REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di BARI

SEZIONE TERZA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Lidia del Monaco, ha pronunciato *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 1327/2016 promossa da:

Parte_1 **,** con il patrocinio dell'avv. [redacted]

attrice

contro

Controparte_1 con il patrocinio dell'avv. [redacted]

convenuta

CONCLUSIONI

come da note depositate per l'udienza del 16.10.2024 – sostituita dal deposito di note di trattazione scritta *ex* art. 127 *ter* c.p.c. – quivi da intendersi integralmente trascritte

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Si procede alla redazione della presente sentenza senza la parte sullo svolgimento del processo ai sensi dell'art. 45 c. 17 L. n. 69/2009. Nei limiti di quanto strettamente rileva ai fini della decisione (cfr. il combinato disposto degli artt. 132 co. 2 n. 4 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c.), le posizioni delle parti e l'iter del processo possono sinteticamente riepilogarsi come segue.

Con ricorso ex artt. 702 bis e ss c.p.c. depositato il 29.1.2016 *Parte_1* ha agito in giudizio nei confronti della *CP_2* per ottenere il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale patito in conseguenza della infezione nosocomiale contratta nel corso del ricovero presso l'Ospedale di [redacted] e pari ad euro 77.317,55 "*o di quell'altra minor somma che sarà ritenuta provata e/o di Giustizia*" con vittoria di spese del giudizio di merito e di quello di accertamento tecnico espletato *ante causam*.

A sostegno della domanda parte attorea ha allegato: di aver subito un infortunio in data 4.5.2012 a seguito del quale veniva trasportata da un'autoambulanza presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di [redacted] ove veniva disposto il ricovero con diagnosi "frattura pluriframmentaria polso destro. Frattura collo femore destro"; di esser stata sottoposta l'11.5.2012 ad un primo intervento per la riduzione della frattura del femore ed, in data 18.5.2012, ad un secondo intervento di osteosintesi del

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

polso; che il 21.5.2012 veniva dimessa con prescrizione di divieto di carico per giorni 30; che il 30.6.2012 si faceva condurre presso il [redacted] di Andria ove veniva posta diagnosi "sospetto focolaio bronco – polmonare basale dx" con prescrizione di terapia antibiotica e controllo a giorni 20 mediante rx torace ed emocromo; che il 5.9.2012, a seguito dell'aggravarsi della patologia, veniva ricoverata presso la Divisione di Malattie infettive del presidio ospedaliero di [redacted] con diagnosi "stato settico"; che a fronte del riscontro di " lieve versamento pericardico, formazioni filamentose mobili in sede mitralica con protrusione sistolica in ventricolo della lunghezza di cm 3 riferibili a vegetazione endocarditiche. Associata insufficienza valvolare di grado severo" veniva trasferita presso l'UO di Cardiochirurgia del [redacted] di Bari con diagnosi "Endocardite mitralica, Insufficienza mitralica, Embolia settica splenica"; che il 15.9.2012 veniva sottoposta ad intervento chirurgico di sostituzione valvolare con protesi meccanica e splenectomia e dimessa il 24.9.2012 con diagnosi "endocardite della valvola mitrale con insufficienza severa ed embolizzazione settica in sede splenica trattata mediante intervento di sostituzione valvolare mitralica con protesi meccanica ST Jude n. 33 e splenectomia"; che a seguito dell'intervento veniva isolato dall'ascesso splenico l'Enterococcus faecalis per cui veniva disposto un nuovo ricovero in data 24.9.2012 presso la divisione di Malattie infettive di [redacted] per i trattamenti del caso; che veniva dimessa il 15.10.2012 con diagnosi definitiva " endocardite infettiva della mitrale da enterococcus faecalis su valvola nativa complicata da insufficienza mitralica severa. Sepsi da enterococcus faecalis con embolizzazione settica in sede splenica. Intervento di sostituzione valvolare mitralica con protesi meccanica e splenectomia. Pregresso politrauma"; che nello stesso giorno veniva ricoverata presso l'UO di Riabilitazione cardiorespiratoria [redacted] di [redacted] ove veniva dimessa il 30.10.2012".

