REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

**T R I B U N A L E  D I  B E N E V E N T O**

**- II SEZIONE CIVILE -**

Il Giudice del Tribunale di Benevento, dott.ssa Ida Moretti, in funzione di giudice monocratico, ha pronunciato la seguente

**S E N T E N Z A**

nella causa civile di primo grado iscritta al numero **1259** del ruolo generale degli affari contenziosi dell'anno **2017**, avente ad oggetto responsabilità professionale, trattenuta in decisione all'udienza del 24.03.2022 e vertente

TRA

*Parte_1* , [redacted] *LuogoNascita_1* il *DtN_1* , rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] in virtù di mandato in atti ed elettivamente domiciliato presso il suo studio;

*Attore*

E

*Controparte_1* **,** in persona del suo legale rappresentante p.t., elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. [redacted] che la rappresenta e difende in virtù di mandato in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

*Convenuta*

**FATTO**

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. il sig. *Parte_1* , conveniva in giudizio l' *Controparte_1* , al fine di vedere accertare la responsabilità della struttura ospedaliera per le infezioni da lui contratte nel corso del ricovero nella predetta struttura protrattosi dal 30.06.2014 all'01.09.2014. L'attore evidenziava, infatti, di essere stato trasportato in codice rosso presso il predetto nosocomio poiché in data 30.06.2014 subiva un incidente con mezzo agricolo per il quale riportava fratture costali multiple, oltre a multiple contusioni polmonari, al pneumatorace sinistro ed emotorace sinistro, alla milza ed



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621

ematoma sottocapsulare. In data 01.07.2014 veniva sottoposto ad intervento d'urgenza di asportazione della milza ed in data 03.07.2014 risultava positivo a determinati batteri per i quali veniva sottoposto a terapia antibiotica per poi essere trasferito dal reparto di terapia intensiva a quello di terapia d'urgenza, dove in data 01.07.2014 risultava ancora positivo al batterio Klebsiella Multiresistente, ragion per cui in data 11.08.2014 veniva ulteriormente trasferito presso il reparto di malattie infettive dove rimaneva sino al 26.08.2014. Pertanto, l'attore evidenziava di aver contratto le infezioni presso la struttura ospedaliera convenuta a causa della mancata osservanza da parte del personale ospedaliero delle ordinarie norme igieniche e profilattiche ed individuava, altresì, quale conseguenza delle infezioni contratte, una dilatazione dei tempi di degenza ospedalieri ed ulteriori danni fisici, causati anche dall'utilizzo di antibiotici a largo spettro per la cura dell'infezione, tra cui la perdita di circa 35 kg di peso ed una notevole ipotrofia della massa muscolare, così come rilevato dalla perizia medica di parte a firma del dott. *Persona_1* allegata al ricorso introduttivo. Per tali ragioni, chiedeva, previo accertamento della responsabilità della convenuta *Controparte_1* per le infezioni da lui contratte nel corso del ricovero, la sua condanna al risarcimento di tutti i danni da lui subiti anche per il maggior decorso ospedaliero da accertarsi in corso di causa, così come quantificati dal proprio CTP nella consulenza medico - legale, con vittoria di spese ed onorari del presente giudizio.

Si costituiva in giudizio l' *Controparte_1* , la quale preliminarmente eccepiva la nullità del ricorso per indeterminatezza dell'oggetto, quindi - sempre in via preliminare - chiedeva disporsi il mutamento del rito da sommario a cognizione piena, stante la complessità delle questioni poste a fondamento della presente controversia. Nel merito contestava l'avversa domanda, eccependo la carenza di nesso di causalità tra l'operato dei sanitari e l'infezione contratta dal paziente, sostenendo che l'Azienda ospedaliera avesse ottemperato a tutti i protocolli ed alle buone pratiche per evitare o contenere le infezioni nosocomiali. La convenuta evidenziava, altresì, che nessun postumo invalidante poteva essere ricollegato all'infezione contratta dal paziente, ragion per cui alcun risarcimento del danno era a lui dovuto. Per tali motivi, la convenuta chiedeva in via preliminare l'accoglimento delle eccezioni in rito così come formulate e nel merito chiedeva il rigetto dell'avversa domanda poiché infondata in fatto ed in diritto, con vittoria di spese ed onorari del presente giudizio.

