'infezione sia effettivamente insorta durante i periodi di cura presso la *CP_1* medesima;
- che non vi è idonea prova neanche del fatto che tutta la successiva e complessa storia clinica della paziente (all'esito della quale si sarebbe consolidato il danno lamentato) sia causalmente riconducibile ad un'infezione in ipotesi contratta anni prima presso la Casa di Cura;
- che in ogni caso dell'eventuale danno debbono rispondere, quanto meno in solido, i sanitari che eseguirono l'intervento e quindi il dott. *CP_4* ed il dott. *Parte_2*, i quali svolgevano all'epoca attività libero professionale presso la struttura, con obbligo di stipulare una polizza assicurativa per la responsabilità professionale sino al massimale minimo di € 500.000,00 e, quindi, con conseguente responsabilità della *CP_1* solo per la parte eccedente;
- che la *CP_1* deve comunque essere tenuta indenne di quanto eventualmente chiamata a corrispondere all'attrice dalla propria assicurazione per la responsabilità civile, ossia la *[...] Controparte_2*.

La *CP_1* ha quindi chiesto di essere autorizzata alla chiamata dei predetti terzi, di rigettare in via principale la domanda proposta nei suoi confronti e, in via subordinata, di graduare le responsabilità eventualmente ascrivibili alla struttura ed ai sanitari, con ripartizione dell'eventuale risarcimento tenendo conto di tale graduazione ed in ogni caso con autorizzazione della *CP_1* ad agire in regresso nei confronti dei sanitari chiamati sino alla concorrenza di € 500.000,00, nonché con condanna della *Controparte_2* a tenerla indenne da quanto eventualmente tenuta a corrispondere, anche per spese di resistenza.

3. Autorizzata la chiamata, si è costituita la *Controparte_5 [...]* (di seguito, per brevità, *CP_6*), la quale ha in sintesi dedotto:
- che la polizza stipulata non copre il rischio relativo all'attività svolta presso le strutture assicurate da medici libero-professionisti e che, quanto all'estensione prevista per la responsabilità derivante da fatto del personale medico non dipendente, la struttura sanitaria aveva comunque l'obbligo di verificare preventivamente che tale personale fosse assicurato con polizza professionale a primo rischio con massimale non inferiore ad € 1.000.000,00;
- che in ogni caso la domanda proposta nei confronti della *CP_1* è infondata, per avere la stessa documentato di aver adottato tutte le cautele necessarie per la prevenzione del rischio da infezioni ospedaliere e per non potersi pervenire a conclusioni differenti sulla scorta di una C.T.U. svolta in un procedimento nel quale non era stato instaurato il contraddittorio anche nei confronti dei terzi chiamati;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

- che in caso di eventuale responsabilità, comunque semmai ascrivibile solo alla condotta dei medici liberi professionisti ed in ogni caso non fonte di azione diretta della danneggiata nei suoi confronti, deve esserle riconosciuta, in relazione a quanto eventualmente corrisposto, l'azione di rivalsa nei confronti dei sanitari terzi chiamati previa graduazione delle relative responsabilità (responsabilità da accertarsi secondo il paradigma della responsabilità a titolo contrattuale tenuto conto dell'epoca di verificazione dei fatti per cui è causa);
- che anche l'individuazione e la quantificazione dei danni richiesti non può essere condivisa, non tenendosi conto né delle condizioni pregresse della paziente né del suo concorso di colpa per non essersi recata alla prevista visita di controllo;
- che da ultimo l'obbligo di tenere indenne la *CP_1*, ove ritenuto nella specie sussistente, non può che essere contenuto nei limiti del massimale e dell'importo della S.I.R. convenuti in polizza.

L'Assicurazione ha pertanto chiesto il rigetto sia delle domande svolte nei propri confronti dalla *[...] CP_1* sia delle domande svolte dall'attrice nei confronti della *CP_1*, nonché:
- in via subordinata, di ripartire l'eventuale obbligazione risarcitoria gravante sulla *CP_1* e sui sanitari chiamati in proporzione alle rispettive responsabilità, nonché di accertare l'obbligo dell'Assicurazione di tenere indenne la *CP_1* tenendo conto della sola porzione eccedente il massimale delle polizze stipulate dai sanitari, della quota di responsabilità effettivamente posta a carico della struttura ed in ogni caso dei limiti di polizza;
- in via ulteriormente gradata, di condannare i sanitari a manlevarla di quanto eventualmente tenuta a corrispondere all'attrice o di riconoscere la sussistenza del diritto dell'Assicurazione ad agire in regresso nei loro confronti per il recupero di tali somme.

4. Si è altresì costituito il dott. *CP_4* il quale ha chiesto, in via preliminare, di dichiarare l'inammissibilità dell'azione di rivalsa promossa nei suoi confronti (tenuto conto del fatto che la *[...] CP_1* ha omesso di notiziarlo sia del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. sia del presente ricorso), nonché, in via preliminare di merito, di dichiarare l'intervenuta prescrizione di ogni richiesta nei suoi confronti (stante la maturata prescrizione quinquennale in relazione alla responsabilità extracontrattuale in ipotesi azionabile nei suoi confronti).

Il terzo chiamato dott. *CP_4* ha inoltre chiesto il rigetto nel merito delle domande svolte nei suoi confronti in quanto nella specie alcun inadempimento colposo gli è addebitabile né, invero, è stato puntualmente allegato, non potendo la sua chiamata in causa fondarsi su un – insussistente – accordo a stipulare una polizza assicurativa a primo rischio con un massimale minimo di € 500.000,00 ovvero sulla disciplina di cui alla L. n. 24/2017.

Al riguardo il dott. *CP_4* ha dedotto che, oltre ad essergli inopponibili le risultanze della C.T.U. espletata in un procedimento di cui non è stato parte, nella specie non è ravvisabile alcuna

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

responsabilità nei confronti della paziente alla quale è stata somministrata adeguata terapia antibiotica e che è stata attentamente monitorata, dovendosi invece valorizzare che la paziente non si è sottoposta alla visita post-operatoria di controllo ed ha provveduto altrove alla rimozione dei punti, conseguentemente escludendosi che sia stata fornita adeguata dimostrazione della riconducibilità all'intervento del 2008 dell'infezione manifestatasi solo un anno dopo (oltre a non poter essere ritenuto sussistente il danno come quantificato dall'attrice per l'impossibilità di ascrivere all'infezione per cui è causa tutta la successiva e complessa storia clinica della paziente).

In via subordinata il terzo chiamato ha chiesto di respingere le domande formulate nei suoi confronti dalla *CP_1*, non essendo ravvisabile una sua colpa grave, nonché, in via ulteriormente gradata, di graduare l'incidenza delle responsabilità eventualmente accertate.

5. Si è infine costituito il dott. *Parte_2*, il quale ha chiesto, in via preliminare, di dichiarare l'inammissibilità o comunque l'improcedibilità della chiamata in causa ed in regresso formulate dalla *CP_7* dall'Assicurazione (tenuto conto del fatto che hanno omesso di notiziarlo sia del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. sia del presente ricorso), nonché, in via preliminare di merito, di dichiarare prescritto sia il diritto azionato in rivalsa dalla *CP_1* e dall'Assicurazione sia il diritto risarcitorio azionato dall'attrice.

