**N. R.G. 3411/2018**

**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**IL TRIBUNALE DI BARI**

**SEZIONE TERZA CIVILE**

In persona del Giudice unico dott. Sergio Cassano ha emesso la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I grado iscritta al n. 3411/2018 R.G., avente ad oggetto "lesione personale", promossa da:

*Parte_1*, rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] e dall'avv. [redacted] come da mandato in atti

**- parte attrice –**

**CONTRO**

*Controparte_1* in persona del suo Direttore Generae *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] come da mandato in atti

**- convenuta-**

**Conclusioni:** come da verbale odierno.

**RAGIONI DELLA DECISIONE**

Con atto di citazione in riassunzione notificato il 22.2.2018, *Parte_2* ha convenuto in giudizio il l'*Controparte_1* affinché l'intestato Tribunale provvedesse ad "*in via preliminare accertare e dichiarare la responsabilità dell'* *Controparte_2* *[...]* *in persona del legale rappresentante pro-tempore ut supra, per quanto ai postumi ascrivibili a trattamento medico non congruo, in danno della sig.ra* *Parte_2*, *di insorgenza di una osteomielite cronica all'anca destra; la persistenza nell'organismo di un "corpo estraneo metallico" nonché per i disturbi di natura psichica, correlati al fatto di dover convivere con una "infezione potenzialmente pericolosa" (in quanto sostenuta da batteri fortemente resistenti alle terapie antibiotiche); • In via principale condannare l'* *Controparte_2* *[...]* *in persona del legale rappresentante pro-tempore ut supra, al risarcimento di tutti i*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

*danni biologici, morali, materiali ed esistenziali subiti e subendi dalla sig.ra* *Parte_2* *quantificati nella somma di €. 182.680,00, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria con decorrenza dalla data del sinistro al soddisfo ed in favore della medesima; • Con vittoria di spese e competenze di giudizio da distrarre in favore dello scrivente difensore costituito ex art. 93 cpc.".*

In particolare, l'attrice ha allegato che:

- in data 22 luglio 2013 la sig.ra *Parte_2* rimaneva vittima di un sinistro stradale, in occasione del quale riportava una "*frattura pluriframmentaria dell'acetabolo di dx e frattura scomposta branca ischio-pubica di sx*" a seguito del quale veniva ricoverata nella U.O di Ortopedia dell'Ospedale [redacted] di [redacted]

- in data 26 luglio 2013 veniva trasferita presso il *Controparte_2* U.O *CP_3* dove, in data 31 luglio 2013, veniva sottoposta ad intervento di "riduzione e sintesi con placca e viti per via anteriore" ed in data 5 agosto 2013, ad intervento di "riduzione e sintesi con placca e viti di Styker per via posteriore";

- dimessa il 21 agosto 2013, veniva nuovamente ricoverata in pari data, presso l'istituto riabilitativo [redacted] di [redacted] dove, all'esame obiettivo al momento del ricovero, veniva descritta una "cicatrice chirurgica gluteo dx aperta (4cmx2cm), profonda 5cm sottominata";

- in data 4 settembre 2013 veniva ricoverata presso la U.O di Chirurgia Generale dell'Ospedale di [redacted] per intervento di "colecistectomia" e, contestualmente, veniva ribadita la presenza di una "Ferita infetta coscia destra" con necessità di ricovero presso il reparto di ortopedia del medesimo ospedale;

- trasferita presso la U.O di Ortopedia del medesimo Ospedale, a seguito dell'esecuzione di vari tamponi della ferita con esami colturali, si identificavano due batteri ad elevata antibiotico resistenza: un "Acinetobacter baumannii complex" e lo "Pseudomonas aeruginosa";

- veniva sottoposta ad intensa terapia antibiotica ed a medicazioni quotidiane, anche a "pressione negativa" venendo così dimessa in data 13 novembre 2013 con diagnosi di "Ferita aperta coscia destra in pz con osteosintesi per pregressa frattura acetabolo di dx e branca ischio-pubica di sx";

- il 2 dicembre 2013 veniva nuovamente ricoverata, questa volta presso la *Controparte_4* dell'Istituto [redacted] di [redacted] (BL) con diagnosi di "infezione anca dx in esiti di osteosintesi su frattura acetabolo"; veniva poi dimessa in data 21 dicembre 2013 con pari diagnosi;

- in data 17 marzo 2014, subiva un nuovo ricovero (sempre a [redacted] e nuovamente sottoposta ad altro ciclo di infiltrazioni con antibiotici e ad ulteriori controlli e la si dimetteva in data 5 aprile 2014 con diagnosi di "osteomielite cronica anca destra";



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

- nel corso della degenza, si eseguiva anche una TC del bacino, che evidenziava un frammento metallico nel piede dell'ileo identificato dapprima come “frammento vite” e, successivamente, presso altro laboratorio radiologico, come “probabile punta di trapano”;
- a causa di quanto predetto, la sig.ra *Pt_2* non riesce più ad effettuare una deambulazione autonoma essendo ella, inoltre, costretta a sottoporsi a futuri cicli terapici specifici presso la predetta struttura sanitaria [redacted] .