L'attore allegando il collegamento causale tra l'infezione - determinante l'endocardite e la relativa sepsi ed embolizzazione settica in sede splenica - e la degenza presso il presidio ospedaliero di [redacted] - stante la mancata adozione delle misure finalizzate a garantire la sterilità degli ambienti sanitari - ha introdotto innanzi a questo Ufficio ricorso ex art. 696 *bis* c.p.c. conclusosi con il deposito della relazione peritale in data 14.4.2015.

Il CTU ha ravvisato la riconducibilità causale della infezione alla degenza ospedaliera e proceduto alla quantificazione dei danni patiti a causa della stessa dal *Pt_1* (quantificati in giorni 55 di ITT, in giorni 30 di ITP al 50%, in giorni 25 di ITP al 25% ed in una invalidità permanente in misura pari al 20%) pari ad euro 76.464,55.

Detto importo è stato oggetto della richiesta risarcitoria avanzata in questa sede a cui sono stati aggiunti euro 854,00 a titolo di esborsi sostenuti per la redazione della consulenza tecnica di parte.

Con decreto del 3.2.2016 è stata fissata l'udienza di comparizione al 6.7.2016.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Con comparsa depositata il 30.06.2016 si è costituita in giudizio la *CP_2* che ha eccepito la nullità dell'atto introduttivo per assenza dell'avvertimento di cui all'art. 163 c. 3 n. 7 c.p.c. e per mancata indicazione del *petitum*, mentre nel merito ha contestato la fondatezza della domanda per assenza di prova in ordine al nesso causale tra la condotta dei sanitari e l'insorgenza del fenomeno infettivo.

All'esito della prima udienza di comparizione, celebrata il 6.7.2016, è stata avanzata alle parti la seguente proposta conciliativa "corrisponda la convenuta all'attore la somma di euro 65.000,00 oltre rimborso delle spese giudiziali (comprese quelle della fase di atp) liquidate in euro 8.000,00".

Detta proposta è stata accettata dal *Pt_1* nel corso della successiva udienza di verifica celebrata il 26.10.2016, ma non dalla *CP_2* a scioglimento della riserva assunta a seguito di detta udienza è stato disposto, con provvedimento reso il 9.11.2016, il mutamento del rito da sommario di cognizione in ordinario.

Assegnati i termini di cui all'art. 183 c. 6 c.p.c. la causa è stata istruita mediante acquisizione della documentazione in atti e del fascicolo di ATP rubricato al n. 5288/2014 RG ed espletamento della prova testimoniale; matura per la decisione, è stata definita all'esito della udienza celebrata il 16.10.2024 nelle forme di cui all'art. 281 *sexies* c.p.c.

In via preliminare, non meritevole di accoglimento è l'eccezione spiegata dalla convenuta di nullità dell'atto introduttivo; la omessa determinazione dell'oggetto della domanda o delle ragioni di essa postula la totale omissione o l'assoluta incertezza del *petitum* - sia formale (il provvedimento giurisdizionale richiesto) che sostanziale (il bene della vita di cui si domanda il riconoscimento) - o della *causa petendi* (intesa quale esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda). Detta nullità va esclusa quando l'individuazione del *petitum* e della *causa petendi* sia possibile attraverso un esame complessivo dell'atto introduttivo del giudizio e dei documenti ad esso allegati.

Nel caso di specie parte attorea ha esplicitato, sin dalla instaurazione del giudizio, di agire nei confronti della *CP_2* per ottenere il risarcimento del danno patito a seguito della infezione nosocomiale contratta nel corso della degenza presso il [redacted] di [redacted]

Ancora in via preliminare, non meritevole di accoglimento è l'eccezione di nullità dell'atto introduttivo per violazione del disposto di cui all'art. 163 n. 7 c.p.c. come richiamato dall'art. 702 bis c.p.c.; al momento della costituzione la *CP_2* ha spiegato compiute difese nel merito che devono far ritenere l'eccezione sanata (cfr. ex multis C. n. 28646/2020 "In tema di nullità della citazione per l'inosservanza del termine di comparizione e l'omissione dell'avvertimento prescritto dall'art. 163, comma 3, n. 7, c.p.c., l'art. 164, comma 3, c.p.c., laddove esclude che l'invalidità sia sanata dalla costituzione del convenuto che la eccepisca, conseguendone la necessità della fissazione di nuova udienza nel rispetto dei termini, presuppone che il medesimo convenuto, nel costituirsi si sia limitato

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

alla sola deduzione del vizio senza svolgere le proprie difese nel merito, contegno che determina la sanatoria della detta nullità").