Il precedente G. I., alla luce delle difese di parte convenuta, a scioglimento della riserva assunta in sede di prima udienza, con ordinanza del 15.11.2017, disponeva il mutamento del rito e fissava l'udienza ex art. 183 c. p. c. Concessi i termini ex art. 183 VI comma c. p. c. ed espletata



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621

la CTU, all'udienza del 24.03.2022, la causa veniva riservata in decisione, previa precisazione delle conclusioni e assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

**DIRITTO**

Prima di analizzare specificamente il caso in esame, si ritiene opportuno evidenziare che – per giurisprudenza di legittimità che si condivide – "*Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata"* (Cass. n. 3704 del 15.2.2018, che richiama Cass. n. 18392 del 26.7.2017, Cass. n. 26824 del 14.11.2017 e Cass. n. 26825 del 14.11.2017, *ex multis*).

Occorre, inoltre, evidenziare che – trattandosi di fatto occorso nel 2014 - la vicenda processuale dovrà ritenersi assoggettata, dal punto di vista sostanziale, alla disciplina prevista dalla l. n. 189/2012 ("Legge Balduzzi") e non, invece, a quella della più recente L. n. 24/2017 ("Legge Gelli – Bianco"), entrata in vigore il 1.4.2017 (cfr. sul punto sentenza n. 28994 dell'11 novembre 2019[1] della Terza Sezione della Corte di Cassazione).

Nel caso di specie, appare opportuno soffermarsi, altresì, sull'accertamento dei profili di responsabilità della struttura ospedaliera nelle ipotesi di infezioni nosocomiali, alla luce del granitico orientamento giurisprudenziale e dottrinale che riconduce la responsabilità della struttura sanitaria nell'alveo del sistema delineato dall'art. 1218 c.c., secondo cui sulla struttura sanitaria grava prioritariamente la responsabilità, non soltanto per le prestazioni di diagnosi e cura, ma anche di natura logistica in senso lato, oltre che per le prestazioni più strettamente riconducibili al contratto d'albergo, così come statuito dalla Suprema Corte di Cassazione Civile a Sezioni Unite nella sentenza n. 577 del 2008. Orbene, stante l'inquadramento della responsabilità della struttura sanitaria nell'ambito della responsabilità contrattuale, appare opportuno evidenziare che l'onere della prova tra le parti sarà ripartito nei termini di seguito specificati: "*l'attore (id est, il paziente danneggiato) deve provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) ed allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo carico del medico convenuto e/o della struttura sanitaria dimostrare che tale inadempimento non vi sia stato, ovvero che, pur essendovi stato, lo stesso*

[1] *In tema di responsabilità sanitaria, le norme poste dagli artt. 3, comma 1, del d.l. n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012, e dall'art. 7, comma 3, della legge n. 24 del 2017, non hanno efficacia retroattiva e non sono*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621

*non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno"* ( cfr. *Cass. civ., Sez. III, sent. 6 ottobre 2014, n. 21025)*. Ne consegue che sulla struttura sanitaria grava l'onere di fornire la prova liberatoria circa la non imputabilità del fatto lesivo. Orbene, in materia di infezioni nosocomiali la prova della diligenza, ovvero dell'assenza di negligenza non può prescindere dall'analisi degli oneri organizzativi ricollegabili alla sicurezza delle attrezzature e dei macchinari, nonché alla vigilanza dei pazienti e all'obbligo di sterilizzazione dell'ambiente clinico, dei luoghi della degenza e delle infrastrutture, oltre alla prova dell'utilizzo da parte dei sanitari dei presidi di sicurezza necessari alla prevenzione delle infezioni.