Sicché l’attrice ha dedotto di aver subito un grave nocumento derivato dal trattamento chirurgico subito presso il [redacted] – U.O di Ortopedia – da cui sarebbe derivato pertanto un “*danno biologico che si estrinseca nelle seguenti forme: 1. insorgenza di una osteomielite cronica all'anca destra; 2. persistenza nell'organismo di un “corpo estraneo metallico”; 3. disturbi di natura psichica, correlati al fatto di dover convivere con una “infezione potenzialmente pericolosa (in quanto sostenuta da batteri fortemente resistenti alle terapie antibiotiche)*”.

In ragione di tanto, l’attrice ha concluso come in epigrafe riportato.

Con comparsa di costituzione e risposta depositata il 7.6.2018, il *Controparte_2* ha eccepito l’infondatezza in fatto e in diritto della domanda.

Istruita con prove documentali e ctu medico legale la causa è stata rinviata per la discussione e la decisione ai sensi dell’art. 281 *sexies* c.p.c.

******

La domanda è fondata nei limiti che si vanno ad esporre.

Prima di scrutinare la fondatezza della domanda attorea e, dunque, di accertare l’eventuale sussistenza della responsabilità della struttura sanitaria ove *Pt_2* fu sottoposta ad intervento chirurgico, si rende preliminarmente necessaria l’individuazione della normativa applicabile alla vicenda in esame che involge un fatto storico avvenuto nel luglio e agosto del 2013.

In primo luogo, va rimarcato che consolidata giurisprudenza, anche prima della positivizzazione dell’istituto con la L. 24/2017, riconosceva lo statuto normativo applicabile al rapporto fra paziente e struttura ospedaliera come quello proprio della responsabilità da inadempimento contrattuale, di cui all’art. 1218 c.c.

In particolare, il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura (o ente ospedaliero) trova la sua fonte nel contratto atipico c.d. di spedalità, concluso tra le parti per *facta concludentia*, ossia mediante la mera accettazione del malato presso la struttura.

Si tratta di un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa



Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze.

Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale.

Ebbene, nel caso *de quo*, l'attrice ha agito nei confronti della struttura sanitaria sicché la responsabilità da essa fatta valere andrà scrutinata alla luce dello statuto proprio della responsabilità contrattuale.

Tanto chiarito, per quanto attiene agli oneri probatori ricadenti sulle parti con specifico riguardo alla responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, vengono in rilievo i più recenti approdi della Corte di Cassazione, che hanno apportato significativi correttivi al risalente indirizzo giurisprudenziale inaugurato da Cass., S.U. 13533/2001, a tenore del quale, in tema di inadempimento di un'obbligazione, il creditore che agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve soltanto provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto ed il relativo termine di scadenza, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento (o del non esatto adempimento) della controparte, gravando viceversa sul debitore convenuto l'onere della prova del fatto estintivo, impeditivo o modificativo dell'altrui pretesa.

Orbene, le sentenze n. 28991/2019 e n. 28992/2019 (pronunciate nell'ambito del c.d. progetto "Sanità"), nel riprendere il principio di diritto già enunciato con la sentenza n. 18392/2017, affermano che "*ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione*".

Nel dettaglio, relativamente al rapporto tra responsabilità contrattuale in campo medico e causalità materiale, la Corte di cassazione ha premesso innanzitutto che incombe sul paziente creditore di provare l'esistenza del nesso di causalità fra l'inadempimento ed il pregiudizio alla salute; diversamente opinando, infatti, si espungerebbe dalla fattispecie costitutiva del diritto l'elemento della causalità materiale.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

Di contro, la causalità relativa tanto all'evento pregiudizievole quanto al danno conseguenziale è comune ad ogni fattispecie di responsabilità, contrattuale ed extracontrattuale, quale portato della distinzione fra causalità ed imputazione.

