TRIBUNALE DI BENEVENTO

II Sezione civile

Il Giudice dott.ssa Floriana Consolante

sciogliendo la riserva assunta all'udienza del 28 gennaio 2019 nella causa civile n. 2075 dell'anno 2018 instaurata con ricorso ex art 702 bis c.p.c. e vertente tra

Parte_1 **,** rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] coma da procura in calce al ricorso introduttivo;

attore

E

Controparte_1

in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avv. [redacted] e [redacted] come da procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

convenuta

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

Con ricorso ex art 702 bis c.p.c., depositato in data 4 maggio 2018 *Parte_1* deduceva che nell'anno 1999, a causa di una grave forma di coxartrosi, si era sottoposto presso la Provincia *CP_1* di San Pietro *Controparte_2* ad un intervento di artroprotesi dell'anca destra; che in data 10/10/2013, era stato nuovamente ricoverato presso l' *Controparte_3* di Benevento dove, in data 14/10/2013, era stato sottoposto ad intervento di revisione e riprotesizzazione dell'anca destra, per poi essere dimesso in data 23/10/2013, con prescrizione di terapia farmacologica.

L'attore assumeva che, a seguito delle dimissioni, nonostante seguisse la terapia farmacologica prescrittagli, egli lamentò un rialzo febbrile ed un forte dolore all'anca destra operata nonché l'insorgere di una secrezione fibro-purulenta dalla ferita chirurgica per cui era sottoposto a visita presso il proprio medico curante il quale aveva modo di rilevare una deiescenza della ferita operatoria secernente e fistola per cui gli consigliò un nuovo ricovero.

Si assumeva che in data 19/11/2013, *Parte_1* si ricoverò nuovamente presso l' *[...] Controparte_3* dove i sanitari, in data 25/11/2013, lo sottoposero ad intervento di lavaggio ferite con posizionamento di doppio drenaggio e, successivamente, in data 12/12/2013 ad un ulteriore intervento di espianto della protesi infetta all'anca destra, per poi dimetterlo in data 05/01/2014.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

L'attore nel ricorso asseriva che, successivamente agli interventi chirurgici del novembre 2013, le sue condizioni psico-fisiche del paziente erano peggiorate drasticamente tanto da costringerlo a subire ulteriori due ricoveri presso l' *Controparte_3* precisamente, nel novembre e nel dicembre 2014, per insufficienza renale cronica con squilibrio elettrolitico e grave anemia.

L'attore sosteneva che a causa delle patologie di cui era affetto (impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore e portatore di handicap in situazione di gravità con la diagnosi di esiti di protesizzazione anche e ginocchio sinistro con successiva rimozione a destra), era stato riconosciuto invalido.

Parte_1 evidenziava di avere intrapreso dinanzi a questo Tribunale ricorso ex art 696 bis c.p.c. per l'accertamento di eventuali responsabilità dei sanitari dell' *Controparte_3* nell'esecuzione dell'intervento eseguito in detta struttura in data 14.10.2013 e che dalle risultanze della CTU espletata in tale procedimento con l'ausilio della dott.ssa *Persona_1* era emerso che i danni da lui lamentati fossero imputabili ad una infezione nosocomiale e, pertanto, ascrivibili alla struttura sanitaria dell' *Controparte_3* che dai postumi patiti dal paziente era derivata un'alterazione in senso peggiorativo delle condizioni di salute del *Pt_1* che in considerazione quindi dell'iter clinico subito dal paziente poteva ammettersi una incapacità temporanea totale di giorni 75 ed un danno biologico differenziale risarcibile pari al 30% e che il valore economico del punto da attribuire alla percentuale di danno biologico attuale (30%) non doveva partire dallo 0% ma dal 50% quale soglia del danno preesistente.

Tanto premesso, riportandosi alle risultanze della relazione della CTU espletata nel procedimento per ATP ex art 696 bis c.p.c., l'attore conveniva in giudizio la *[...]* *Controparte_4* per sentirla condannare al pagamento in suo favore della somma di € 297.496,80, di cui € 286.832,00 per il danno biologico, pari all'incremento del danno preesistente pari al 50% rispetto al danno globale pari all'80%, ed € 7.200,00 per i 75 giorni di invalidità temporanea totale (75 gg. x € 96,00 die) o alla maggiore o minore somma determinata a seguito del giudizio, nonché al rimborso delle spese di CTU pari al compenso di € 3.464,80, comprensivo di oneri, liquidato alla Dott.ssa *Per_1* nel giudizio civile dell'ATP (rubricato al n. 3244/2017 R.G), con vittoria di spese processuali.