Nel merito ha chiesto il rigetto di ogni domanda svolta nei suoi confronti deducendo in sintesi: che l'attrice non ha dimostrato che l'infezione è stata contratta in occasione dell'intervento del luglio del 2008, in relazione a cui è stata peraltro somministrata alla paziente adeguata terapia antibiotica; che in ogni caso non sussiste né è stato allegato alcun suo inadempimento colposo (e, meno che mai, gravemente colposo), essendo peraltro egli un secondo operatore che non ha né eseguito l'intervento né seguito il post-operatorio; che solo alla struttura che può addebitarsi l'infezione nosocomiale e che peraltro solo la struttura deve rispondere di una sua eventuale responsabilità stante il rapporto di collaborazione coordinata e continuativa all'epoca in essere; che in ogni caso non gli possono essere opposte le risultanze di una C.T.U. espletata in altro procedimento senza previa instaurazione del contraddittorio anche nei suoi confronti.

Il terzo chiamato ha altresì chiesto in via subordinata, nel caso di accertamento di una sua responsabilità, il rigetto delle domande svolte nei suoi confronti dalla *CP_1* e dall'Assicurazione non ricorrendo un'ipotesi di colpa grave o, in via ulteriormente subordinata, di graduare l'effettiva incidenza delle rispettive responsabilità.

6. Disposto il mutamento del rito, ammessi i documenti prodotti, escussi i testi ammessi e rigettata, con più distinte ordinanze, la richiesta di C.T.U., la causa, con ordinanza resa all'esito dell'udienza di rimessione in decisione fissata ex art. 127 *ter* c.p.c., è stata trattenuta in decisione sulle conclusioni precisate come in epigrafe indicato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

7. Giova premettere all'esame delle domande formulate che, a seguito del disposto mutamento del rito, le questioni relative alle modalità di introduzione del giudizio ed al regime temporalmente applicabile alla presente fattispecie che ancora necessitano di una valutazione concernono, da un lato, l'acquisizione della C.T.U. espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. che ha preceduto l'introduzione del presente giudizio e, dall'altro lato, l'inquadramento della responsabilità dei medici chiamati in giudizio nell'alveo della responsabilità contrattuale ovvero extracontrattuale.

In relazione ad entrambe le questioni si rimanda a quanto di seguito esposto nei punti seguenti, nell'ambito dei quali le suddette questioni vengono ad assumere concreta rilevanza.

8. Nel merito, deve in primo luogo escludersi ogni responsabilità dei medici terzi chiamati in giudizio. Al riguardo, in punto di inquadramento astratto di tale responsabilità nell'ambito della responsabilità contrattuale, è sufficiente richiamare quanto chiarito dalla giurisprudenza di legittimità secondo cui le norme sostanziali contenute nella L. n. 189/12 e nella L. n. 24/17 non hanno portata retroattiva e non possono quindi applicarsi ai fatti avvenuti, come nel caso di specie, in epoca precedente alla loro entrata in vigore (*cfr.*, Cass., sent. n. 28994/19).

Ciò posto, giova premettere che l'attrice ha citato in giudizio la sola *CP_1* chiedendo la condanna unicamente di tale soggetto, previo accertamento della responsabilità dei sanitari della *[...]* *CP_1* medesima per essersi determinata l'insorgenza dell'infezione nosocomiale in occasione dell'esecuzione dell'intervento chirurgico del luglio del 2008 e del relativo ricovero.

Giova altresì premettere che tale prospettazione non ha subito modificazioni nel corso del giudizio, non avendo l'attrice chiesto la condanna anche dei medici terzi chiamati.

Tanto premesso, occorre ancora precisare che la *CP_1*, nei termini previsti per la maturazione delle preclusioni assertive, ha unicamente dedotto quanto alla chiamata dei sanitari che la stessa è giustificata dalla domanda di parte attrice di accertamento della responsabilità dei sanitari che eseguirono l'intervento del luglio del 2008, i quali determinarono l'insorgenza dell'infezione nosocomiale in qualità di personale in contatto con il paziente.

Deve tuttavia a ben vedere escludersi che tale sia stata la sostanziale prospettazione dell'attrice, la quale ha individuato nell'intervento del luglio del 2008 e nel relativo ricovero l'epoca e la causa dell'insorgere dell'infezione, ma non ha specificamente allegato che l'insorgenza della stessa – e, conseguentemente l'inadempimento della *CP_1* – siano in concreto riconducibili al contatto con il personale medico che l'ha avuta in cura e, segnatamente, con i due medici terzi chiamati.

L'attrice ha infatti allegato la natura nosocomiale dell'infezione contratta in occasione dell'intervento e del ricovero presso la *CP_1* nel 2008, non potendosi certo attribuire alla dicitura "sanitari" la valenza di individuazione di una specifica condotta cui avrebbe fatto seguito la contrazione dell'infezione, sia avuto riguardo al complessivo tenore dell'atto introduttivo (privo di puntuali

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

riferimenti alle specifiche condotte di singoli sanitari della struttura con riguardo all'insorgere dell'infezione) sia avuto riguardo all'onere di allegazione effettivamente gravante sul danneggiato (*cfr.*, Cass., ord. n. 7074/24, con cui è stato chiarito che l'onere di allegazione deve essere rapportato alle informazioni accessibili e alle cognizioni tecnico-scientifiche esigibili dal danneggiato, senza imporgli di enucleare specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conoscibili soltanto dagli esperti del settore).

Ad ogni modo, anche a voler prescindere dalla suesposta ricostruzione ed a voler argomentare dall'avere la *CP_1* comunque evocato in giudizio chi riteneva essere i responsabili (od i corresponsabili) dell'evento, deve evidenziarsi che la responsabilità da infezione nosocomiale, lungi dall'esaurirsi in profili strettamente terapeutici, investe in primo ed in particolar luogo la dimensione organizzativa della struttura sanitaria, la quale, per come si dirà, è appunto chiamata a dimostrare di aver predisposto e concretamente attuato nel caso concreto tutte le più efficaci misure previste dalla normativa dell'epoca e dalle *leges artis* allo scopo di prevenire l'insorgenza di patologie infettive (o, meglio, della specifica patologia infettiva concretamente insorta).

Viene quindi in rilievo un danno di cui, in presenza di tutti i presupposti in punto di assolvimento dell'onere probatorio gravante sul danneggiato, deve necessariamente rispondere la struttura, cui compete la responsabilità in relazione ai suesposti profili organizzativi.

Ciò non comporta, all'evidenza, che non possa in astratto configurarsi una responsabilità per la contrazione di un'infezione anche (o, in via teorica, solo) dei sanitari che hanno eseguito l'intervento, ben potendo essere costoro chiamati a rispondere, per effetto della chiamata in causa, in relazione ad un proprio inadempimento purché puntualmente allegato (vuoi per avere i medesimi cagionato il danno per cattiva esecuzione della tecnica chirurgica o per violazione dei protocolli finalizzati alla prevenzione del rischio da infezione, vuoi per non avere vigilato sull'osservanza di tali protocolli nei limiti delle loro competenze).

Un simile inadempimento non è stato tuttavia nella specie puntualmente allegato, mentre è stato dedotto ed è emerso anche dall'elaborato svolto nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. che venne prescritta e somministrata adeguata terapia antibiotica alla paziente.