Scendendo al merito, la domanda è meritevole di accoglimento.

E' principio consolidato che, in tema di inadempimento di obbligazioni in materia sanitaria, il danno-evento consti nella lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del debitore 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 dell'obbligato, mentre è onere di quest'ultimo provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (v. Cass. n. 5490 del 22/02/2023; n. 4864 del 23/02/2021; n. 11599 del 15/06/2020; nn. 28991-28992 dell'11/11/2019; v. anche Cass. n. 24073 del 13/10/2017; n. 18392 del 26/07/2017; n. 15993 del 21/7/2011; Cass. Sez. U. n. 577 dell'11/1/2008).

Nello specifico ed in tema di infezioni nosocomiali, la Corte di Cassazione ha evidenziato (cfr. C. n. 4864 del 2021) che, in applicazione dei principi suesposti sul riparto dell'onere probatorio, spetterà alla struttura provare: a) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; b) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico. La relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. 15/06/2020, n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare.

Più in dettaglio, è stato precisato (Cass. n. 6386 del 03/03/2023) che - a fronte della prova presuntiva della contrazione in ambito ospedaliero ed ai fini della dimostrazione di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere - sulla struttura sanitaria gravi l'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

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'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 delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) delle misure di sorveglianza basate sui dati microbiologici di laboratorio; l) del report ad opera delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Tanto premesso deve ravvisarsi, nel caso in esame, il collegamento causale tra la degenza del *[...]* *Pt_1* presso l'Ospedale di [redacted] e l'insorgenza della infezione.

Le risultanze della consulenza tecnica espletata nel corso del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. - dai cui esiti si ritiene di non doversi discostare, in ragione della completezza, precisione e chiarezza dell'elaborato che le contiene, sorretto pure da spiegazioni ampie, convincenti e documentate – consentono di ravvisare la responsabilità della convenuta nella causazione dell'evento.

Il prof. *Per_1* consulente tecnico di Ufficio, ha dapprima precisato che la maggior parte delle infezioni veicolate da *enterococcus faecalis* è di origine nosocomiale ["studi recenti di epidemiologia molecolare suggeriscono che il fatto che l'*enterococcus faecalis* sia il maggior responsabile di infezioni nosocomiali dipenda anche dall'emergere di ceppi resistenti alla comune antibioticoterapia e da un incremento concomitante della patogenicità. La malattia sofferta dal sig. *Pt_1* deve pertanto essere ricondotta ad una infezione nosocomiale, contratta durante la sua degenza in Ospedale"].

Ora la diagnosi di endocardite interveniva nel settembre dell'anno 2012, poco dopo più di tre mesi dalle dimissioni dal nosocomio di [redacted] dal punto di vista della continuità fenomenologica il CTU ha rappresentato " (…) dall'anamnesi raccolta dal paziente nella visita risulterebbe che dopo la dimissione da [redacted] egli praticò terapia con antibiotici, che furono richiesti controlli dell'emocromo in data 7 giugno 29 giugno, oltre a continuare la terapia anticoagulante sino all'accesso al [redacted] di Andria il 30 / 06 / 2012 dove si recò per la comparsa di febbre oltre ai disturbi lamentati in precedenza. Dagli esami effettuati emergevano chiari i segni di un processo infiammatorio di natura infettiva con spiccata leucocitosi e marcata positività della proteina C Reattiva ed inoltre un impegno broncopolmonare confermato da esame Xgrafico, tanto che fu posta diagnosi di sospetto focolaio bronco- polmonare basale dx ed ovviamente prescritta terapia con antibiotici (Rocefin). L'antibiotico fu somministrato per un lungo periodo di tempo – risultano prescrizioni in data 4 luglio e 1 agosto – ma non sappiamo se in presenza di elevazione termica. Tutti questi fatti certificano la presenza di una situazione di malessere dopo la degenza ospedaliera e quindi le prescrizioni dei farmaci, ma soprattutto di antibiotici. Tuttavia tali cure non