Si costituiva la *Controparte_1* *[...]* la quale, in via preliminare, eccepiva l'inammissibilità del ricorso ex art 702 bis c.p.c. atteso che nel caso di specie fosse necessaria una complessa attività istruttoria incompatibile con il rito sommario di cognizione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

Nel merito la convenuta sosteneva che la domanda fosse basata su una consulenza che aveva valutato l'esistenza del nesso causale tra il ricovero e il processo infettivo in modo apodittico e non sufficientemente motivato, nonché di avere posto in essere tutte le raccomandazioni, i protocolli, gli usi e i presidi igienici e le procedure attinenti alla prevenzione delle infezioni ospedaliere.
La convenuta contestava altresì la quantificazione del danno posta a sostegno della domanda risarcitoria dell'attore di cui chiedeva il rigetto, con vittoria di spese.

In via preliminare si osserva che la proposizione della domanda nelle forme dell'art 702 bis c.p.c. è ammissibile ed è conforme alla disciplina di cui alla L. 24/2017 (vigente alla data della proposizione del ricorso) la quale all'art.8 prevede che per la proposizione di un'azione relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è esperibile, in via alternativa, il procedimento per accertamento tecnico preventivo ex art 696 bis c.p.c., seguito dalla proposizione del ricorso ex art 702 bis c.p.c. o il giudizio ordinario preceduto dalla domanda di mediazione obbligatoria.
Nel merito la domanda dell'attore è fondata.
Si premette che la responsabilità civile del medico o della struttura sanitaria, per orientamento consolidato e costante della giurisprudenza di legittimità e di merito, si inquadra nell'ambito della responsabilità contrattuale. Così è stata qualificata tale responsabilità dalla L. 24/2017.
Si riportano le seguenti pronunce della Corte di Cassazione la quale ha affermato: "*In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante*", (Cass. Sez. U, Sentenza n. 577 del 11/01/2008); "*In tema di responsabilità civile nell'attività medico - chirurgica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento professionista, restando a carico dell'obbligato l'onere di provare l'esatto adempimento, con la conseguenza che la distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà rileva soltanto per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà*", (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 23918 del 09/11/2006).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

Sicché, in tema di responsabilità professionale medica, sussistendo un rapporto contrattuale (quand'anche fondato sul solo contatto sociale), in base alla regola di cui all'art. 1218 cod.civ. il paziente ha l'onere di allegare l'inesattezza dell'inadempimento, non la colpa né, tanto meno, la gravità di essa, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente, ovvero che la colpa non sia qualificabile in termini di gravità (nel caso di cui all'art. 2236 c.c.), e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile.

Con riguardo alla fattispecie in esame in cui si verte di una ipotesi di infezione contratta in ambito ospedaliero – cd. infezione nosocomiale – graverà sul soggetto danneggiato, oltre alla prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della patologia ovvero dell'insorgenza di nuove patologie, anche la prova del nesso causale tra il pregiudizio lamentato e l'infezione, secondo un criterio di "probabilità logica", mentre graverà sulla struttura sanitaria – una volta accertata la sussistenza di tale nesso causale – l'onere di dimostrare di avere diligentemente operato, sia sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico, sia sotto il profilo del trattamento terapeutico prescritto e somministrato al paziente dal personale medico successivamente alla contrazione dell'infezione. Il mancato raggiungimento della prova in ordine agli enunciati profili da parte della struttura sanitaria, ne comporta la responsabilità diretta nella causazione dell'infezione, per non aver messo a disposizione del paziente le attrezzature idonee ad evitare l'insorgenza della complicanza infettiva. La struttura sanitaria potrà altresì fornire la prova liberatoria allorchè dimostri che l'infezione contratta dal paziente fosse astrattamente non prevedibile e non evitabile nel caso concreto.