Nel caso in esame, la CTU espletata accertava che " *Parte_1* *ha sofferto di una INFEZIONE NOSOCOMIALE da Klebsiella P.Multiresistente, Pseudomonas Aeruginosa multi resistente e Stafilococcus aureus Meticillino sensibile. Tali batteri sono specifici della cosiddetta infezione nosocomiale, che fu certamente contratta durante la degenza presso l'Ospedale* [redacted] *di* *CP_1* *. Nel determinismo di una sepsi con batteri tipici, ancorché correttamente curata nella sua evoluzione, si ipotizza con criterio del "più probabile che non", l'attribuzione causativa di censura in capo alla struttura di degenza per inadeguata garanzia della sterilità nell'arco di tutta la filiera di cura..."* (pag. 56 della perizia). In particolare, il CTU forniva la definizione di infezione nosocomiale ed individuava i criteri medico legali utilizzati a fondamento dell'indagine espletata. Il CTU, infatti, per verificare l'effettiva dipendenza causale dell'infezione dalla degenza ospedaliera, non essendo sufficiente la coesistenza dell'infezione e del ricovero del paziente in Ospedale, utilizzava il criterio temporale e/o cronologico per individuare il momento preciso in cui il paziente contrasse l'infezione. In primo luogo il CTU evidenziava che il motivo del ricovero dell'attore era ben diverso dalla cura di un'infezione batterica, trattandosi di "*Politrauma con fratture costali multiple, lacero contusioni polmonari, emoperitoneo e rottura di milza (splenectomia e revisione lesione epatica* fu il motivo *f*avorente l*'infezione che era* risolta nella sua fase di acuzie *sin dall'atto della dimissione."* (pag. 52 della perizia). Pertanto, il CTU oltre ad evidenziare che il paziente si era recato nella struttura ospedaliera in data 30.06.2014 per la cura di fratture costali, contusioni polmonari e per la rottura della milza causate da un incidente con un mezzo agricolo nel quale era rimasto coinvolto, rilevava la data precisa in cui il paziente risultava positivo ai batteri nosocomiali che hanno causato l'infezione ed in particolare il CTU così rilevava: ***"03/07/2014****. Il broncoaspirato mostrava positività per Pseudomonas Aeruginosa Multi resistente; per Klebsiella Multiresistente*

---

*applicabili ai fatti verificatisi anteriormente alla loro entrata in vigore*.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621

*e per Stafilococcus aureus Meticillino sensibile. In tale data si può indicare la comparsa di sepsi a componente prevalente di batteri ospedalieri (sepsi nosocomiale)…."* (pag. 55 della CTU). Ne consegue, che l'infezione fu contratta dal paziente in ospedale nel corso della degenza, ovvero più di 48 ore dopo l'accesso nella struttura sanitaria, e non nell'immediatezza dall'accesso in ospedale (30.06.2014) così come erroneamente sostenuto da parte convenuta nella seconda memoria ex art. 183, VI comma c.p.c., ragion per cui il tipo di infezione contratta rientra sicuramente per tipologia di batteri riscontrati ed in virtù del momento di insorgenza dell'infezione clinicamente accertata, nell'ambito delle infezioni nosocomiali, in linea con quanto statuito dalla trattatistica clinica[2]. Il CTU, dunque, indicava una connessione assai probabile, in virtù del criterio del più probabile che non, tra l'insorgenza di un quadro settico dopo il ricovero in ospedale, così come confermato dagli esami diagnostici effettuati sul paziente e l'infezione contratta presso il nosocomio. La convenuta, invece, contestava le risultanze della CTU, deducendo nelle osservazioni alla bozza di perizia, un'incompletezza nell'analisi e nel ragionamento medico legale posto a fondamento della CTU, ritenendo che non fosse stato approfondito se il paziente avesse potuto contrarre l'infezione a causa del trauma riportato per cui era stato trasportato in pronto soccorso, escludendo, così che si trattasse di un'infezione nosocomiale. La convenuta deduceva, altresì, che in ogni caso il CTU non aveva rilevato elementi tecnici sufficienti per sostenere profili di responsabilità professionale medica in capo ai Sanitari dell' *Controparte_2* che intervenivano nella vicenda clinica in oggetto, oltre a non aver effettuato una distinzione tra i postumi di pertinenza polmonare correlati al grave traumatismo originario da quelli prodotti dalle infezioni.

Il CTU rispondeva in modo compiuto alle osservazioni articolate dal CTP della convenuta ed in particolare ribadiva che l'infezione contratta dal paziente era avvenuta in ambito ospedaliero ed evidenziava che dall' infezione era scaturita una severa malattia polmonare acuta a causa della quale il paziente venne tracheotomizzato. Pertanto, il CTU nell'elaborato peritale definitivo ribadiva quanto già evidenziando nella bozza di perizia circa il nesso di causalità tra l'infezione contratta dal paziente (contratta sicuramente nel corso del ricovero) ed il danno biologico differenziale riportato dall'attore in seguito all'infezione, ritenendo che: "*Il 4% per cento di danno postumo da questo CTU prospettato, è complessivamente una valutazione che tiene da conto dell'entità dei fattori causativi alla luce del locus minoris resistentiae, postumo*