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

Sicché, "*la causalità materiale, pur teoricamente distinguibile dall'inadempimento per la differenza fra eziologia ed imputazione, non è praticamente separabile dall'inadempimento, perché quest'ultimo corrisponde alla lesione dell'interesse tutelato dal contratto e dunque al danno evento*".

Ragion per cui, la causalità ha una propria autonoma dignità solo quale causalità giuridica, ossia quale elemento che perimetra il danno risarcibile attraverso l'identificazione del nesso eziologico fra evento di danno e danno conseguenza ex art. 1223 c.c.

In termini di riparto dell'onere della prova, il precipitato dell'assorbimento pratico della causalità materiale nell'inadempimento è che grava sul creditore la prova della causalità giuridica (oltre che della fonte del diritto di credito), mentre è sufficiente la mera allegazione dell'inadempimento (nel quale è inglobata la causalità materiale) secondo quanto costantemente ribadito a partire dalla già richiamate Sezioni Unite, 30.10.2001, n. 13533.

Purtuttavia, la Suprema Corte, con i recentissimi interventi del novembre 2019, ha inteso precisare che in materia di *facere* professionale, "*la causalità materiale torna a confluire nella dimensione del necessario accertamento della riconducibilità dell'evento alla condotta secondo le regole generali sopra richiamate*". Ciò poiché "*se l'interesse corrispondente alla prestazione è solo strumentale all'interesse primario del creditore, causalità ed imputazione per inadempimento tornano a distinguersi anche sul piano funzionale (e non solo su quello strutturale) perché il danno evento consta non della lesione dell'interesse alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, ma della lesione dell'interesse presupposto a quello contrattualmente regolato*". Conseguentemente, "*dato che il danno evento nelle obbligazioni di diligenza professionale riguarda, come si è detto, non l'interesse corrispondente alla prestazione ma l'interesse presupposto (diritto alla salute), la causalità materiale non è praticamente assorbita dall'inadempimento. Quest'ultimo coincide con la lesione dell'interesse strumentale, ma non significa necessariamente lesione dell'interesse presupposto*".



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

Sicché l'allegazione dell'inadempimento non postula *ex se* l'allegazione anche del danno-evento il quale, attenendo a un interesse ulteriore rispetto a quello perseguito dalla prestazione, non è necessariamente collegabile al mancato rispetto delle *leges artis*, ma ben può essere riconducibile a una causa diversa dall'inadempimento.

Detto altrimenti, "*la violazione delle regole di diligenza professionale non ha un'intrinseca attitudine causale alla produzione del danno evento, poiché l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie non sono immanenti nella violazione delle leges artis e possono avere una diversa eziologia*".

Sul creditore, pertanto, grava l'onere di allegare la connessione puramente naturalistica fra la lesione della salute (in termini di aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie) e la condotta del medico.

La causalità materiale diventa, dunque, nelle obbligazioni di diligenza professionale, elemento costitutivo della fattispecie dedotta in giudizio con conseguente onere probatorio in capo al creditore/attore.

In sostanza, il creditore di prestazione professionale che alleghi un evento di danno alla salute, non solo deve provare quest'ultimo e le conseguenze pregiudizievoli che ne siano derivate (c.d. causalità giuridica), ma deve provare anche, avvalendosi eventualmente pure di presunzioni, il nesso di causalità fra quell'evento e la condotta del professionista nella sua materialità, impregiudicata la natura di inadempienza di quella condotta, inadempienza che al creditore spetta solo di allegare.

Chiariscono le pronunce di San Martino che "*una volta che il creditore abbia provato, anche mediante presunzioni, il nesso eziologico fra la condotta del debitore, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, sorgono gli oneri probatori del debitore, il quale deve provare o l'adempimento o che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle*".

Il nesso di causalità materiale che il creditore della prestazione professionale deve provare è quello fra comportamento commissivo o omissivo del sanitario e danno evento in termini di aggravamento della situazione patologica o di insorgenza di nuove patologie; il nesso eziologico che invece spetta al debitore di provare, dopo che il creditore abbia assolto il suo onere probatorio, è quello fra causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176, comma 1, c.c. ed impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale (art. 1218 c.c.). In caso di raggiungimento della prova della c.d. causalità estintiva, l'aggravamento della situazione patologica

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

o l'insorgenza di una nuova patologia, pur eziologicamente riconducibile all'intervento sanitario, non è imputabile al medico.

In conclusione, se, pur con il ricorso a presunzioni, permanga ignota la causa dell'evento di danno, il relativo rischio graverà sul creditore della prestazione professionale che vedrà respinte le sue istanze risarcitorie.