Tanto premesso, il Tribunale osserva che la documentazione sanitaria è stata esaustivamente esaminata dal CTU dott.ssa *Persona_1* nel procedimento per ATP. Il consulente tecnico d'ufficio, all'esito dei puntuali accertamenti medico-legali, ha riscontrato che l'attore contrasse una infezione nosocomiale all'interno della struttura ospedaliera convenuta in occasione dell'intervento eseguito nell'ottobre 2013e che tale infezione, seppure trattata correttamente dai sanitari, rese indispensabile l'asportazione della protesi e determinò un aggravamento della insufficienza renale, di cui l'attore era già affetto, tanto da cagionare in danno di *Parte_1* un aggravamento delle pregresse condizioni di salute del paziente e quindi un danno differenziale.

Dalla relazione del CTU emerge che il 14.10.2013 *Parte_1* fu sottoposto ad intervento chirurgico di revisione dell'impianto protesico posizionato nell'anca destra con un precedente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

intervento eseguito nell'anno 1999 e a contestuale riprotesizzazione. L'intervento fu cosi descritto*: "incisione laterale all'anca destra. Dieresi del sottocute e della fascia. Si scolpisce lembo digastrico. Rimozione della fibrosi periprotesica. Rimozione dello stelo e dell'acetabolo. Si reperta difetto 3° di* Org_1 *Preparazione dell'acetabolo, applicazione di chips al fondo e correzione del difetto mediante* Org_2 *in tantalio 54/10 + viti. Applicazione di cotile revision shell 52 + inserto longevity 49/32 snap – in + 2 viti. Preparazione della diafisi femorale e applicazione di stelo RM 155/14, torretta 19/0, testina 32/+4. Riduzione degli elementi protesici. Sutura per piani, medicazione, drenaggio, sutura*".

Il CTU, dopo avere descritto quali furono le cure prestate al paziente nei giorni successivi all'esecuzione di tale intervento del 14.10.2013, ha evidenziato che *"da quanto acquisibile dalla documentazione sanitaria in atti, al momento della dimissione il paziente appariva stabile, con esito positivo dell'intervento chirurgico di reimpianto ed avviato al programma di riabilitazione post-operatoria. In particolare si apprende dalla lettera di dimissioni che la mobilizzazione della protesi del 1999 fosse ascrivibile a cause diverse da quelle infettive ("mobilizzazione asettica")".*

Dalla relazione del CTU emerge che, tuttavia, il giorno 19.11.2013, ovvero dopo 27 giorni dalla dimissione ospedaliera, Persona_2 si recò al [redacted] dell' Organizzazione_3 di Benevento per la presenza di secrezioni dalla ferita chirurgica. Qui fu confermata la diagnosi di ferita secernente in pregresso intervento di protesi di anca destra e fu disposto il ricovero presso l'U.O. di Ortopedia dello stesso nosocomio ove fu degente dal 19.11.2013 al 07.01.2014.

Al momento del ricovero fu riportato in anamnesi il pregresso intervento di riprotesizzazione d'anca del 14.10.2013 e fu posta diagnosi obiettiva di "*Deiscenza della ferita operatoria a livello dell'anca destra*". La deiscenza indica una complicanza postoperatoria rappresentata dalla riapertura spontanea di una ferita precedentemente suturata le cui cause possono essere svariate ma più comunemente e ascrivibile ad infezioni, stati ischemici, diabete mellito, stati di cachessia, obesità e vari trattamenti farmacologici. Nel caso dell'attore, come osservato dal CTU, Persona_2 la causa fu immediatamente identificata in un quadro infettivo locale.

Dal 19.11.2013 al 24.11.2013 il paziente fu giornalmente sottoposto a controllo clinico, furono eseguite medicazioni e fu somministrata terapia medica. Furono eseguiti esami colturali su due tamponi del 20.11.2013 effettuati sulla ferita secernente ma gli stessi furono refertati come negativi.

Al fine di provvedere alla salvaguardia della protesi impiantata fu programmato ed eseguito un intervento di revisione della ferita con lavaggio disinfettante il giorno 25.11.2013. Fu dunque incisa la ferita post-operatoria sulla pregressa cicatrice e asportato un tramite fistoloso che conduceva il materiale infetto dall'articolazione fino alla cute con fuoriuscita di secrezione siero-ematica. Fu