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

hanno impedito lo svilupparsi dall'endocardite data la multi resistenza di antibiotici dell'*enterococcus fecealis*".

Il consulente ha ricondotto il danno valvolare alla infezione evidenziando che nel corso dei ricoveri presso l'Ospedale di [redacted] prima e del [redacted] di Andria poi non venivano riferite alterazioni cardiache; nei referti radiografici veniva evidenziato "fascio cardio vascolare nei limiti". Tanto consente di escludere la ricorrenza di una valvulopatia pregressa e di ritenere che la infezione abbia interessato una valvola che era sana. Nel corso dell'intervento cardiochirurgico, confermata la presenza della endocardite con insufficienza della valvola mitralica, si procedeva alla escissione ed all'impianto di valvola meccanica St Jude n. 33. Si asportava, al contempo, la milza dove si era stabilita una zona di necrosi per embolia settica; dall'ascesso splenico veniva isolato l'*enterococcus faecalis* indicato come causa della sepsi, della endocardite e dell'ascesso della milza.

In sede di replica alle osservazioni del consulente tecnico della odierna parte convenuta il CTU ha ribadito l'origine nosocomiale dell'infezione ["rischio evitabile ove si applichino tutte le cautele prudenziali"] e l'assenza, in atti, di "evidenze documentali dalle quali comprendere l'adozione di quelle misure di prevenzione (protocolli o linee guida, modelli organizzativi adottati, attività realizzate comprensive di pianificazione ed indicatori di processo, risultati conseguiti ecc) che il prestatore d'opera *Cont* è tenuto ad assicurare ai pazienti per contenere il predetto rischio". L'ausiliario ha avuto modo di chiarire che: il corteo sintomatologico del *Pt_1* ben si correlava – anche dal punto di vista cronologico e fenomenologico – agli effetti di un'infezione contratta durante la degenza nosocomiale; l'espressione " probabilmente un'infezione simile affonda le radici su base endogena: sono gli stessi enterococchi che popolano il digerente a scatenare l'infezione" presente nella bozza dell'elaborato peritale si sarebbe dovuta intendere nel senso che per la genesi dell'infezione non sia necessario che i batteri siano " ambientali" o esogeni atteso che i batteri fecali dello stesso paziente possono diventare contaminanti (quindi patogeni) in caso di mancata adozione di quelle misure minime di igiene personale che il personale aziendale deve assicurare.

Il CTU ha quantificato l'invalidità permanente a carico del *Pt_1* e causalmente correlabile ai fatti di causa in misura pari al 20%, un periodo di inabilità totale di giorni 55, un periodo di inabilità parziale al 50% per giorni 40 ed un periodo di inabilità parziale al 25% per giorni 40.

Gli esiti dell'indagine peritale sono corroborati dalle dichiarazioni rese dai testimoni escussi nel corso del presente giudizio i quali hanno escluso la ricorrenza di una causa alternativa di contagio essendo rimasto, il *Pt_1* in casa a seguito delle dimissioni dal nosocomio di [redacted] avvenute il 21.5.2012 e sino al 30.6.2012.

Sul punto deve, preliminarmente, ritenersi non fondata la eccezione di incapacità a testimoniare di *Testimone_1* – coniuge in regime di comunione legale del *Pt_1* – e ciò in quanto ai sensi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'art. 179 c.c. le somme percepite a titolo di risarcimento del danno non costituiscono oggetto della comunione e sono beni personali del coniuge.

Preme aggiungere che quanto rappresentato dai testimoni risulta avvalorato dalla circostanza che il *Pt_1* veniva dimesso dal nosocomio di [redacted] il 21.5.2012 con prescrizione di divieto di carico per giorni 30.