Ebbene è evidente che, a fronte di un danno tipicamente da organizzazione quale quello da infezione nosocomiale ed a fronte della molteplicità delle differenti condotte (ascrivibili a distinti soggetti) che possono astrattamente determinare l'insorgere dell'infezione, la responsabilità del medico postula la puntuale allegazione del suo inadempimento nel caso in cui tale responsabilità non sia evocata dal terzo danneggiato, ma da un operatore altamente qualificato e specializzato come la stessa *CP_1* *[...]* presso cui prestavano la propria attività i medici chiamati in giudizio e presso cui, per come riferito dai testi escussi e come peraltro documentato, si svolgevano anche riunioni periodiche del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

Comitato Infezioni Ospedaliere per valutare le eventuali cause di infezioni e favorire la segnalazione delle infezioni verificatesi durante le degenze (si vedano le testimonianze rese da *Testimone_1* e da *Testimone_2*, oltre che i verbali delle riunioni del comitato di monitoraggio infezioni che sono stati prodotti).

In altri termini la *CP_1* Cura chiamante avrebbe dovuto allegare il profilo di negligenza od imprudenza dei sanitari che avrebbe determinato o almeno contribuito a determinare l'insorgenza dell'infezione.

Deve in ogni caso evidenziarsi che alcuno degli elementi emersi consente di ricondurre ai medici terzi chiamati la responsabilità (o, anche solo, la corresponsabilità) per l'infezione contratta, ove si consideri: che dall'elaborato peritale acquisito non emerge alcuno specifico inadempimento che consenta di radicare una simile responsabilità, avendo anzi l'ausiliario rappresentato come sia impossibile individuare l'esatto momento in cui si è interrotto il circuito di sterilità, interruzione potenzialmente riconducibile tanto all'ambiente operatorio tanto al personale, non meglio individuato, in contatto con il paziente; che non è stata dedotta né è comunque emersa la mancata somministrazione di adeguata terapia antibiotica in relazione all'intervento chirurgico eseguito nel luglio del 2008 (essendo anzi emersa indicazione del contrario); che tutti i testi escussi in ordine alle attività poste in essere dalla *CP_1* per prevenire il rischio da infezione hanno escluso che in tali attività avessero un ruolo esecutivo o, comunque, di vigilanza, i chirurghi chiamati ad eseguire l'intervento; che non è emerso che il giorno dell'intervento le condizioni della struttura presentassero profili di insalubrità e/o insicurezza operativa immediatamente percepibili dagli stessi chirurghi e tali da indurli ad astenersi dall'intervenire; che, pur avendo l'elaborato peritale acquisito radicato l'insorgere dell'infezione nell'intervento del 2008, l'attrice è stata in cura presso la *CP_1* anche nel 2009, occasione nella quale non è dato evincere con la necessaria chiarezza se abbiano avuto un ruolo i medici odierni terzi chiamati ed in cui, sempre secondo l'elaborato, la paziente è stata dimessa con diagnosi di infezione superficiale in protesi di anca a sinistra nonostante la presenza di un esame fistolografico che evidenziava la presenza di un tramite che si estrinsecava in profondità sino alla corticale femorale (si veda anche il referto del dott. *Per_1* del 6.8.2009 in atti).

In tale quadro deve quindi concludersi che tanto sul piano delle allegazioni tanto sul piano degli elementi emersi non ricorrono i presupposti per radicare in capo ai medici terzi chiamati una corresponsabilità in relazione all'insorgere dell'infezione (e, meno che mai, per ritenere sussistente una loro responsabilità esclusiva, ravvisabile, come noto, solo in caso di condotta del sanitario del tutto imprevedibile e dissonante rispetto alla ordinaria prestazione dei servizi di spedalità; *cfr.*, Cass., sent. n. 29001/21).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

Né a diverse conclusioni può peraltro pervenirsi argomentando dal ruolo di direttore sanitario che, secondo quanto prospettato dalla CP_1 di Cura, il dott. Parte_2 rivestiva all'epoca degli interventi. Tale circostanza risulta infatti, da un lato, tardivamente allegata nel presente giudizio (in cui, come detto, il terzo è stato evocato solo come sanitario che eseguendo l'intervento avrebbe determinato l'insorgenza dell'infezione nosocomiale in qualità di personale in contatto con il paziente) e, dall'altro lato, non dirimente (non discutendosi nel presente giudizio dell'eventuale riparto interno della responsabilità gravanti sulla struttura tra, ad esempio, dirigente apicale, Con , direttore sanitario e primario).

Né infine alcuna responsabilità dei terzi chiamati può discendere dal loro obbligo di stipulare un'assicurazione per la responsabilità professionale in relazione all'attività libero professionale svolta presso la struttura.

Sul punto la CP_1 ha dedotto che tale obbligo deriverebbe dal contratto stipulato con i terzi chiamati, ma risulta dirimente evidenziare che, in disparte le ulteriori eccezioni sollevate al riguardo dai terzi chiamati, il contratto prodotto (peraltro relativo al solo dott. Parte_2) prevede l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa relativa alla propria responsabilità professionale verso i terzi e consente alla CP_1 di rispondere, nei rapporti interni, per la parte eccedente il massimale minimo di polizza.

E' tuttavia evidente che tale clausola contrattuale non può trovare applicazione in un caso, quale quello di specie, in cui è stata in radice esclusa una responsabilità ascrivibile anche (o solo) ai medici terzi chiamati in relazione all'insorgere dell'infezione.

Da quanto precede consegue il rigetto delle domande formulate dalla CP_1 e dall'Assicurazione nei confronti dei medici terzi chiamati, risultando conseguentemente assorbite le ulteriori eccezioni svolte dai medesimi terzi chiamati.

9. Occorre quindi procedere a valutare la domanda svolta dall'attrice nei confronti della CP_1 di Cura, pacificamente inquadrabile nell'alveo della responsabilità contrattuale tanto se venga dedotto l'inadempimento di obbligazioni relative alla prestazione sanitaria tanto se venga dedotto l'inadempimento di obbligazioni afferenti a profili organizzativi e strutturali (*cfr.,* Cass., ord. n. 7074/24).

9.1 Al riguardo deve in primo luogo evidenziarsi che non sono contestati i ricoveri e gli interventi dell'attrice presso la Casa di Cura.

In particolare è pacifico ed emerge comunque dalla documentazione in atti che l'attrice: è stata ricoverata presso la CP_1 dal 31 marzo al 10 aprile 2008, ove è stato effettuato il 1.4.2008 un intervento di "revisione protesi anca sinistra"; è stata ricoverata presso la CP_1 dal 7 al 18 luglio 2008, ove l'8.7.2008 è stato effettuato un intervento di "mobilizzazione coppa acetabolare

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

artroprotesi anca sinistra con grave perdita di sostanza acetabolare"; è stata ricoverata presso la *[...]* *CP_1* dal 4 al 10 agosto 2009, quando è stata dimessa con diagnosi di "infezione superficiale in protesi di anca sinistra".

Non è altresì oggetto di specifiche contestazioni che il fatto che l'attrice ha contratto un'infezione (come meglio individuata dalla C.T.U. espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e su cui di seguito si dirà), come anche non è contestato il fatto che l'attrice ha successivamente subito gli interventi chirurgici allegati nell'atto introduttivo e peraltro emergenti dalla documentazione prodotta.