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

anche documentata la presenza di ampia formazione di tessuto infetto per cui fu dapprima asportato lo stesso e quindi furono effettuati lavaggi. Fu confezionata una sutura a strati e posizionato un drenaggio esterno previo campionamento colturale del materiale infetto e del liquido di detersione.
Il 28.11.2013 furono refertati gli esami colturali, eseguiti sui tamponi prelevati in sede di intervento chirurgico: gli stessi risultarono positivi per Acinetobacter baumanii, sensibile esclusivamente a colistina, ed evidenziarono la presenza di numerose colonie di Candida albicans.
Il CTU ha evidenziato che l'Acinetobacter baumanii è un batterio ubiquitario in natura e può essere riscontrato come colonizzante della cute dei pazienti e degli operatori, del tratto respiratorio e digestivo. Può sopravvivere nell'ambiente per lunghi periodi, anche fino a 30 giorni e può sopravvivere nei lavandini, sulle spondine dei letti, sui tavolini, nei cuscini, nei materassi, sulle tende, sulle maniglie delle porte, sugli stetofonendoscopi, sulle tastiere, sui monitor dei computer. Sopravvive su superfici di ceramica, di acciaio, di gomma, di PVC. Inoltre ha la capacita di sopravvivere sia sulle superfici asciutte che su quelle umide, con relazione direttamente proporzionale tra umidita relativa e sopravvivenza. L'emergere e la diffusione di specie di Acinetobacter, resistenti alla maggior parte degli agenti antimicrobici disponibili, sta destando sempre maggiore preoccupazione. Questi ceppi batterici sono quasi esclusivamente collegati ad infezioni ospedaliere. Come osservato dal CTU l'Acinetobacter baumanii è emerso negli ultimi decenni come una delle principali cause di infezioni associate all'assistenza sanitaria e focolai nosocomiali. La forma multiresistente (MDR) Acinetobacter Baumanii è un patogeno in rapida evoluzione in ambito quasi esclusivamente sanitario, dove provoca infezioni che includono batteriemia, polmonite, meningite e infezioni delle vie urinarie e delle ferite chirurgiche. La resistenza antimicrobica pone grandi limiti alle opzioni terapeutiche nei pazienti infetti, specialmente se gli isolati sono resistenti ai carbapenemi. E' inoltre da sottolineare che il ceppo di Acinetobacter baumanii che sosteneva l'infezione di *Persona_2* risultava essere resistente a qualunque antibiotico disponibile in commercio ad eccezione della colistina.
Alla luce delle evidenze scientifiche ampliamente disponibili in letteratura è possibile affermare, dice il CTU, che il tipo di infezione contratta da *Persona_2* sia da inquadrarsi come di origine nosocomiale, ovvero correlata al ricovero resosi necessario per il reimpianto protesico del 14.10.2013.
In considerazione delle rilevanze dell'esame microbiologico e della difficile eradicabilita dell'infezione in essere, i Sanitari non poterono che considerare la rimozione della protesi infetta come azione necessaria al fine di preservare *Persona_2* da una possibile sepsi con alto tasso di mortalità.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

Pertanto il 18.12.2013 il paziente fu sottoposto ad intervento chirurgico di "*Espianto protesi*" consistente nella rimozione del materiale fibrotico periprotesico, lussazione degli elementi protesici e rimozione delle componenti sia femorale che acetabolare. Nella medesima giornata furono anche trasfuse due sacche di emazie concentrate.

Il paziente quindi fu tempestivamente avviato verso un trattamento antibiotico dapprima con antibiotici ad ampio spettro (teicoplanina, TargosidR, e ciprofloxacina, CiproxinR, rinfampicina RifadinR) ma successivamente fu necessario impiegare la colistina (ColimicinaR) essendo l'unico antibiotico a cui il ceppo di Acinetobacter baumanii risultò sensibile.

Durante l'intervento chirurgico furono anche prelevati campioni microbiologici a livello del canale femorale ove era impiantato lo stelo protesico e dei liquidi di lavaggio. Gli stessi furono refertati il giorno 22.12.2013 come entrambi positivi per contaminazione da Staphilococcus epidermidis. Trattasi di un batterio Gram positivo appartenente al genere degli Stafilococchi tipicamente presente nella cute di cui non e escludibile una contaminazione ospedaliera. Il 07.01.2014 il paziente fu dimesso con diagnosi di "*PTA infetto a destra"* e prescrizione di terapia medica.