La *CP_2* non ha adempiuto, invece, all'onere assertivo e probatorio su di sé gravante.

Ai fini della liquidazione del danno deve farsi applicazione delle Tabelle di Milano, aggiornate al giugno 2024. Dette tabelle costituiscono il c.d. notorio locale cfr. Cass. n. 13431/2010; tra l'altro, le tabelle milanesi hanno assunto, nel tempo, vocazione nazionale, in quanto recanti i parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa e ad evitare, o quantomeno a ridurre, al di là delle diversità delle condizioni economiche e sociali dei diversi contesti territoriali, ingiustificate disparità di trattamento che finiscano per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3 Cost.

Al momento dell'evento *Parte_1* aveva 40 anni [redacted]; ne consegue il riconoscimento di: euro 83.418,00 a titolo di invalidità permanente (danno biologico/ dinamico relazionale con incremento per danno morale); euro 6.325,00 per giorni 55 di ITT; euro 1.725,00 per ITP al 50% per giorni 30; euro 718,75 per giorni 25 di ITP al 25% per complessivi ed attualizzati euro 92.186,75 che devono riconoscersi in favore di *Parte_1* nella minor misura di euro 77.317,55 oltre interessi legali di cui all'art. 1284 c. 1 c.c. - in assenza di allegazione in ordine alla ricorrenza dei presupposti per l'applicazione del disposto di cui all'art. 1284 c. 4 c.c. (cfr. *ex multis* C. n. 19063/2023) - con decorrenza dalla domanda al saldo come da conclusioni di cui al ricorso introduttivo (cfr. pag. 13 § II " *77.317,55 o di quell'altra minor somma che sarà ritenuta provata e/o Giustizia*") ribadite con il deposito delle note conclusive autorizzate del 17.2.2021 e, da ultimo, con le note di trattazione cartolare del 08.07.2023 e del 01.10.2024 in applicazione del principio di cui all'art. 112 c.p.c.

Le spese di lite sono regolare secondo soccombenza.

Per quelle del giudizio di accertamento tecnico preventivo si deve far ricorso ai parametri del DM n. 55/2014 vigente *ratione temporis* (tab n. 9 finca n. 4); quelle del giudizio di merito sono liquidate secondo i parametri di riferimento del DM n. 55/2014 e ss.mm.ii (tab 2, finca n. 4) applicate per il giudizio di istruzione preventiva e per la fase istruttoria e decisionale del giudizio di merito le riduzioni massime di cui all'art. 4 c. 1 stanti l'esiguità dell'attività difensiva e l'assenza di questioni di particolare complessità.

Non si ravvisano i presupposti per la condanna della convenuta ai sensi del disposto di cui all'art. 96 c. 3 c.p.c. non potendo desumersi, dalla mera fondatezza della domanda, la temerarietà della condotta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

processuale della convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa in epigrafe indicata, ogni altra istanza disattesa o assorbita, così dispone:

- accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna la *CP_2* al pagamento in favore di *Parte_1 [...]* dell'importo di euro 77.317,55 oltre interessi legali dalla domanda al saldo;
- condanna la *CP_2* alla refusione delle spese di lite che liquida, per il giudizio di accertamento tecnico preventivo, in euro 628,21 per esborsi documentati ed in euro 1.822,50 per compensi professionali oltre rimborso forf. delle spese nella misura del 15%, CPA ed IVA, se dovuta, come per legge e per il giudizio di merito in euro 856,41 per esborsi documentati ed in euro 9.141,50 per compensi professionali oltre rimborso forf. delle spese nella misura del 15%, CPA ed IVA, se dovuta, come per legge;
- pone definitivamente a carico della *CP_2* le spese di CTU liquidate con decreto del 22.4.2015 salva la solidarietà esterna di tutte le parti processuali nei confronti del consulente.

Manda alla Cancelleria per gli adempimenti di competenza.

Bari, 16.10.2024

Il Giudice

dott.ssa Lidia del Monaco

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it