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 **2978** del ruolo generale degli affari contenziosi dell'anno **2021**, avente ad oggetto responsabilità professionale, trattenuta in decisione all'udienza del 26.6.2025 e vertente

TRA

Parte_1 [redacted] rappresentato e difeso dagli Avv.ti [redacted] e [redacted] in virtù di mandato a margine dell'atto di citazione ed elettivamente domiciliato presso il loro 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 a margine della comparsa di costituzione e risposta;

Convenuta

FATTO

Con atto di citazione regolarmente notificato, il sig. *Pt_1* chiamava in giudizio la *Controparte_1* *[...]* al fine di vedere accertare il nesso causale tra l'intervento chirurgico di impianto di protesi totale di anca sinistra con apposizione di componenti protesiche (al quale l'attore si era sottoposto, presso la citata *CP_2*, in data 14.07.2020) e la "positività di *Staphylococcus Aureus* " riscontrata in data 3.08.2020 a seguito di visita ambulatoriale ortopedica con tampone, resasi necessaria per secrezioni siero – purulente emesse dalla ferita, nonché il nesso causale tra il secondo intervento di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

sostituzione della prima protesi, avvenuto in data 19/08/2020, senza attendere la guarigione dell'infezione contratta dopo il primo intervento (ed, in particolare, senza avvalersi di uno spaziatore monoblocco antibiotato, suggerito dalle linee guida in questi casi) ed il danno biologico attualmente riscontrato dal CTP pari al 28%, con particolare incidenza sia sulla sfera individuale che sulla sfera relazionale che sull'espletamento delle normali attività quotidiane, chiedendo – quindi – il risarcimento di tutti i danni patrimoniali (per spese mediche e mancate entrate) e non patrimoniali subiti.

Si costituiva in giudizio la *Controparte_1* *[...]*, contestando integralmente la domanda attorea, specificando l'assenza di nesso causale tra l'intervento e l'infezione sofferta dall'attore e sostenendo la regolarità dell'intervento eseguito; in particolare, l'azienda convenuta evidenziava che le infezioni dell'artroprotesi sono complicanze ben documentate in letteratura e, nel caso in esame, erano state accettate dal paziente con la sottoscrizione del consenso informato e che la loro evoluzione era dovuta all'omesso prosieguo dell'iter terapeutico pianificato, non conclusosi in quanto l'attore non si era più recato in Ospedale.

Espletata la C.T.U. medico legale e la prova testimoniale, all'udienza del 26.06.2025, la causa veniva riservata in decisione, previa precisazione delle conclusioni delle parti (che si riportavano ai propri atti) ed assegnazione dei termini *ex* art. 190 c.p.c.

DIRITTO

Prima di analizzare specificamente il caso in esame, si ritiene opportuno evidenziare che "*secondo il consolidato insegnamento della 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. 34073 del 24.12.2025, che richiama Cass. n. 3704 del 15/2/2018).

Occorre, inoltre, evidenziare che trattandosi di fatti successivi all'entrata in vigore della Lg. 24/2017 (entrata in vigore il 1.4.2017), la vicenda processuale dovrà ritenersi assoggettata, dal punto di vista sostanziale, alla disciplina prevista dalla L. n. 24/2017 ("Legge Gelli – Bianco").

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

Nel caso in esame, la CTU espletata accertava che "*Secondo letteratura di settore, è assolutamente necessario, in caso di infezione protesica, rimuovere quanto prima possibile la protesi infetta, bonificare il focolaio chirurgico, e poi procedere ad impianto di ulteriore protesi, con la massima attenzione a tutto quanto si verifichi nella procedura chirurgica (sterilità dell'ambiente e degli strumenti, nonché degli Operatori). In questo caso, sembra che le cose non siano andate proprio così, perché, in presenza accertata di infezione ancora in corso, il Pz.do venne sottoposto a sostituzione protesica; e, come facilmente prevedibile, sulla base di quanto esposto in precedenza, anche questa si rivelò infetta, per cui il Pz.Co dovette sottoporsi a trattamento, esattamente come prima, fino a quando l'infezione non venne risolta. Questa scelta e questo comportamento, da parte dei Sanitari coinvolti, possono essere inquadrati come errata condotta professionale, sia di CP_4 che di CP_5*" (cfr. pagg. 6 e 7 dell'elaborato peritale); in particolare, il collegio peritale nominato dopo aver descritto l'avvenuta infezione all'interno del focolaio chirurgico, chiariva in modo compiuto perché le complicanze più gravi fossero da ascrivere alla non corretta condotta dei sanitari circa l'applicazione delle linee guida predisposte dal Ministero della Salute in merito alla presentazione di infezione protesica ed al suo trattamento (si sarebbe dovuta rimuovere la precedente protesi, bonificare il focolaio e, solo successivamente, installarne una nuova). Il Collegio peritale riconosceva come – nella fattispecie in questione – tali attività non venivano svolte, bensì si provvedeva alla mera rimozione della protesi precedente e la successiva sostituzione con una nuova, sottoponendo il paziente ad un lungo percorso terapeutico farmacologico, resosi ancora più complesso dalle secrezioni emesse dalla ferita.