Ove viceversa, resti ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale o indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, il relativo rischio graverà sul debitore che, provati gli altri elementi costitutivi della sua responsabilità, sarà chiamato a risponderne.

Così brevemente ricostruite le coordinate ermeneutiche in materia e facendo applicazione dei più recenti approdi interpretativi della giurisprudenza di legittimità alla vicenda in esame, deve in primo luogo rilevarsi che l'attrice ha prospettato una responsabilità della struttura sanitaria convenuta che la ebbe in cura evidenziando diverse inadempienze ed in particolare rilevando le seguenti: "*occorre riconoscere in maniera inequivocabile il grave nocumento in danno della sig.ra* Parte_2 *, derivato dal trattamento chirurgico subito presso il* [redacted] *- U.O di Ortopedia* [il 26 luglio 2013 di "riduzione e sintesi con placca e viti per via anteriore" ed in data 5 agosto 2013, ad intervento di "riduzione e sintesi con placca e viti di Styker per via posteriore, *ndr*] *delineando pertanto un "danno biologico" che si estrinseca nelle seguenti forme: 1. insorgenza di una osteomielite cronica all'anca destra; 2. persistenza nell'organismo di un "corpo estraneo metallico"; 3. disturbi di natura psichica, correlati al fatto di dover convivere con una "infezione potenzialmente pericolosa" (in quanto sostenuta da batteri fortemente resistenti alle terapie antibiotiche)*".

Ora, sul punto, preme richiamare, perché condivise in quanto immuni da vizi logico-giuridici, le risultanze della consulenza espletata in corso di causa.

Il consulente nominato, analizzando la documentazione prodotta dall'attrice, ha ricostruito i fatti come segue: Parte_2 *all'epoca quarantanovenne, il 22 luglio 2013 fu ricoverata nella Unità Operativa di Ortopedia -Traumatologia del* [redacted] *di* [redacted] *Il ricovero (...) trovava suffragio nella ricorrenza di multiple lesioni di natura genericamente traumatica contusiva rappresentate da una "frattura pluriframmentaria dell'acetabolo di destra con scomposizione dei frammenti ossei e con risalita della testa femorale", da una "frattura scomposta della branca ischio - pubica di sinistra", da una "frattura del III medio del radio di sinistra", da una "frattura -lussazione del processo xifoideo dello sterno" e da "fratture costali (a destra dalla VI alla IX ed a sinistra della V)". Si trattava di effetti traumatici in prevalenza discontinuativi ossei che giustificavano appieno la ospedalizzazione e gli stessi, in vero di significativa entità, ben potevano ascriversi all'incidente*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

*stradale, quale per l'appunto quello circostanziato dalla stessa Pt_2 allorquando ebbero inizio le operazioni di consulenza e concretizzatosi – in sintesi – nella "perdita di controllo dell'autovettura" su cui era alla guida e nella successiva "uscita di strada della stessa", (...). Nel corso della degenza si provvide ad "immobilizzare il polso sinistro in apparecchio gessato" e (...) fu ritenuto opportuno (...) trasferire la Pt_2 presso la Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia I del [redacted] di Bari. Tanto avvenne il 26 luglio 2013. Il 26 luglio 2013, alle ore 21,30, Parte_2 fu pertanto ricoverata – proveniente da [redacted] – nell'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia I del [redacted] di Bari. Attuato l'iniziale monitoraggio delle condizioni generali, facendosi contestuale ricorso ad accertamenti laboratoristico -strumentali e clinici, il 31 luglio 2013 fu eseguito per il trattamento della frattura acetabolare un primo intervento chirurgico concretizzatosi in un a "riduzione e sintesi con placca e viti per via anteriore". La procedura, non eseguibile in un unico tempo in presenza di una "emodinamica tendenzialmente instabile", fu completata il 5 agosto 2013 con un secondo intervento, questa volta di "riduzione e sintesi con placca e viti di Stryker per via posteriore". Si fece altresì ricorso a trasfusioni di sangue segnalandosi, in particolare, in tale ultima data che era "in corso terapia antibiotica con Targosid e Cefazolina" (cfr. diario infermieristico) ovvero con un antibatterico contenente, quale principio attivo, la teicoplanina e con una cefalosporina di prima generazione. Il decorso post -operatorio – e ci riferiamo a quello successivo al secondo intervento – fu sostanzialmente regolare, ancorché contraddistinto dalla necessità di compensare le perdite ematiche cagionate dagli atti cruenti ed il 12 agosto 2013 da una "improvvisa parestesia del piede destro" che, insorta dopo mobilizzazione dell'anca destra avvenuta il giorno precedente ("ieri ore 20,00"), regredì, in assenza di evidenti alterazioni alla tomografia computerizzata. Il 16 agosto 2013 fu annotata nel "diario clinico" la esecuzione della "medicazione" e la "rimozione parziale dei punti di sutura della via anteriore". Il 19 agosto 2013 fu ancora annotato che si attuava la "medicazione della ferita chirurgica", senza nulla aggiungere in merito allo stato della stessa. Il 21 agosto 2013 Parte_2 fu dimessa con indicazioni terapeutiche. (...) In sintesi, presso il Controparte_2 si fece compiutamente e correttamente ricorso ad un trattamento chirurgico della frattura acetabolare mediante due accessi chirurgici – quello anteriore e quello posteriore - che, ancorché attuati in tempi diversi – potevano ben considerarsi garantisti di una sufficiente ripresa funzionale dell'anca destra. Né – in concreto – potevano prendersi in considerazione ed attuarsi misure terapeutiche alternative a quelle chirurgiche, considerata la complessità del traumatismo contraddistinta da una scomposizione dei frammenti ossei e da una risalita della testa femorale.*