Come emerge dalla documentazione sanitaria e dalle risultanze della CTU, nel mese di novembre 2014, precisamente dal 12.11.2014 al 25.11.2014, il paziente fu degente presso l'U.O. di *Org_4 [...]* dell' *Organizzazione_5* di Benevento per gli accertamenti e le cure relative a contrazione della diuresi da circa una settimana addietro. Inoltre l'attore presentava uno stato di anemia cronica per cui fu praticata la trasfusione di 1 unita di globuli rossi concentrati il giorno 13.11.2014.

Il 25.11.2014 il paziente fu dimesso con diagnosi di insufficienza renale V stadio NKFKDOQI con turbe dell'equilibrio elettrolitico secondarie e anemia a genesi multifattoriale (deficit di vit. B12 ed insufficienza renale cronica) necessitante di supporto trasfusionale. Fu anche prescritta la necessità di visita specialistica nefrologica al fine di valutare ulteriori provvedimenti diagnostico-terapeutici.

In sostanza afferma il CTU: *"Ripercorso l'iter clinico del paziente e possibile affermare che a seguito dell'intervento di revisione della protesi dell'anca eseguito nell'ottobre del 2013, il sig. Persona_2 presentò un tramite fistoloso che conduceva il materiale infetto dall'articolazione fino alla cute con fuoriuscita di secrezione siero-ematica. L'infezione che causò la colonizzazione della protesi fu sostenuta da un patogeno, l'Acinetobacter baumanii MDR, la cui causa e riconducibile ad una infezione nosocomiale. Altresi, in ragione del fatto che l'unico antibiotico a cui tale ceppo risulto suscettibile fu la colistina, essa fu impiegata inevitabilmente per l'eradicazione del patogeno al fine di preservare la vita del sig. Persona_2 . Come si è già illustrato, tale antibiotico ha necessitato di restringere il suo utilizzo agli unici casi in cui non fosse*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

evitabile, a causa, tra l'altro, della elevata nefrotossicità. Pur essendo l'incidenza di nefrotossicita10 non facilmente quantificabile in base ai dati della letteratura per una serie di fattori in causa (eterogeneità delle popolazioni prese in esame, differenze nei criteri di inclusione adottati, diverse vie di somministrazione, siti di infezione prevalenti, posologie variabili, diverse definizioni di danno renale acuto adottate, scarsa numerosità delle casistiche), sin dai primi studi (a partire dagli anni '60) risulta comprovata l'esistenza di tale danno.

E', quindi, del tutto plausibile che il sig. Persona_2 , già affetto da insufficienza renale cronica di grado avanzato, abbia subito un ulteriore peggioramento del danno renale a causa dello stato settico e dell'utilizzo della colistina che si rese necessario nel mese di novembre 2013 al fine di eradicare l'infezione nosocomiale da Acinetobacter baumanii di cui fu vittima in occasione dell'intervento di riprotesizzazione d'anca destra del 14.10.2013 (V stadio NKF-KDOQI).

E' quindi possibile affermare che a causa dell'infezione nosocomiale, la cui responsabilità e da ascrivere alla struttura ospedaliera, e, stante la necessità di effettuare terapia farmacologica mediante l'utilizzo della colistina è possibile affermare che il paziente fu oggetto di una infezione nosocomiale che causò il peggioramento dell'insufficienza renale cronica preesistente.

Pur non essendo ravvisabili responsabilità mediche essendo stati gli atteggiamenti dei Sanitari privi di censure sul piano medico-legale ed avendo gli stessi ottemperato alle necessita cliniche del sig. Persona_2 cosi come leges artis richiesto, è acclarato che il paziente fu oggetto di una infezione nosocomiale (la cui responsabilità è da attribuire alla struttura) che causò il peggioramento dell'insufficienza renale cronica preesistente".

In considerazione quindi dell'iter clinico subito dal paziente ,il CTU ha stimato che l'attore ha subito un danno biologico da incapacità temporanea totale di giorni 75 (settantacinque) in considerazione dei periodi di ricovero (19.11.2013-07.01.2014; 12.11.2014-25.11.2014; 08.12.2014- 20.12.2014) conseguenti allo stato infettivo e al peggioramento della insufficienza renale, mentre non è invece ravvisabile il periodo di incapacità temporale parziale tenuto conto del valore del danno biologico complessivo rilevato.