9.2 I profili oggetto della controversia si incentrano invece: sull'essere stata effettivamente contratta l'infezione in occasione dei ricoveri e degli interventi eseguiti presso la *CP_1* di Cura; sull'avere in ogni caso la Casa di Cura assolto all'onere di dimostrare di aver predisposto ed attuato tutte le misure previste ed esigibili per prevenire il rischio di contrazione dell'infezione; sulla riconducibilità a tale infezione di tutti i successivi interventi affrontati dall'attrice e sulla quantificazione dei danni effettivamente subiti.

9.3 Deve dunque in primo luogo verificarsi se la danneggiata abbia assolto all'onere di dimostrare l'avvenuta contrazione dell'infezione in ambito nosocomiale e, segnatamente, presso la struttura convenuta.

9.3.1. Sul punto giova premettere che, in accordo con la consolidata giurisprudenza di legittimità (*cfr.*, Cass., sent. n. 19033/21, Cass., ord. n. 35062/24), l'accertamento del nesso causale nella responsabilità civile è improntato alla regola della preponderanza dell'evidenza (o del "più probabile che non"), dovendosi quindi accordare prevalenza, nella comparazione delle diverse possibili spiegazioni alternative, alla spiegazione causale che risulta più probabile sul piano non necessariamente statistico ma anche logico.

Occorre quindi, in altri termini, esaminare le ipotesi alternativamente prospettate ed individuare la più probabile, ossia, nel caso di specie, verificare se l'infezione pacificamente contratta sia di derivazione nosocomiale secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza ovvero se in base a detto criterio debba concludersi per la contrazione al di fuori dell'ambito ospedaliero o, comunque, al di fuori della *CP_1* convenuta.

9.3.2. Così delineati i termini dell'accertamento da compiere, si ritiene che la documentazione acquisita e le risultanze della C.T.U. espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. consentano di ritenere di derivazione nosocomiale l'infezione contratta dall'attrice, risultando effettivamente "più probabile che non" che tale infezione sia stata contratta durante l'intervento ed il ricovero del luglio 2008 presso la Casa di Cura.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

9.3.3. Al riguardo deve innanzi tutto escludersi che tale C.T.U. non sia utilizzabile in quanto espletata nell'ambito di un procedimento ex art. 696 bis c.p.c. in cui i terzi chiamati non erano parti ed in cui non è stato nominato un collegio peritale.

Quanto a tale ultimo aspetto deve infatti evidenziarsi che la C.T.U. è stata disposta in un procedimento instaurato anteriormente all'entrata in vigore della L. n. 24/2017, con conseguente inapplicabilità della disciplina di cui alla L. n. 24/17 in punto di obbligatorio conferimento dell'incarico ad un collegio di periti (*cfr.,* Cass., sent. n. 12593/21, Cass., ord. n. 13060/24).

Deve peraltro evidenziarsi che nel conferimento dell'incarico, pur non essendo stato formalmente nominato un collegio peritale, è stato dato incarico al consulente di tenere conto, per gli aspetti medico-legali del quesito, delle valutazioni che fornite dall'ulteriore professionista indicato nel medesimo quesito, valutazioni da trasfondere nell'elaborato finale.

Quanto poi al profilo dell'inopponibilità delle risultanze peritali alle parti che non hanno partecipato al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. deve preliminarmente sottolinearsi che tale eccezione risulta di attuale interesse solo con riferimento alla posizione dell'Assicurazione, dovendosi qui richiamare quanto già sopra statuito con riferimento alla posizione dei medici chiamati in causa.

Tale tema non può tuttavia essere declinato, come noto, in termini di inutilizzabilità assoluta ed astratta dell'elaborato peritale, ben potendo il giudice porre a base del proprio convincimento anche prove cosiddette atipiche purché idonee a fornire elementi di giudizio, sottoposte al contraddittorio fra le parti e non smentite dalle altre risultanze probatorie (*cfr.,* Cass., ord. n. 9507/23).

Deve quindi piuttosto verificarsi la possibilità per il giudice di fondare il proprio convincimento anche su tale elaborato, evidentemente soggetto alle regole che presidiano la produzione documentale (*cfr.,* Cass., sent. n. 10599/14).

Ebbene tale verifica non può che avere esito positivo ove si consideri che la giurisprudenza di legittimità ha chiarito come il giudice possa tenere conto, ai fini della decisione, delle risultanze di una consulenza tecnica acquisita in un diverso processo (anche se celebrato tra altre parti) sempre che, come nella specie, la relativa documentazione sia ritualmente acquisita e sia stata oggetto di valutazione critica nel contraddittorio fra le parti (*cfr.,* Cass., sent. n. 28855/08).

Ciò posto deve rilevarsi che, all'esito della sottoposizione dell'elaborato al contraddittorio fra le parti e per come di seguito più analiticamente esposto, non sono stati dedotti dall'Assicurazione specifici elementi (anche supportati da una relazione medica di parte, invero prodotta dal solo chiamato dott. *CP_4* in relazione a cui ricorra la necessità di disporre in questo procedimento distinto ed ulteriore accertamento peritale, come invero già affermato nelle diverse ordinanze rese sul punto nel corso del giudizio con le quali è stato anche sottolineato come tutte le parti siano state diffusamente in grado di prendere posizione anche nel merito.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

9.3.4. Tanto premesso si rileva che dalla C.T.U. espletata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. (di seguito, per brevità, elaborato) emergono in primo luogo alcuni elementi che non sono stati oggetto di specifica contestazione.

In particolare dall'elaborato si ricava che l'attrice risulta aver contratto un'infezione da *staphylococcus aureus* e, sempre dall'elaborato, si evince come tale microrganismo sia tipicamente causa delle infezioni in ambiente ospedaliero (con una preponderante e significativa incidenza statistica di manifestazione nel 72% dei casi in ambiente ospedaliero).

Sempre dall'elaborato si evince che tale microrganismo, grazie ai suoi recettori, aderisce facilmente alle componenti osteo – cartilaginee (ossia proprio quelle interessate dall'intervento chirurgico effettuato nel caso di specie) e che ha caratteristiche congrue rispetto alle conseguenze che l'attrice ha lamentato.

Tanto premesso con riguardo alla specifica infezione contratta ed alla sua preponderante incidenza in ambito ospedaliero, dall'elaborato emerge come sia nella specie anche soddisfatto il c.d. criterio topografico, atteso che la sede anatomica di manifestazione dell'infezione coincide con il sito chirurgico.

Tali risultanze, congruamente motivate sulla base della documentazione in atti, possono essere pienamente condivise, solo che si consideri, tra l'altro, che è stata prodotta una scheda per il rilevamento delle infezioni ospedaliere predisposta su modulistica della *CP_1* e sottoscritta dal medico curante in data 5.8.2009 in cui viene dato conto proprio dell'infezione del sito chirurgico.

In tale quadro non risulta dirimente in senso contrario il solo dato relativo al criterio temporale per essersi l'infezione compiutamente manifestata in occasione del ricovero nel 2009, atteso che il tempo di manifestazione è compatibile con il tempo di insorgenza nelle c.d. infezioni ritardate (da tre mesi a due anni) e che non constano spiegazioni alternative altrettanto probabili.

Dall'elaborato peritale acquisito emerge infatti che, tenuto conto della storia clinica dell'attrice e della documentazione prodotta, non sussistevano in epoca anteriore all'intervento fattori favorenti l'infezione.