*"Successivamente, il 21 agosto 2013 Parte_2 fu ricoverata presso l'Istituto [redacted] di [redacted] e tale ricovero era finalizzato alla esecuzione di fisioterapia (...). All'ingresso presso l'Istituto [redacted]*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

*furono poste in obiettiva evidenza una "cicatrice chirurgica estesa dalla spina iliaca destra al pube" e una "cicatrice chirurgica in corrispondenza del gluteo destro aperta (4 cm. X 2 cm) profonda 5 cm. e sottominata". Il 22 Luglio 2013, così come emerge dal "diario clinico", la "ferita e le iniziali deiscenze chirurgiche" furono "fatte visionare ai parenti presenti" ed analogo atto fu attuato il 23 Agosto successivo, riservando in tale occasione la "visione agli altri colleghi ed infermieri" (...). Il 29 agosto* Parte_2 *fu dimessa dall'Istituto* [redacted] *ove il 26 agosto precedente erano state acquisite le risultanze di un esame colturale su catetere venoso, dimostrative della presenza di "numerose colonie di escherichia Coli*".

Poco dopo, e precisamente "*il 2 settembre 2013* Parte_2 *fu ricoverata nell'Unità Operativa di Chirurgia del Presidio Ospedaliero* [redacted] *di* [redacted] *Deve ritenersi - per quel che emerge dalla sola "lettera di dimissione" e in ragione di quanto precisato dalla stessa* Pt_2 *allorquando ebbero inizio le operazioni di consulenza - che alla ospedalizzazione si pervenne per una "severa colecistite gangrenosa" che fu trattata chirurgicamente ("colecistectomia") il 4 Settembre*".

"*Dalla lettera di dimissione* [emerge] *che sempre il 4 Settembre 2013 la* Pt_2 *fu trasferita in Rianimazione ove rimase degente sino al 5 Settembre successivo allorquando fece rientro in Chirurgia per rimanervi sino al 17 Settembre 2013*".

Dal 17 settembre 2013 al 13 novembre 2013 fu trasferita presso lo stesso plesso ospedaliero *[...* CP_5 così circostanziandosi la diagnosi: "*ferita infetta coscia destra in paziente con osteosintesi placca e viti per pregressa frattura dell'acetabolo e branca ischio pubica destra, frattura III medio distale ulna sinistra, frattura distale V metatarso destro in trattamento, colecistectomia per severa colecistite gangrenosa il 4 Settembre 2013*".

Nel corso di tale ricovero furono attuati esami colturali su tampone della ferita chirurgica, da identificare attendibilmente in quella definita "deiscente" presso l'Istituto [redacted] con isolamento a più riprese (12 settembre, 26 settembre, 7 ottobre) dell'"Acinetobacter Baumanni" e (30 ottobre, 8 novembre) dello "Pseudomonas Aeruginosa".

Inoltre, "*la ricorrenza di una "ferita infetta della coscia destra in paziente trattata con osteosintesi con placca e viti per frattura dell'acetabolo", affetta altresì da "frattura dell'ulna sinistra e del V metatarso", fu richiamata nel corso di due visite ortopediche eseguite in* [redacted] *il 16 novembre ed il 18 novembre 2013*".