Per la valutazione dei postumi permanenti, in considerazione dei postumi pregressi e concorrenti in quanto il paziente era già portatore di protesi dell'anca destra ed era affetto da una pregressa insufficienza renale, il CTU ha considerato globalmente il quadro anatomo-funzionale, incidente all'attualità sul soggetto, ovvero un danno biologico, derivante da entrambe le menomazioni globalmente considerato pari al 80% (60% per la assenza di protesi + 40% per l'insufficienza renale V stadio).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

Sottraendo a tale danno complessivo il valore del danno preesistente pari al 50% (25% per la protesi e 30% per la insufficienza renale IV stadio), il CTU ha stimato un danno biologico differenziale risarcibile pari al 30%. In conclusione l'invalidità permanente da liquidare, ovvero il 30% altro non è che l'incremento di danno dal preesistente 50% al globale 80%.

Il danno alla salute differenziale patito dall'attore, in quanto riconducibile causalmente ad una infezione ospedaliera, è imputabile alla struttura sanitaria ai sensi dell'art 1218 c.c. considerato che alcuna prova liberatoria è stata fornita dalla parte convenuta.

Ed invero la convenuta non ha né dedotto né provato con documenti di avere adottato in concreto, in conformità alle linee guida, le più idonee ed efficaci misure per la prevenzione e il controllo dell'infezioni ospedaliere e per il monitoraggio ambientale, soprattutto nelle aree ad alto rischio infettivo, quali sale operatorie e terapie intensive.

Può, pertanto, ascriversi alla struttura sanitaria convenuta una diretta responsabilità in ordine alla causazione dell'infezione. Infatti, la mancata dimostrazione della preesistenza dell'infezione nella persona del paziente, l'accertata riconducibilità eziologica dell'infezione ad un agente patogeno diffuso in ambito ospedaliero, in uno alla mancata dimostrazione dell'efficace sterilizzazione del campo operatorio, della strumentazione chirurgica adoperata e dei locali di degenza, inducono ad affermare che la azienda ospedaliera non abbia esattamente adempiuto l'obbligo di porre a disposizione del paziente attrezzature idonee ad evitare l'insorgenza della complicanza infettiva.

Vi è da aggiungere, ad avviso del Tribunale in conformità all'orientamento della giurisprudenza di legittimità, che al medico o alla struttura sanitaria convenuta in un giudizio di responsabilità non basta, per superare la presunzione posta a suo carico dall'art 1218 c.c., dimostrare che l'evento dannoso per il paziente rientri astrattamente nel novero di quelle che nel lessico clinico vengono chiamate "complicanze", rilevate dalla statistica sanitaria (cfr. Cassazione sentenza n. 13328/2015).

La "complicanza", secondo la medicina clinica e la medicina legale, è solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile.

Tale concetto è inutile nel campo giuridico secondo la giurisprudenza di legittimità.

Ed invero, quando, infatti, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la conclusione di esso si verifichi un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una:

-) o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, ed in tal caso esso va ascritto a colpa del medico o della struttura sanitaria, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze";

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

-) ovvero tale peggioramento non era prevedibile oppure non era evitabile: ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'art 1218 c.c., a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze".

Orbene nel caso di specie la convenuta non ha dimostrato che in concreto la infezione nosocomiale di cui venne affetto l'attore fosse in astrato imprevedibile e in concreto inevitabile, per cui essa non integra una causa non imputabile che la esonera dalla responsabilità risarcitoria di cui all'art. 1218 c.c.

Procedendo alla quantificazione del danno risarcibile, va considerato il danno iatrogeno – *species* del danno biologico – che può essere definito come un danno disfunzionale che si inserisce in una situazione in parte già compromessa da una patologia pregressa, rispetto alla quale si determina un incremento differenziale del pregiudizio.

Orbene secondo la giurisprudenza *"allorquando un intervento medico si esegua su una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente e risulti, secondo le regole di una sua esecuzione ottimale e per quanto accertato a posteriori, che la situazione avrebbe potuto essere ripristinata soltanto in parte e non integralmente, e che, dunque, l'intervento comunque avrebbe lasciato al paziente una percentuale di compromissione della integrità, qualora la cattiva esecuzione dell'intervento abbia determinato una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente ulteriore rispetto alla percentuale che non si sarebbe potuta eliminare, il danno-evento dev'essere individuato nella compromissione della integrità dal punto percentuale corrispondente a quanto non sarebbe stato eliminabile fino a quello corrispondente alla compromissione effettivamente risultante. Ne consegue che, ai fini della liquidazione con il sistema tabellare deve assumersi come percentuale di invalidità non quella corrispondente al punto risultante dalla differenza fra le due percentuali, bensì la percentuale corrispondente alla compromissione effettivamente risultante, di modo che da quanto monetariamente indicato dalla tabella per esso deve sottrarsi quanto indicato per la percentuale di invalidità non riconducibile alla responsabilità"* (cfr Cassazione civile n. 6341/2014).