La convenuta *Controparte_1* *[...]* negava il nesso causale tra l'avvenuta infezione protesica e l'intervento dei sanitari e riteneva non necessario l'impianto di un distanziatore antibiotato, dopo la rimozione della protesi infetta e prima dell'impianto della nuova protesi, argomentando in ordine alla legittimità della riprotesizzazione c.d. "*one stage*" operata, rispetto a quella c.d. "*two stages*" prospettata dall'attore e fatta propria dai CCTTUU.

L *CP_6* convenuta – inoltre – riferiva di aver adottato tutte le procedure e le misure di prevenzione del rischio infettivo, di aver utilizzato solo uno strumentario chirurgico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

ed una teleria sterili, confezionati immediatamente prima della procedura chirurgica e di aver effettuato la profilassi antibiotica e la preparazione del paziente e degli operatori secondo protocollo, nonché di aver correttamente affrontato la infezione nosocomiale, secondo le linee guida di prevenzione delle infezioni, non contestando – quindi - l'avvenuta infezione.

Accertata e non contestata la sussistenza dell'infezione nosocomiale, però, la responsabilità della struttura sanitaria deve essere ricondotta 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, ragion per cui "*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 non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno*" (cfr. Cass. civ., Sez. III, sent. 6 ottobre 2014, n. 21025).

La Cassazione – inoltre - ha avuto modo reiteratamente di affermare che "*In tema di infezioni nosocomiali, 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*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

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. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico) (Cass. n. 16900 del 13.6.2023, cfr. anche Cass. n. 6386 del 3.3.2023 e Cass. n. 5490 del 22.2.2023 *ex multis*).

L'origine nosocomiale dell'infezione insorta è indicativa, in definitiva, di precise responsabilità della struttura, la quale – nel caso in esame - non offriva nel corso del giudizio alcun elemento che consentisse di valutare la correttezza di – eventuali – protocolli di prevenzione delle infezioni ospedaliere adottati e la reale sterilità di locali e della strumentazione nel periodo di ricovero del paziente. Alla luce dell'istruttoria espletata e dei principi relativi all'onere della prova applicabili al caso in esame, quindi, l'infezione è imputabile alla convenuta, che – a fronte della prova compiuta in ordine alla sussistenza dell'infezione nosocomiale e della sua incidenza causale sullo stato attuale di salute del sig. *Pt_1* – non forniva alcuna prova in ordine alla non imputabilità a sé dello svolgimento negligente e dell'insorgere della infezione.

Accertato l'*an* sia alla luce dei principi giurisprudenziali citati, che in virtù degli accertamenti espletati, sia con riferimento alla infezione insorta nel corso del primo intervento che con riferimento alla riprotesizzazione c.d. "*one stage*" del secondo intervento operata in contrasto con Linee Guida applicabili (che – invece – prevedono una riprotesizzazione c.d. "*two stages*"), con riferimento al *quantum* si ritengono condivisibili le conclusioni della CTU espletata. I CCTTUU, infatti, dopo aver visitato l'attore ed aver attentamente studiato gli atti e risposto compiutamente alle osservazioni formulate dalle parti, quantificavano le lesioni subite dal *Pt_1* in un a "*inabilità temporanea assoluta di giorni 50 (cinquanta) e parziale di giorni 30 (trenta) al 75% e giorni 30 (trenta) al 50% e giorni 30 (trenta) al 25%, un'invalidità permanente parziale*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

valutabile equamente al 25 (venticinque) per cento, comprensiva sia del danno biologico che di quello estetico."

Quanto al danno biologico permanente, in particolare, il Collegio peritale riconosceva un'I.P.P. pari al 25%, di cui il 15% derivante dal valore del danno originario – in caso di intervento riuscito di artroprotesi anca – e il 10% dal danno iatrogeno sopravvenuto.