[2] Vedasi nota n. 2 a pag. 55 della CTU nella quale viene riportata un'analisi medica delle infezioni nosocomiali estratto dalle riviste ivi indicate



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621

*apprezzabile che si è riscontrato."* Il CTU, quindi, nella quantificazione medico legale dei danni subiti dall'attore in seguito all'infezione, compiutamente valutava soltanto i danni causati esclusivamente dalla predetta infezione, che avevano portato alla dilatazione dei tempi di degenza ospedaliera dell'attore, nonché ad un aggravio di cure, escludendo che l'infezione potesse essere ricollegabile alle condizioni di salute del paziente all'ingresso in ospedale.

Ciò premesso nessuna prova è stata offerta in ordine alla effettiva sterilità dei locali in cui il paziente fu ricoverato relativamente alla strumentazione utilizzata per la cura del paziente ed in ordine ai presidi igienico sanitari posti in esser per prevenire le infezioni. Per giurisprudenza consolidata, infatti, resta a carico dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che l'infezione sia stata determinata da un evento imprevisto e imprevedibile (*ex multis,* Cass. sentenza n. 4400/2004; n. 9085/2006). Non appare sufficiente, quindi, la mera produzione in giudizio dei protocolli diretti all'applicazione, monitoraggio, aggiornamento e verifica dei risultati delle pratiche dirette ad evitare o contenere le infezioni nosocomiali, mediante una struttura organizzativa, come da deliberazione [redacted] allegata alla produzione di parte convenuta, non essendo stata fornita alcuna prova dell'effettivo rispetto di detti protocolli. L'origine nosocomiale dell'infezione insorta è indicativa, peraltro, di precise responsabilità della struttura, la quale non offriva nel corso del giudizio alcun elemento che consentisse di valutare la correttezza dei protocolli di prevenzione delle infezioni ospedaliere adottati e la reale sterilità di locali e della strumentazione nel periodo di ricovero del paziente, risultando ultronea la prova testimoniale così come articolata dalla convenuta nelle seconde memorie ex art. 183 VI comma c.p.c. poiché volta all'accertamento di circostanze, come la corretta applicazione dei protocolli per la prevenzione delle infezioni, da provare in via documentale, ad esempio con il deposito dei registri giornalieri di cui al punto 45.2 del protocollo relativamente alla sterilizzazione o delle tabelle di cui alla procedura della sanificazione ambientale, che – invece – mancano nel caso in esame. *Ad abundantiam* si evidenzia, altresì, che all'esito della CTU parte convenuta non reiterava la richiesta di ammissione di prova testimoniale.

In definitiva, quindi, alla luce dei principi giurisprudenziali citati e degli accertamenti espletati, non sussistono motivi per non condividere le deduzioni formulate dal CTU le cui risultanze sono ampiamente condivisibili per le motivazioni su esposte, ivi comprese le controdeduzioni del CTU alle osservazioni poste in essere dall'attore. Il CTU, infatti, ha compiutamente escluso, nella valutazione dei postumi permanenti e della susseguente quantificazione del danno



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621

biologico nella misura del 4% (il CTP di parte attrice lo quantificava al 10%) la diminuzione della vista e dell'udito, in quanto non correlabili all'infezione nosocomiale.

Al fine di procedere alla liquidazione del danno non patrimoniale, così come quantificato dal CTU, quindi, occorrerà far riferimento all'art. 139 del D.lgs n. 209 del 2005 (come correttamente indicato da parte convenuta), in virtù dell'art. 3, comma 3, del d.l. n. 158 del 2012 e di quanto condivisibilmente argomentato dalla Cassazione nella sentenza n. 28990 del 11/11/2019[3]; le somme dovute a titolo di risarcimento del danno biologico, quindi, sono pari a:

- € **3.419,43** a titolo di ***danno non patrimoniale derivante da lesione permanente dell'integrità psico-fisica*** (considerando 4 punti per una persona di 59 anni, all'epoca dell'evento),
- € **2.285,55** a titolo di danno biologico temporaneo (così suddiviso: € **1.523,70** per 30 gg di ITT ed € **761,85** per 30 gg di ITP al 50%, calcolato tenendo conto del fatto che l'importo liquidabile *pro die,* in applicazione del DM dell'08.06.2022, applicabile da aprile 2022, è pari € 50,79)

per un totale di **€ 5.704,98** somma già rivalutata all'attualità, in quanto calcolata applicando le tabelle Milanesi del 2022, ragion per cui non si ritiene di dover applicare anche una ulteriore rivalutazione. Sul punto occorre precisare che l'attore non provava in alcun modo di aver subito un ulteriore danno (superiore rispetto alla rivalutazione già applicata) e, anzi, a ben vedere il decorso del tempo ha consentito allo stesso di avvantaggiarsi di una maggiore rivalutazione (applicando, infatti, le tabelle Milanesi risalenti al 2014 il danno biologico permanente sarebbe stato valutato meno). Per quanto attiene all'applicazione della percentuale di personalizzazione del danno biologico in relazione all'ulteriore quantificazione del danno morale, va richiamato un recente orientamento giurisprudenziale in base al quale la natura onnicomprensiva del danno non patrimoniale va intesa nel senso che, nella liquidazione di qualsiasi danno, il giudice dovrà considerare tutte le conseguenze dell'evento dannoso, nessuna esclusa, evitando sia duplicazioni risarcitorie, con l'attribuzione di definizioni diverse a pregiudizi identici, sia risarcimenti cd.

[3] *In tema di risarcimento del danno alla salute conseguente ad attività sanitaria, la norma contenuta nell'art. 3, comma 3, del d.l. n. 158 del 2012 (convertito dalla l. n. 189 del 2012) e sostanzialmente riprodotta nell'art. 7, comma 4, della l. n. 24 del 2017 - la quale prevede il criterio equitativo di liquidazione del danno non patrimoniale fondato sulle tabelle elaborate in base agli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209 del 2005 (Codice delle assicurazioni private) - trova applicazione anche nelle controversie relative ad illeciti commessi e a danni prodotti anteriormente alla sua entrata in vigore, nonché ai giudizi pendenti a tale data (con il solo limite del giudicato interno sul "quantum"), in quanto la disposizione, non incidendo retroattivamente sugli elementi costitutivi della fattispecie legale della responsabilità civile, non intacca situazioni giuridiche precostituite ed acquisite al patrimonio del soggetto leso, ma si rivolge direttamente al giudice, delimitandone l'ambito di*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621

bagatellari. Spetterà al giudice del merito, dopo aver identificato l'indispensabile situazione soggettiva tutelata costituzionalmente, effettuare una rigorosa analisi e una conseguente valutazione, sul piano probatorio, sia dell'aspetto della sofferenza interiore, sia del mutamento in *pejus* della vita quotidiana della vittima (*ex multis* Cass. n. 901/2018). Nel caso di specie si ritiene che non possa essere applicato l'aumento personalizzato del danno morale, in assenza di prove prodotte circa un concreto pregiudizio arrecato alla vita di relazione dell'attore in seguito all'evento *de quo.*

Le spese di lite seguono la soccombenza e saranno liquidate in dispositivo ex D.M. 55/14.

**P.Q.M.**

il Tribunale di Benevento, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda o eccezione disattesa, così provvede:

1) In accoglimento della domanda, CONDANNA l' *Controparte_1 [...]*, in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento in favore di *Parte_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale della somma complessiva di **€ 5.704,98,** oltre interessi come per legge dalla data della messa in mora sino al soddisfo;

2) CONDANNA l' *Controparte_1*, in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento delle spese di lite direttamente in favore dell'avv. [redacted] dichiaratosi antistatario, per la somma di **€ 4.560,00** (di cui € 545,00 per C.U. e diritti, € 875,00 per la fase di studio, € 740,00 per la fase introduttiva, € 1.200,00 per la trattazione ed € 1.200,00 per la fase decisionale), oltre IVA, CPA e rimborso spese forfettario come per legge;

3) Pone definitivamente a carico della parte soccombente le spese relative alla CTU, come già liquidate, con obbligo di rimborsarle a chi le abbia anticipate.

Benevento, 09.09.2022

Il Giudice

(dott.ssa Ida Moretti)

Redatta con la collaborazione della dott.ssa [redacted] Addetta all'Ufficio per il Processo.

---

*discrezionalità e indicando il criterio tabellare quale parametro equitativo nella liquidazione del danno.*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-621