Non emerge inoltre – né invero è stato dedotto – che l'attrice abbia subito altri interventi chirurgici tra il luglio del 2008 ed il successivo ricovero nel 2009.

Del pari non risulta altrettanto probabile che l'infezione sia riconducibile ad un'attività, all'evidenza non invasiva, come la rimozione dei punti successiva all'intervento del 2008, sicché non assume rilievo la circostanza, non contestata, dell'espletamento di tale attività presso una struttura diversa.

E' infatti manifestamente preponderante la probabilità che l'infezione sia insorta in occasione di un ricovero di più giorni durante cui è stato eseguito un intervento invasivo rispetto alla possibilità che sia insorta in occasione di una prestazione di breve durata e, come detto, non invasiva.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

Giova peraltro evidenziare che, sul piano della causalità, l'unico altro intervento terapeutico che risulta effettuato tra l'intervento presso la CP_1 Cura nel 2008 ed il successivo ricovero presso la medesima CP_1 nel 2009 è appunto costituito dalla rimozione dei punti (non potendo considerarsi significativa anche la mera effettuazione di un'ecografia nel luglio del 2009).

Ebbene tale intervento terapeutico, proprio per le sue sopra citate caratteristiche, potrebbe al più rilevare come concausa, come tale inidonea ad escludere il rapporto di causalità tra le varie cause e l'evento (*cfr.*, Cass., ord. n. 19033/21, Cass., sent. n. 23918/06).

Da quanto precede consegue che, con riguardo al profilo in esame, l'attrice ha assolto all'onere probatorio sulla stessa gravante, non risultando peraltro necessario che, in un quadro quale quello sopra descritto, sia individuato anche il momento esatto in cui si è interrotto il circuito di sterilità.

Giova peraltro sin d'ora escludere che possa rilevare ex art. 1227 c.c. il non essersi recata l'attrice presso la Casa di Cura per la rimozione dei punti in sede di primo controllo successivo alle dimissioni. Ed infatti, premesso che un'attività quale la rimozione dei punti non può che essere stata eseguita da un sanitario ed a contenuta distanza temporale dall'intervento, non è stato puntualmente dedotto – e comunque non è emerso – che l'esecuzione di tale attività presso la CP_1 avrebbe consentito un più tempestivo ed efficace intervento rispetto ad un'infezione ad insorgenza c.d. ritardata quale quella riscontrata nel caso di specie (dovendo per altro verso escludersi, sul piano logico, che una sintomatologia così significativa quale quella poi in concreto riscontrata avrebbe consentito alla paziente, in caso di precoce insorgenza dell'infezione, di attendere l'anno successivo prima di procedere ad ulteriori analisi ed interventi).

Deve infine parimenti escludersi che possa rilevare ex art. 1227 c.c. o comunque sul piano del nesso di causalità la pregressa condizione medica della paziente, che, secondo la Controparte_9 [...] , era affetta da diabete e che pacificamente si è sottoposta ad un secondo impianto.

Vengono infatti in rilievo circostanze non funzionalmente interdipendenti con la condotta dovuta dalla struttura in punto di prevenzione del rischio di infezione e che anzi possono rendere esigibili da parte di un operatore altamente qualificato come la CP_1 cautele ancora maggiori nell'esecuzione di un intervento chirurgico in un quadro di rischio d'infezione accresciuto.

9.4 Deve dunque verificarsi se la CP_1 abbia fornito la prova liberatoria che, in accordo con la giurisprudenza di legittimità, consiste nel dimostrare di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni (*cfr.*, Cass., sent. n. 6386/23, Cass., ord. n. 16900/23, Cass., ord. n. 35062/24).

In particolare secondo le sopra indicate pronunzie spetta alla struttura provare di aver previsto ed applicato, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive nel caso specifico, tutte le cautele prescritte dalle normative all'epoca vigenti e dalle *leges artis*, fornendo quindi indicazione e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

dimostrazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dell'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) dell'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'indicazione dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Il suesposto orientamento giurisprudenziale è del resto del tutto in linea, tenuto conto della specificità delle infezioni nosocomiali, con i criteri generali in materia di responsabilità medica, a mente dei quali la presunzione di cui all'art. 1218 c.c. non è superabile sol perché si è verificata una complicanza rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi invece verificare se il peggioramento delle condizioni del paziente sia riconducibile ad un fatto prevedibile ed evitabile ovvero ad una causa non imputabile (*cfr.*, Cass., sent. n. 13328/15, Cass., ord. n. 35024/22).

Così inquadrato l'onere probatorio gravante sulla *CP_1* deve rilevarsi che nella specie la stessa, contrariamente a quanto dedotto anche dall'Assicurazione, non ha offerto piena prova di aver predisposto e scrupolosamente rispettato nel caso in esame le misure di prevenzione necessarie in rapporto alla specifica infezione contratta.

E' stata infatti prodotta copiosa documentazione volta a comprovare la predisposizione ed il rispetto delle necessarie misure di prevenzione (in particolare i documenti da 6 a 29 allegati alla comparsa di costituzione della Casa di cura e relativi: alle piastrine identificative della sterilizzazione del materiale chirurgico utilizzato per gli interventi, con prove di funzionalità delle autoclavi e prove di sterilità per ciascun lotto utilizzato; alle schede di rilevamenti con piastre di Agar Muller Hinton nelle sale operatorie A, B e C; alle schede di funzionalità della sterilizzatrice al plasma; alle schede di controllo di funzionalità delle autoclavi con prove biologiche; ai resoconti delle verifiche dei controlli ambientali; al protocollo di disinfezione, prevenzione e monitoraggio delle infezioni ospedaliere, al protocollo di sanificazione delle sale operatorie, al protocollo di sterilizzazione; alla composizione del comitato per il monitoraggio delle infezioni ed ai verbali delle relative riunioni; all'attività di formazione posta in essere).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

Sono stati escussi *Testimone_1* (cardiologa presso la *CP_1* responsabile del comitato infezioni ospedaliere anche all'epoca dei fatti per cui è causa), *Testimone_3* (caposala della sala operatoria presso la *CP_1* anche all'epoca dei fatti per cui è causa) e *Tes_2 [...]* (primario di anestesista presso la Casa *CP_1* anche all'epoca dei fatti per cui è causa), i quali, in sintesi, hanno concordemente riferito della predisposizione ed esecuzione delle verifiche in punto di sterilizzazione del materiale di sala operatoria e delle sale stesse, della predisposizione e dell'esecuzione di verifiche sull'impianto di ventilazione e sull'acqua erogata, nonché dell'attività di verifica e monitoraggio svolta periodicamente dal comitato infezioni ospedaliere.

Tali elementi istruttori non consentono tuttavia di ritenere pienamente assolto l'onere probatorio gravante sulla *CP_1*.

Al riguardo deve in primo luogo evidenziarsi che la documentazione prodotta non è esaustiva rispetto a tutti i profili che, in accordo con la sopra menzionata giurisprudenza di legittimità, debbono essere oggetto dell'adozione di specifiche misure di prevenzione (non emergendo, ad esempio, le specifiche indicazioni relative alle attività predisposte ed eseguite con riguardo ai suesposti profili *sub* c), d), e), h), i) e j).