Risulta, quindi, che Parte_2 *fu dal 2 Dicembre al 21 Dicembre 2013, dal 17 Marzo al 5 Aprile 2014 e dal 2 Novembre al 21 Novembre 2015 ricoverata presso la Unità Operativa di Ortopedia [..* CP_6 *dell'Istituto* [redacted] *di* [redacted] *che in occasione del primo di tali ricoveri fu richiamata la "frattura dell'acetabolo destro trattata con placca/viti complicatasi con una deiscenza*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

*della ferita associata ad una positività del tampone per Pseudomonas Aeruginosa" e che nel corso di tali ricoveri, provvedendosi alla esecuzione – in particolare – di "terapia antibiotica per via locale", fu dapprima formulata a carico dell'anca la diagnosi di "protesi infetta" e poi sia di "osteomielite" che di "osteoartrite settica*".

In particolare, il consulente tecnico ha evidenziato che "*nel corso sia del secondo che del terzo di tali ricoveri (...) le indagini radiologiche posero in evidenza a carico dell'anca destra e comunque del bacino la presenza dei mezzi di sintesi applicati sia il 31 luglio che il 5 agosto 2013 in CP_2 e, oltre ad essi e da essi scollegato, un frammento di "vite", ascritto ad una "punta di trapano" da colui che refertò l'esame radiologico richiesto, quale accertamento complementare, allorquando ebbero inizio le operazioni di consulenza*".

Ciononostante, il consulente ha ritenuto che il frammento di "vite" o di "punta di trapano", non connoti – di per sé – una censurabile condotta degli ortopedici del [redacted] barese, dovendosi rilevare che può configurare – stante il mancato rilievo radiologico di esso in epoca antecedente il secondo ricovero in [redacted] – un evento sopravvenuto alle prestazioni rese da essi (ortopedici).

In tale ultima ipotesi potrebbe trattarsi, "*considerata la entità dei mezzi di sintesi posizionati per il trattamento della frattura acetabolare ed ancora oggi presenti*", di un "*frammento di una vite scollegato*", derivante da una maggiore usura dei mezzi di sintesi, senza risultare dimostrativo di un errore medico.

Tuttavia, la Pt_2 in seguito all'intervento chirurgico eseguito presso il [redacted] in data 31 luglio 2013 e 5 agosto 2013, sviluppò una infezione nosocomiale.

Ebbene, secondo il ctu "*nel caso di specie, vi è comunque rapporto causale tra le procedure chirurgiche adottate in CP_2 e la infezione sia della ferita chirurgica che dell'osso*" sicché "*vi è rapporto causale tra le procedure chirurgiche e la colonizzazione batterica della ferita chirurgica e del sottostante osso, dovendosi convenire che, in assenza di malattie di tipo infettivo sia locali che –in senso lato - sistemico del paziente ed in presenza di una frattura chiusa senza soluzione di continuità della cute sovrastante, la penetrazione dell'agente etiologico si determinò o in sede di atto tecnico ovvero nell'immediato decorso post – operatorio*".

La individuazione della sorgente infettiva "*attendibilmente deve identificarsi in una sostanza e/o in uno strumento che venne a contatto con i tessuti molli del gluteo di destra in sede di intervento ovvero, anche se meno suffragabile, con la ferita chirurgica nell'immediato decorso post -operatorio senza escludersi, laddove vogliano richiamarsi i dati scientifici di merito innanzi sintetizzati, che lo stesso ortopedico ed i relativi collaboratori poterono rappresentare la fonte. Il contagio poté avvenire per inosservanza delle norme di igiene - pulizia delle mani sia degli operatori che del personale di sala*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

*operatoria ovvero di corsia nonché per via degli stessi liquidi di lavaggio a cui si fa ricorso in sede di intervento. Poté realizzarsi attraverso l'uso di ferri o di guanti o di teli che, utilizzati sia in sala operatoria che in corsia, non erano monouso ovvero – anche come tali - non compiutamente sterilizzati. Gli stessi mezzi metallici di sintesi impiantati –se non sterili o in alternativa se venuti a contatto a loro volta con materiale inquinato - possono aver rappresentato la sorgente infettiva*".

Il Consulente ha, dunque, ritenuto che "*nesso non può essere attribuito alle responsabilità degli operatori (medici e non, ovvero colpa medica ma non del medico), ma ad un "cedimento" della catena della prevenzione i cui obblighi spettano alla struttura che fornisce i servizi assistenziali*".

Dunque, "*nel caso in esame, è da ritenere comunque acclarato che la infezione – da considerare, come già detto, nosocomiale – ha sviato la normale evoluzione riparativa della frattura acetabolare destra, cagionando una maggiore durata della inabilità temporanea ed un danno biologico eccedente quello che la esclusiva lesione ossea avrebbe determinato*".