Ne consegue che, come proposto dal CTU, per la liquidazione del danno biologico per postumi permanenti, in termini di danno differenziale imputabile alla infezione ospedaliera (aggravamento della insufficienza renale e assenza di protesi) deve procedersi come segue: al danno complessivo, pari all'80% di invalidità, deve essere sottratto il valore del danno preesistente non riconducibile a responsabilità medica pari al 50% (25% per la protesi e 30% per la insufficienza renale IV stadio), per cui il danno biologico differenziale risarcibile è pari alla differenza tra questi due valori.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

Il danno biologico per invalidità permanente deve quantificarsi, sulla base delle tabelle predisposte dal Tribunale per l'anno 2018, nell'importo di € 292.697,00, tenendo conto dell'età del danneggiato all'epoca dell'evento dannoso (80 anni) e della misura percentuale stimata dal CTU: € 577.721,00 (danno biologico complessivo nella misura percentuale del 80% per invalidità permanente) – € 285.024,00 (danno biologico preesistente nella misura percentuale del 50% per invalidità permanente): € 292.697,00

Il danno biologico è quel danno non patrimoniale che ricomprende ogni forma di danno arrecato all'integrità psico-fisica del danneggiato, compreso il danno esistenziale o il danno estetico che l'attore assume di avere subito, ed anche il danno morale e il danno da perdita della capacità lavorativa generica.

Le tabelle del Tribunale di Milano aggiornate all'anno 2018 prevedono per ciascuno giorno di inabilità temporanea assoluta un'indennità giornaliera di € 98,00. Ne consegue che all'attore spetta l'importo complessivo di € 7350,00 a titolo di risarcimento del danno biologico per i 75 giorni di inabilità temporanea assoluta.

In conclusione la domanda dell'attore va accolta e la convenuta va condannata al pagamento dell'importo complessivo di € 300.047,00 (€ 292.697,00+ € 7350,00) in favore dell'attore. Su tale somma, poiché già liquidata all'attualità, non spetta la rivalutazione monetaria.

Spettano, invece gli interessi legali i quali vanno calcolati, dall'epoca di verificazione del danno (14 ottobre 2013) fino alla data della presente pronuncia, sulla sorte capitale devalutata a tale data (anno 2013) e via via rivalutata anno per anno secondo gli indici ISTAT (senza cumulo di interessi su interessi). Dalla data della presente pronuncia sino all'effettivo soddisfo, gli interessi legali vanno calcolati sulla somma liquidata di € 300.047,00.

Le spese processuali e della CTU espletata nel procedimento per accertamento tecnico preventivo seguono la soccombenza e vanno poste a carico della convenuti nei cui confronti la domanda attorea è stata accolta.

P.Q.M.

Il Tribunale di Benevento, II sezione civile, definitivamente pronunciando sulla domanda avanzata da *Parte_1* nei confronti della *Controparte_1* *[...]* con ricorso depositato in data 4 maggio 2018, così provvede:

accoglie la domanda dell'attore e condanna la convenuta al pagamento in favore dell'attore dell'importo di € 300.047,00 oltre interessi legali come in motivazione;

condanna la convenuta al pagamento delle spese processuali in favore dell'attore liquidate ai sensi del D.M. n. 55/2014 in € 634,00 per spese ed € 9950,00 per compenso di avvocato di cui € 2400,00

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139

per la fase di studio, € 1550,00 per la fase introduttiva, € 3000,00 per la fase di trattazione ed € 3000,00 per la fase decisoria oltre rimborso forfettario spese generali, IVA e CPA come per legge con distrazione in favore dell'avv. [redacted]

pone definitivamente le spese di CTU a carico della convenuta.

Benevento 25 giugno 2019

Il Giudice

Dott.ssa Floriana Consolante

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-139