Inoltre dalla documentazione prodotta emergono elementi che inducono a ritenere che non siano state in concreto assicurate adeguate misure di prevenzione rispetto al caso di specie (*cfr.*, Cass., ord. n. 16900/23, con cui è stato appunto chiarito come non sia dirimente l'aver predisposto protocolli adeguati in assenza della dimostrazione della effettiva applicazione nel caso concreto di misure pertinenti rispetto allo specifico germe infettivo che risulta aver determinato l'infezione).

Deve infatti evidenziarsi: che le schede di rilevamento batterico delle sale operatorie con piastre Agar Muller Hinton che sono state prodotte non consentono di verificare la regolare esecuzione di tale rilevamento con la cadenza mensile prevista dal protocollo prodotto; che inoltre il rilevamento eseguito nella sala B reca un esito "sufficiente, da migliorare" al 30.6.2008; che anche a ritenere che l'attrice sia stata operata nella sala A (in quanto il registro di sala operatoria reca l'indicazione di sala 1), il rilevamento al 30.6.2008 reca un esito "buono" (non "ottimo") ed i rapporti della *Parte_3* relativi ai controlli eseguiti nell'agosto del 2008 restituiscono l'indicazione di valori in alcuni casi non conformi alle linee guida di riferimento; che non consta la produzione del registro delle consegne (previsto dal protocollo denominato "sanificazione quartiere operatorio") da cui evincere la regolare pulizia delle sale operatorie a fine intervento e la regolare pulizia settimanale; che nell'ambito dell'attività del comitato sul monitoraggio delle infezioni, oltre ad essere stato sottolineato in più occasioni un deficit di rilevazione delle infezioni, viene anche evidenziato, nel verbale del marzo del 2009 e proprio con riguardo alla rilevazione dei casi di infezione riscontrati nel 2008, che il laboratorio di analisi tipizzava all'epoca i batteri patogeni comuni e non gli speciali, tanto da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

richiedersi per il futuro la ricerca anche per lo stafilococco aureo quale causa di un'alta percentuale di infezioni nosocomiali.

In base a tali molteplici elementi non può quindi ritenersi provato che l'attività predisposta dalla *[...]* *CP_1* sia stata sempre scrupolosamente eseguita né può ritenersi che tale attività fosse comunque effettivamente idonea al contrasto della specifica causa di infezione riscontrata nel caso in esame.

Da ciò consegue che la prova liberatoria richiesta deve ritenersi non pienamente offerta, con conseguente sussistenza della responsabilità della *CP_1* .

9.5 In punto di concreta individuazione dei danni effettivamente riconducibili all'infezione contratta la *CP_1* e l'Assicurazione hanno dedotto che non possono ascriversi a tale evento tutti i successivi interventi che l'attrice ha pacificamente affrontato presso altre strutture.

Tale tesi non può trovare accoglimento.

Al riguardo risulta infatti sufficiente richiamare la documentazione prodotta dall'attrice e le risultanze dell'elaborato, sottolineando in sintesi come dall'elaborato emerga: che il ricovero presso [redacted] di L'Aquila del 2010 reca diagnosi di "ascesso coscia sinistra"; che il primo intervento presso [redacted] di Bologna del 2010 reca diagnosi alle dimissioni di "complicanze di impianti ed innesti ortopedici di natura infiammatoria"; che il secondo intervento presso [redacted] di Bologna del 2011 reca diagnosi di "esiti di infezione protesi anca sinistra"; che il terzo intervento presso [redacted] di Bologna del 2011 è di reimpianto totale della protesi d'anca a sinistra; che il quarto intervento presso [redacted] di Bologna nel 2012 segue ad un ricovero con diagnosi di "lussazione anca sinistra in esiti revisione complessa per infezione"; che il quinto intervento presso [redacted] di Bologna nel 2013 reca diagnosi di "frattura periprotesica anca sinistra in esiti di revisione"; che il sesto intervento presso [redacted] di Bologna del 2014 reca diagnosi di "frattura protesica megaprotesi anca sinistra, revisione protesi e sostituzione con femore totale"; che i referti dei controlli eseguiti tra i diversi interventi registrano lenti progressi e difficoltà nella deambulazione (si vedano in particolare le pagine da 9 a 13 dell'elaborato acquisito).

Ed infatti, premesso che alcuni dei sopra menzionati interventi recano diagnosi già di per sé chiaramente riferibili all'infezione contratta, può comunque ricondursi a tale infezione (o, quanto meno, anche a tale infezione) ed ai conseguenti esiti non risolutivi degli interventi eseguiti presso la *CP_1* di *CP_1* la persistente e significativa difficoltà di deambulazione, la quale, secondo un ragionevole criterio di regolarità causale, ha creato le precondizioni per cui si sono resi necessari anche gli interventi da ultimo eseguiti, sino a richiedere la sostituzione con femore totale.

Giova del resto evidenziare che nella specie è pacifico che gli interventi del 2008 non hanno rappresentato un c.d. primo impianto, atteso che la prima protesi venne impiantata negli anni 1997/98.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

Ebbene, considerato che non constano interventi successivi a tale primo impianto sino a quelli eseguiti nel 2008 per cui è causa, risulta plasticamente evidente il differente andamento del percorso post-operatorio in caso di assenza ovvero in caso presenza di complicanze infettive (in termini di numero, frequenza ed invasività degli interventi subiti dall'attrice dopo il 2008).

9.6 Occorre quindi procedere alla quantificazione dei danni subiti e riconoscibili a titolo risarcitorio.

Dall'elaborato emerge che l'ausiliario nominato nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. ha visitato l'attrice ed esaminato la documentazione clinica prodotta, riscontrando esiti di protesizzazione di anca con rilevanti limitazioni articolari e con grave pregiudizio dell'efficienza deambulatoria (meglio descritti nell'elaborato, cui sul punto si rimanda, in termini di difficoltà di deambulazione, deficit di forza muscolare, articolarità passiva limitata e dolore alla palpazione).

Tali conclusioni possono essere condivise in quanto congruamente ed analiticamente motivate, oltre che non oggetto di specifiche contestazioni, le quali risultano piuttosto relative al profilo, sopra esaminato, della riconducibilità all'infezione di tutti i successivi interventi affrontati dall'attrice e, quindi, dei relativi esiti.

Sempre secondo l'elaborato tali esiti sono da considerare permanenti e si sono consolidati, a valle dei numerosi interventi, alla fine della prima decade del mese di aprile del 2015.

Può ritenersi quindi dimostrata la lesione del bene salute, da cui è derivato un danno-conseguenza all'attrice di tipo dinamico-relazionale in termini sia di menomazione disfunzionale permanente (danno biologico permanente) sia di invalidità temporanea (danno biologico temporaneo).

Sulla base di tali elementi dall'elaborato emerge in primo luogo una quantificazione del danno biologico permanente differenziale nella misura del 40%, dovendosi tenere conto degli esiti di invalidità comunque attesi per una revisione di anca ben eseguita e scevra da complicanze (nella misura del 15%-20% sulla scorta del *bareme* utilizzato ed indicato nell'elaborato) e l'esito complessivo finale di una percentuale di invalidità del 55% (dovendosi tenere conto della presenza di una megaprotesi di anca ginocchio con espianto e sostituzione dell'intero femore, pur non potendosi superare la percentuale del 60% relativa alla disarticolazione coxofemorale).