Del resto, in punto di onere probatorio, è ormai noto che in ipotesi di danni cagionati al paziente per effetto di infezione nosocomiale, "*la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: 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'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) 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 comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio*" (Cassazione civile sez. III, 13/06/2023, n.16900).

Sicché il soggetto danneggiato è tenuto a dimostrare la diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria.

Assolto tale onere -anche mediante presunzioni- sarà la struttura sanitaria a dover dimostrare l'interruzione del nesso causale per andare esente da ogni responsabilità per i danni subiti dal paziente,



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

provando la specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione.

Per dirsi raggiunta tale ultima prova è necessario che la struttura dimostri non una semplice astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei ad evitare il rischio di infezioni ospedaliere a carico della generalità dei pazienti ma la concreta impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione direttamente e immediatamente nei confronti del singolo paziente danneggiato (cfr. tra le altre, Corte di Cassazione n. 549 del 22/02/2023, Corte appello Milano sez. II, 04/05/2023, n.1430, Corte appello Palermo sez. II, 28/09/2023, n.1671).

Nella specie, mentre è stato escluso dal consulente l'inadempimento delle prestazioni gravanti a carico dei sanitari, i quali, contrariamente a quanto dedotto dall'attrice, hanno agito correttamente dal punto di vista del trattamento operatorio, le inadempienze relative alle altre condotte censurate (negligenza della struttura sanitaria che ha cagionato un danno biologico che si è estrinsecato nella *"insorgenza di una osteomielite cronica all'anca destra"*) sono state ritenute fondate dal ctu.

D'altra parte, la convenuta non ha assolto all'onere probatorio su essa incombente: non ha cioè prodotto, come invece avrebbe dovuto sulla scorta dei principi delineati da Cassazione civile sez. III, 13/06/2023, n.16900 cit.: a) i protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) le modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) le forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) l'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) i criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) le procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) il rapporto numerico tra personale e degenti; k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) la redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) l'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

A ciò aggiungasi che non ha neppure dimostrato la concreta impossibilità dell'esecuzione dell'esatta prestazione direttamente e immediatamente nei confronti del paziente creditore della stessa, *Pt_2*

*[...]*

Sicché, come visto, provata la diretta riconducibilità della contrazione dell'infezione alla struttura sanitaria convenuta, rimanendo tuttavia ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale o indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, il relativo rischio graverà sulla struttura debitrice sarà chiamata a risponderne.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

Alla luce di tanto non può che concludersi ritenendo sussistente la responsabilità dell' *[...]* *Controparte_2* ai sensi dell'art. 1218 c.c. – e dunque per fatto proprio e non dell'ausiliario ai sensi dell'art. 1228 c.c., attesa la correttezza dell'operato dei sanitari - per l'inadempimento lamentato dall'attrice e, per l'effetto, in favore di quest'ultima va senza dubbio riconosciuto il risarcimento del danno.

Deve dunque ora procedersi alla liquidazione dei danni azionati.

Quanto ai postumi permanenti, gli stessi, secondo quanto riportato nell'elaborato peritale, risultano collocabili "*quale danno biologico, in una percentuale del 22% mentre, in assenza della infezione nosocomiale e quindi della osteomielite, ci saremmo dovuti attendere orientativamente un pregiudizio del 15%. Ne consegue che il danno biologico differenziale da ascrivere alla infezione nosocomiale, precipuamente alla osteomielite, risulta pari al 7%, dovendosi precisare che in tale percentuale può collocarsi - di per sé ed allorquando l'evoluzione della infezione sia giunta ad un esaurimento, non già ad un "raffreddamento" - l'esito di una osteomielite non grave, come quella inerente alla vicenda sanitaria che stiamo trattando*".

Il domandato danno psichico non può essere riconosciuto: infatti, in sede di consulenza, "*non è emersa una situazione deficitaria psichica, dovendosi rilevare che la Pt_2 in tal senso non ha lamentato alcuna sintomatologia né ha menzionato il ricorso ad eventuali controlli specialistici, ancorché in assenza di certificazioni in atti suffraganti una storia clinica, e/o alla assunzione di specifiche terapie*".

Si tratta, allora, di quantificare il danno c.d. iatrogeno (e cioè l'aggravamento di postumi che comunque sarebbero residuati, ma in minor misura), facendo applicazione della Tabella Unica Nazionale per il Calcolo del Danno Non Patrimoniale ex DPR n. 12 del 13/01/2025.