In accoglimento della domanda attorea, quindi, andrà liquidato un danno biologico da invalidità permanente tenendo conto dei postumi invalidanti nella misura complessiva del 25%, a cui dovrà essere detratta la somma corrispondente al 15%, il cui residuo sarà l'equivalente dell'invalidità derivante dal danno iatrogeno al 10%. Ciò in coerenza sia con quanto contenuto nella C.T.U. (cfr. pag. 10), che con quanto chiarito dalla Suprema Corte – con le note Sentenze di San Martino emesse in data 11.11.2019 – in particolare con la Sentenza n. 28986/2019, che ha chiarito: "*Una volta stabilito il grado di invalidità permanente effettivo patito della vittima, e quello presumibile se il sinistro non si fosse verificato, la liquidazione del danno non può certo avvenire sottraendo brutalmente il secondo dal primo, applicando (erroneamente) il criterio del frazionamento della causalità materiale. Il risarcimento del danno alla salute, infatti, sia quando è disciplinato dalla legge, sia quando avvenga coi criteri introdotti dalla giurisprudenza, avviene comunque con modalità tali che il quantum debeatur cresce in modo più che proporzionale rispetto alla gravità dei postumi: ad invalidità doppie corrispondono perciò risarcimenti più che doppi. Ne consegue che tale principio ne resterebbe vulnerato se, nella stima del danno alla salute patito da persona già invalida, si avesse riguardo solo al "delta", ovvero all'incremento del grado percentuale di invalidità permanente ascrivibile alla condotta del responsabile. Sono infatti, le funzioni vitali perdute dalla vittima e le conseguenti privazioni a costituire il danno risarcibile, non certo il grado di invalidità, che ne è solo la misura convenzionale: e poiché le suddette sofferenze progrediscono con intensità geometricamente crescente rispetto al crescere dell'invalidità, l'adozione del criterio sostenuto dalla società ricorrente condurrebbe ad una sottostima del danno, e dunque ad una violazione dell'art. 1223 c.c.. D'una persona invalida al 60%, che in conseguenza d'un fatto illecito divenga invalida al 70%, non si dirà che ha patito una invalidità del 10%, da liquidare con criteri più o meno modificati rispetto a quelli standard. Si dirà, al contrario, che, sul piano della causalità materiale, ha patito una*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

invalidità del 70%, perché questa è la misura del suo stato attuale di salute, e tale invalidità occorrerà innanzitutto trasformare in denaro. Dopodiché, essendo una parte del suddetto pregiudizio slegata eziologicamente dall'evento illecito, per una stima del danno rispettosa dell'art. 1223 c.c. non dovrà farsi altro che trasformare in denaro il grado preesistente di invalidità, e sottrarlo dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata in corpore. Il diverso criterio invocato dalla società ricorrente, per contro, finirebbe per confondere il danno con la sua misura, perché lo identifica con la percentuale di invalidità permanente; e confonderebbe altresì la parte con il tutto, perché trascura di considerare che ogni individuo costituisce un unicum irripetibile, rispetto al quale le conseguenze dannose del fatto illecito vanno dapprima considerate e stimate nella loro globalità, e poi depurate della quota non causalmente riconducibile alla condotta del responsabile. Ma il danno alla salute consiste nelle rinunce forzose indotte dalla menomazione, non nel punteggio di invalidità permanente. Pertanto, chi è invalido al 70% ha perduto - teoricamente - la possibilità di svolgere il 70% delle attività precedentemente svolte, e la stima di questo danno non può che avvenire ponendo a base del calcolo il valore monetario previsto per una invalidità del 70%"

Passando alla quantificazione dei danni, quindi, alla luce dell'art. 7 lg. 24/2017 – considerando che trattasi di danni di non lieve entità, subiti prima dell'entrata in vigore delle Tabelle Uniche Nazionali (previste dal DPR n. 12 del 2025 ed applicabili ai danni verificatisi successivamente al 5.3.2025) - al caso in esame occorre applicare ancora le Tabelle di Milano, che da tempo vengono regolarmente utilizzate da questo Tribunale così come dalla maggior parte degli uffici giudiziari italiani e la cui applicazione è resa ormai obbligatoria dalla sentenza n. 12408/2011 della Suprema Corte[1], di talchè all'attore andranno riconosciuti:

[1] *"Nella liquidazione del danno biologico, quando manchino criteri stabiliti dalla legge, l'adozione della regola equitativa di cui all'art. 1226 cod. civ. deve garantire non solo una adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, essendo intollerabile e non rispondente ad equità che danni identici possano essere liquidati in misura diversa sol perché esaminati da differenti Uffici giudiziari. Garantisce tale uniformità di trattamento il riferimento al criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, essendo esso già ampiamente diffuso sul territorio nazionale - e al quale la S.C., in applicazione dell'art. 3 Cost., riconosce la valenza, in linea generale, di parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 cod. civ. -, salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificarne l'abbandono. L'applicazione di diverse tabelle, ancorché comportante liquidazione di entità inferiore a quella che sarebbe risultata sulla base dell'applicazione delle tabelle di Milano, può essere*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

- € **61.845,00** a titolo di ***danno non patrimoniale derivante da lesione permanente dell'integrità psico-fisica*** (considerando il differenziale tra i 25 punti e i 15 punti per una persona di 67 anni, all'epoca dell'intervento),
- € **10.925,** a titolo di danno biologico temporaneo (così suddiviso: € **5.750,00** per 50 gg di ITT, € **2.587,50** per 30 gg di ITP al 75%, € **1.725, 00** per 30 gg di ITP al 50% ed **€ 862,50** per 30 gg di ITP al 25%, calcolato tenendo conto del fatto che l'importo liquidabile *pro die*, è di 115 €, secondo le tabelle milanesi depositate il 5.6.2024)

per un totale di **€ 72.770,00**, somma già rivalutata all'attualità, in quanto calcolata applicando i valori aggiornati al 2024, a cui vanno aggiunti gli interessi come per legge dalla data di messa in mora al soddisfo.

Alla luce delle note pronunzie della Cassazione a Sezioni Unite (nn. 26972 e ss dell'11.11.2008, ribadite da ultimo anche da Cass., sez. III, del 26.5.2011 n. 11609), il danno biologico ha una portata tendenzialmente omnicomprensiva[2] (confermata dalla definizione normativa adottata dal d.lg. n. 209/2005 "*per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente dell'integrità psico – fisica della persona, suscettibile di valutazione medico – legale, che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico – relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito*"), per cui le Sezioni Unite (citate) hanno più volte sottolineato l'importanza di una adeguata personalizzazione delle note tabelle nella liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza (cfr. in particolare il punto 4.9 comune alle sentenze, che in realtà richiama le precedenti pronunzie della sezione III, quali la n. 8292 del 31.3.2008).

Orbene, nel caso in esame, nonostante la prova testimoniale espletata, alla luce del danno iatrogeno accertato dai CCTTUU non si ritengono sussistenti i presupposti per una personalizzazione del danno, giacchè – anche in mancanza della doppia infezione –

---

fatta valere, in sede di legittimità, come vizio di violazione di legge, solo in quanto la questione sia stata già posta nel giudizio di merito".

[2] Ragion per cui, significativamente, la tabella ha cambiato anche il nome, non più "*Tabella per la liquidazione del danno biologico*", ma "*Tabella per la liquidazione* ***del danno non patrimoniale derivante da lesione dell'integrità psico-fisica*****".**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009

Pt_1 aveva una proprio danno biologico quantificato nel 15% (per le ragioni già precisate), di talchè il mutamento di vita dell'attore e le sue sofferenze sono principalmente ricollegabili a quest'ultimo piuttosto che al danno iatrogeno imputabile all'odierna convenuta.

Alla citata somma, infine, non sono da aggiungere spese mediche, giacché né nella CTU nè nella comparsa conclusionale di parte attrice nulla veniva rilevato in merito (e, del resto, nel corso del giudizio non venivano documentate spese mediche).

In definitiva, quindi, l'odierna convenuta va condannata al pagamento in favore dell'attore di complessivi **€ 72.770,00,** oltre interessi come per legge dalla data della messa in mora al soddisfo, oltre al rimborso delle spese di lite, come liquidate direttamente in dispositivo ex D.M. 147/22 alla luce del valore effettivo della causa.

P.Q.M.

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

1) In accoglimento della domanda, CONDANNA la *[...]* *Controparte_1*, in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento in favore di *Parte_1* di **€ 72.770,00,** oltre interessi come per legge dalla data della messa in mora al soddisfo;

2) CONDANNA la *Controparte_1* *[...]*, in persona del legale rappresentante p.t., al rimborso direttamente in favore degli Avv.ti [redacted] e [redacted] (dichiaratisi antistatari) di **€ 14.103,00** (di cui € 2.552,00 per la fase di studio, € 1.628,00 per la fase introduttiva, € 5.670,00 per la trattazione ed € 4.253,00 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, 13.01.2025

Il Giudice
dott.ssa Ida Moretti)

Redatta con la collaborazione del dott. [redacted] tirocinante ex art. 73 decreto legislativo n. 69/13

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-009