Quanto all'invalidità temporanea dall'elaborato si ricava, premessa l'individuazione di una data iniziale nel 16.9.2010 con l'ingresso presso [redacted] di L'Aquila per "ascesso alla coscia sinistra", una quantificazione complessiva in 1590 giorni, concretamente determinata considerando come periodi di invalidità temporanea assoluta tutti i ricoveri e come invalidità temporanea assoluta o parziale i periodi intermedi a seconda dei diversi esiti e delle condizioni successive alle dimissioni (così quantificandosi: in complessivi 300 giorni l'invalidità temporanea totale, in complessivi giorni 300 l'invalidità temporanea parziale al 75%, in complessivi giorni 500 l'invalidità temporanea parziale al 50% ed in complessivi giorni 490 l'invalidità temporanea parziale al 25%).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

Tali conclusioni possono essere condivise in quanto congruamente motivate, fatta solo eccezione per l'individuazione della percentuale di invalidità comunque attesa per una revisione di anca ben eseguita e scevra da complicanze.

Al riguardo si rileva infatti che dall'elaborato non si ricava il motivo per cui, dopo essere stata individuata tale misura tra il 15% ed il 20%, è stato determinato il danno differenziale prendendo come riferimento il parametro del 15% senza considerare che l'intervento del luglio 2008 non seguiva direttamente quello di primo impianto, ma seguiva a sua volta quello eseguito pochi mesi prima nell'aprile 2008 (sicché risulta più ragionevole collocare la misura dell'invalidità comunque attesa nella misura intermedia del 18%).

Tanto premesso è noto che, in accordo con la giurisprudenza di legittimità, il danno non patrimoniale derivante da una lesione della salute è per convenzione liquidato assumendo a base del calcolo il grado percentuale di invalidità permanente, sulla scorta di tabelle, in alcuni casi vincolanti in quanto previste per legge ed in altri non vincolanti, finalizzate ad esprimere percentualmente la sintesi di tutte le conseguenze ordinarie che una determinata menomazione deve presumersi produca sulle attività e quindi sugli aspetti dinamico – relazionali comuni ad ogni individuo (*cfr.,* Cass., sent. n. 7513/18).

Nella specie, tenuto conto dell'epoca e della tipologia di evento, si ritiene di fare riferimento alle tabelle predisposte dal Tribunale di Milano nell'ultima versione del 5.6.2024, in quanto costituenti criterio più idoneo ad assicurare il corretto esercizio del potere di equità integrativa ex artt. 1226 e 2056 c.c., garantendo uniformità di trattamento e prevedibilità delle decisioni ed in tal modo integrando il diritto vivente nella determinazione del danno non patrimoniale conforme a diritto (*cfr.*, Cass., sent. n. 8532/20, Cass., sent. n. 33005/21).

Con specifico riferimento al c.d. danno morale deve rilevarsi che, premesso il carattere giuridicamente omnicomprensivo della categoria del danno non patrimoniale (*cfr.,* Cass., SS.UU., sent. n. 26972/08 11.11.2008, n. 26972, Cass., sent. n. 7513/18), il danno morale non è che una descrizione del possibile danno-conseguenza di ordine non patrimoniale, quale pregiudizio che non ha base organica ed attinge la sfera interiore dell'individuo (trattandosi in buona sostanza della sofferenza interiore del danneggiato in termini di dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione).

Nella specie tale danno-conseguenza può ritenersi presuntivamente provato in ragione dell'entità dei postumi (trattandosi di lesione macropermanente) e della dolorosa sintomatologia riscontrata ad anni di distanza dall'evento da parte dell'ausiliario, elementi che depongono a favore della risarcibilità in favore dell'attrice (*cfr.,* Cass., ord. n. 20661/24, Cass., ord. n. 6444/23, con cui è stato appunto chiarito che la liquidazione del danno morale discendente da lesione della salute, pur autonoma, non può

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

ritenersi svincolata dalla vicenda che ebbe a determinare contestualmente il c.d. danno biologico, sicché la lesione dell'integrità psico-fisica può rilevare presuntivamente ai fini della dimostrazione della ricorrenza del danno morale soprattutto in considerazione del grado percentuale di invalidità permanente riconosciuta).

Non possono di contro essere riconosciuti ulteriori aumenti del risarcimento in tal modo determinato in ragione della c.d. personalizzazione, che, in accordo con la giurisprudenza di legittimità, richiede la ricorrenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate e dimostrate dal danneggiato quale vero e proprio fatto costitutivo della propria pretesa (*cfr*., Cass., sent. n. 23778/14, Cass., sent. n. 7513/18).

Tale inquadramento è del resto del tutto coerente con quanto sopra chiarito in ordine al fatto che il danno alla salute è già un danno dinamico – relazionale quanto alle conseguenze comuni a tutte le persone che vengano a subire una data percentuale di invalidità, percentuale che dunque di per sé sola ne dimostra la produzione esprimendo anche quei pregiudizi alle attività quotidiane, personali e relazionali, indefettibilmente dipendenti dalla lesione prodottasi.

Di contro è onere del danneggiato allegare e provare le peculiari circostanze del caso concreto che rendano il pregiudizio concretamente subito non ordinario e, anzi, produttivo di conseguenze maggiori e più gravi rispetto ai casi consimili.

Simili pregnanti elementi non risultano né analiticamente dedotti né comunque pienamente dimostrati, venendo in buona sostanza a sovrapporsi, nella prospettazione dell'attrice, alla dedotta impossibilità di proseguire l'attività lavorativa in allora in essere.

Da tanto consegue l'insussistenza dei presupposti per accordare tale ulteriore importo.

Applicando quindi le percentuali ed i criteri sopra delineati, nonché tenuto conto dell'età di anni 62 della danneggiata al momento della cessazione dell'invalidità temporanea con consolidamento dei postumi (*cfr*., Cass., sent. n. 3121/17), può riconoscersi a titolo risarcitorio il complessivo importo di € 401.389,87 liquidato all'attualità trattandosi di debito di valore e dunque già comprensivo della rivalutazione dal 4.6.2024 alla data della pubblicazione della sentenza.

Con particolare riguardo al danno biologico permanente tale determinazione non consegue al calcolo della differenza sul grado di invalidità permanente, ma consegue, previa monetizzazione del grado complessivo di invalidità permanente accertato e del grado di invalidità permanente che si ritiene sarebbe comunque residuato alla danneggiata, alla differenza tra i due importi così ottenuti (*cfr*., Cass., ord. n. 20894/24).

Possono altresì riconoscersi a titolo di risarcimento del danno patrimoniale subito le somme pari alle spese di cura sostenute (esaminate e ritenute congrue nell'elaborato, che le riporta analiticamente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

nelle pagine da 15 a 18) per complessivi € 16.458,81, importo da rivalutarsi dalla data delle singole spese alla data della pubblicazione della presente sentenza.

L'importo del risarcimento in tal modo complessivamente determinato dovrà essere altresì maggiorato, a fronte della domanda dell'attrice, degli interessi cc.dd. compensativi, calcolati al saggio legale sull'importo devalutato al momento dell'evento dannoso e quindi via via rivalutato anno dopo anno.

Infine dalla pubblicazione della sentenza, stante la trasformazione dell'obbligazione risarcitoria in obbligazione di valuta (*cfr.*, Cass., sent. n. 24896/05), matureranno gli ulteriori interessi al saggio legale sino al pagamento.