Tale quantificazione va operata monetizzando il grado complessivo di invalidità permanente accertato *in corpore* (nella specie 22%); monetizzando il grado verosimile di invalidità permanente che sarebbe comunque residuato all'infortunio anche in assenza dell'errore medico (nella specie 15%); detraendo il secondo importo dal primo (nella specie 7%).

Applicato siffatto criterio, e tenuto conto dell'età della vittima (di anni 49 al momento della contrazione dell'infezione nosocomiale) il danno biologico permanente va liquidato in base alla detta tabella unica nazionale, con percentuale di danno morale di grado medio non essendovi concrete ragioni per discostarsi da esso, nella complessiva somma di euro 45.735,00 (I.P. al 22% euro 96.238,00-I.P. al 15% euro 50.503,00).

Quanto ai danni da inabilità temporanea, tenuto conto del valore aggiornato all'1.1.2024 per la liquidazione *pro die* del danno non patrimoniale da inabilità temporanea al 100% (€ 115,00), va



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

riconosciuta all'attrice l'ulteriore somma di € 17.020,00 (€ 13.570,00 per i 118 giorni di inabilità temporanea al 100%, € 3.450,00 per i 60 giorni di inabilità temporanea al 50%).

Al fascicolo di parte attrice risultano allegate ricevute/fatture relative a spese mediche sostenute.

Escludendosi le spese inerenti al rilascio della cartella clinica, quelle relative agli spostamenti anche in aereo e quelle inerenti all'acquisto di presidi terapeutici "risulterebbero ascrivibili alla infezione spese per un importo complessivo di euro 621,28".

Sicché, l' *Controparte_2* va condannato alla corresponsione nei confronti di *Parte_2* della somma di € 62.755,00 per danno non patrimoniale e di euro 621,28 per danno patrimoniale.

Non possono essere riconosciuti gli interessi compensativi, a decorrere dal momento dell'evento dannoso, ritenendo che la somma rivalutata (cioè liquidata in moneta attuale), in assenza di prova contraria, ricomprenda il danno causato dal ritardato pagamento dell'equivalente monetario (giurisprudenza costante v. da ultimo Cass. n. 6351 del 2025).

Per quanto attiene al periodo intercorrente tra la data della presente sentenza e la data dell'effettivo pagamento, sulla somma liquidata dovranno essere corrisposti, per effetto della pronuncia di liquidazione del danno, che attribuisce al *quantum* dovuto natura di debito di valuta, in applicazione dell'art. 1282 cod. civ., gli ulteriori interessi al tasso legale.

Le spese seguono la soccombenza e vengono liquidate in dispositivo ex DM 55 del 2014 e ss.mm.ii. in relazione alla somma effettivamente liquidata e facendo applicazione, tenuto conto del valore della causa, del valore minimo dello scaglione attesa anche scarna attività difensiva espletata nel giudizio fondatosi sul solo esito della CTU e limitata, nella fase decisionale, alla sola discussione orale.

Le spese dell'espletata consulenza tecnica d'ufficio, per come liquidate in corso di causa, vanno poste definitivamente a carico della convenuta.

**P.Q.M.**

Il Giudice, definitivamente pronunziando sulla domanda proposta da *Parte_2* contro l' *[...] Controparte_7* *Controparte_2* in persona del Direttore generale p.t., così provvede:

1. accerta l'inadempimento dell' *Controparte_8* e quindi la sua responsabilità ai sensi dell'art. 1218 c.c.;

2. condanna l' *Controparte_8* in persona del Direttore generale *pro tempore*, al pagamento, a titolo di risarcimento del danno in favore di *Pt_2 [...]* della somma di € 62.755,00 per danno non patrimoniale e di euro 621,28 per danno patrimoniale, oltre agli interessi legali nella misura indicata in motivazione;



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497

3. Condanna l’ *Controparte_8* in persona del Direttore generale *pro tempore*, al pagamento in favore dei difensori di parte attrice, dichiaratisi antistatari, della somma di euro 759,00 per esborsi ed euro 7.052,00 per compensi (1276 per fase di studio, 814 fase introduttiva, 2835 fase istruttoria, 2127 fase decisionale), oltre spese generali, i.v.a. e c.a.p. come per legge;

4. pone definitivamente le spese della C.T.U., già liquidate come da separato decreto, a carico della convenuta.

Così deciso in Bari il 9.7.2025

Il Giudice

Sergio Cassano

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-497