Non può di contro riconoscersi l'ulteriore importo richiesto a titolo di risarcimento del danno da perdita di capacità lavorativa specifica, atteso che, pur emergendo dall'elaborato come sia venuta meno tale capacità in misura pressoché assoluta per la gravità delle condizioni di salute, la documentazione prodotta non consente la corretta dimostrazione e quantificazione del danno effettivamente derivato (trattandosi di danneggiata dipendente pubblico la quale avrebbe dovuto quindi documentare anche mediante la produzione delle buste paga e delle dichiarazioni dei redditi l'effettiva diminuzione reddituale subita, oltre che la complessiva evoluzione del rapporto di lavoro durante ed all'esito del periodo di malattia).

10. Così quantificata la pretesa risarcitoria riconoscibile all'attrice deve essere scrutinata la domanda formulata dalla *CP_1* nei confronti dell'Assicurazione al fine di essere tenuta indenne da quest'ultima di quanto tenuta a corrispondere all'attrice, anche per quanto concerne le c.d. spese di resistenza.

Tale domanda è fondata e può trovare accoglimento nei limiti di seguito esposti.

Non è contestata tra le parti ed è comunque documentata la stipula di una polizza assicurativa per la copertura della responsabilità civile per danni involontariamente cagionati a terzi, polizza valida ed efficace in relazione all'epoca del sinistro ed alla posizione della *CP_1* di Cura.

L'Assicurazione ha infatti incentrato le proprie eccezioni sull'inoperatività, nel caso concreto, della polizza per essere in concreto ascrivibile la responsabilità ai medici terzi chiamati, quali operanti in regime libero professionale.

Tuttavia tale responsabilità è stata nella specie esclusa, sicché risultano non dirimenti ai fini del decidere sia l'inquadramento del rapporto di tali medici con la struttura sia l'individuazione degli effetti di tale inquadramento sulla copertura assicurativa.

Da tanto consegue che, rientrando il sinistro nell'oggetto della copertura assicurativa, l'Assicurazione deve essere condannata a tenere indenne la *CP_1* di quanto questa è stata condannata a corrispondere all'attrice, seppur nei limiti del massimale di € 5.000.000,00 ed al netto dell'importo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

della S.I.R. di € 200.000,00 come contrattualmente previsto (limiti tempestivamente eccepiti dall'Assicurazione, emergenti dalla polizza in atti ed invero non specificamente contestati dalla *[...] CP_1*).

Quanto alla domanda svolta nei confronti dell'Assicurazione con riferimento alle spese di resistenza, deve in primo luogo evidenziarsi che sono oggetto di specifiche e distinte domande il rimborso delle spese di lite sostenute per la chiamata in causa, il rimborso delle spese di resistenza ex art. 1917 comma terzo c.c. ed il rimborso delle spese di soccombenza (*cfr.,* Cass., ord. n. 4275/24), sicché nella specie deve aversi riguardo al profilo delle spese di resistenza tenuto conto dei puntuali riferimenti a tali spese negli scritti difensivi della *CP_1* .

Tuttavia, in considerazione del testuale riferimento alle spese sostenute contenuto nell'art. 1917 comma terzo c.c., il diritto alla rifusione postula la dimostrazione dell'avvenuto corrispondente esborso da parte dell'assicurato (*cfr.,* Cass., ord. n. 21290/22), dimostrazione in assenza della quale non può in questa sede essere riconosciuto il diritto in questione all'assicurato.

11. Le spese di lite seguono la soccombenza e sono dunque poste a carico, sia nei confronti dell'attrice sia nei confronti dei medici terzi chiamati (con distrazione in favore dei procuratori dell'attrice e del chiamato Dott. *Parte_2* , dichiaratisi antistatari), della *CP_7* dell'Assicurazione, tenuto conto sia delle domande da entrambe svolte sia della mancata formulazione di domande di condanna nei confronti dei medici terzi chiamati da parte dell'attrice.

Alla parte attrice dovrà riconoscersi, a titolo di spese, anche il compenso relativo alla C.T.U. eseguita nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. (*cfr.,* Cass., ord. n. 29850/23)

Non può infine trovare accoglimento la domanda formulata dall'attrice ex art. 96 c.p.c.

Ed infatti dalla soccombenza non può automaticamente conseguire l'accoglimento della domanda di condanna ex art. 96 c.p.c. formulata dalla parte vittoriosa, difettando una piena prova della mala fede o della colpa grave della *CP_1* soccombente, atteso che, come noto, non è sufficiente la mera infondatezza, anche manifesta, delle tesi prospettate per rendere applicabile un istituto avente carattere necessariamente eccezionale o comunque residuale (*cfr.,* Cass., SS.UU., sent. n. 9912/18, Cass., ord. n. 19948/23). Né può ritenersi, a fronte delle peculiarità del caso di specie ed in un panorama di costante evoluzione giurisprudenziale, che la non definizione della controversia anteriormente al giudizio possa di per sé giustificare la condanna invocata.

Tali spese sono liquidate d'ufficio come in dispositivo, avuto riguardo ai parametri medi per le fasi studio ed introduttiva e minimi per le fasi istruttoria e decisoria di cui al D.M. n. 55/2014 per il relativo scaglione di riferimento (€ 260.001,00/€ 520.000,00), tenuto conto della non particolare complessità dell'istruttoria espletata e della conseguente disamina in fase decisionale dell'attività svolta nel corso dell'istruttoria.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817

P.Q.M.

definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n. 495 del ruolo generale per gli affari contenziosi per l'anno 2018 così provvede:

1. ACCOGLIE parzialmente la domanda proposta da *Parte_1* nei confronti della *[...]* *Controparte_1* e per l'effetto condanna la *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 401.389,87 a titolo di danno non patrimoniale (da maggiorare degli interessi al saggio legale calcolati su tale somma devalutata e poi rivalutata anno per anno come indicato in parte motiva), oltre € 16.458,81 (da rivalutare come indicato in parte motiva e, quindi, da maggiorare degli interessi al saggio legale calcolati su tale somma devalutata e poi rivalutata anno per anno come indicato in parte motiva), oltre interessi al saggio legale sulla somma così complessivamente determinata dalla pubblicazione della sentenza al saldo;

2. ACCOGLIE parzialmente la domanda proposta dalla *Controparte_1* nei confronti di *Controparte_5* *[...]* e, per l'effetto, condanna *Controparte_5* *[...]* a tenere indenne la *Controparte_1* di quanto è tenuta a pagare in favore di *Parte_1* per effetto della presente sentenza a titolo di risarcimento danni, nei limiti del massimale e della S.I.R. contrattualmente previsti ed indicati in parte motiva;

3. RIGETTA le domande proposte dalla *Controparte_1* e da *[...]* *Controparte_5* nei confronti di *CP_4* e di *Parte_2* ;

4. CONDANNA la *Controparte_1* e *[...]* *Controparte_5* al pagamento delle spese di lite in favore di: *Parte_1* , che liquida in € 14.170,00 per compensi ed € 1.075,00 per spese, oltre spese generali, I.V.A. e cassa come per legge, con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario; *CP_4* , che liquida in € 14.170,00 per compensi, oltre spese generali, I.V.A. e cassa come per legge; *Parte_2* , che liquida in € 14.170,00 per compensi, oltre spese generali, I.V.A. e cassa come per legge, con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario.

Così deciso il 17.5.2025

IL GIUDICE

Dott.ssa Ilaria Pepe

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-817