Proc. Civ. nr. R.G. 2443/2015 r.g.a.c.

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI CASTROVILLARI
SEZIONE CIVILE

In persona del giudice monocratico, dott.ssa Maria Assunta Pacelli, ha pronunciato, la seguente

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al n. 2443/2015 r.g.a.c., avente ad ***oggetto**: **Risarcimento danni da responsabilità medica***, vertente

TRA

Parte_1 *CodiceFiscale_1*), rappresentata e difesa, giusta procura in atti, dall'avv.to [redacted] elettivamente domiciliata come in atti

Attrice

CONTRO

Controparte_1 **,** in p.r.l.p.t.**,** rappresentata e difesa, giusta procura in atti, dall'avv.to [redacted] elettivamente domiciliata come in atti

Convenuta

CONCLUSIONI:

Come da note di trattazione scritta depositate dalle parti per l'udienza del 05.07.2022, trattata in modalità cartolare ex art. 221, comma 4, D.L. n. 34/2020, conv. con mod. dalla L. n. 77/2020. La causa è stata riservata in decisione con concessione dei termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito di comparsa conclusionale e memorie di replica [giorni 60 per il deposito di comparse conclusionali e giorni 20 per il deposito di repliche].

RAGIONI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Preliminarmente va rilevato che la presente causa interviene nella vigenza dell'art. 132, c. 2, n. 4 c.p.c. (come riformulato dall'art. 45, comma 17, della legge 69 del 2009, nel quale non è più indicata, fra i contenuti della sentenza, l'esposizione dello svolgimento del processo) e dell'art. 118, c. 1, disp. att. c.p.c. (come riformulato dall'art. 52, comma 5, della citata legge) e, pertanto, con esonero dall'esposizione dello svolgimento del processo, essendo sufficiente ai fini dell'apparato giustificativo della decisione, la concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione medesima. Ai sensi dell'art. 58 della medesima legge, le modifiche di cui sopra sono immediatamente applicabili anche ai giudizi che sono pendenti, in primo grado, alla data di entrata in vigore della citata legge 69 del 2009, ovvero al giorno 04.07.2009.

Ancora preliminarmente, si dà atto che il presente fascicolo è per la prima volta pervenuto alla cognizione di questo Giudice, che ha preso funzioni il 05.04.2019, all'udienza del 26.09.2019, già in fase di precisazione delle conclusioni, ed è stato trattenuto in decisione, con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c., all'udienza del 05.07.2022. Ancora, si rileva che tutta l'istruttoria

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

del presente procedimento è stata compiuta dal precedente magistrato assegnatario del fascicolo.

Tanto premesso, si osserva quanto segue.

Con atto di citazione ritualmente notificato *Parte_1* ha convenuto in giudizio l' *[...]* *Controparte_2* – chiedendo di: accertarne e dichiararne la responsabilità in ordine ai fatti di cui in premessa e per le ragioni di diritto esposte; condannare la medesima *Controparte_1* ... al risarcimento del danno sofferto dall'attrice, morale, patrimoniale, biologico, esistenziale e alla vita di relazione, nessuna ulteriore voce di danno esclusa, quantificato in € 52.000,00 ... per come in punto di fatto e di diritto esposto od in altra maggiore o minore somma ritenuta di giustizia. Il tutto con vittoria di spese da distrarsi ex art. 93 c.p.c.

In particolare ha dedotto: che, in data 14.12.2011, la *Pt_1* è stata ricoverata presso [redacted] di [redacted] a seguito di una rovinosa caduta che le ha procurato "*frattura chiusa ma scomposta del terzo distale perone destro, distacco apice malleolo tibiale interno destro, lussazione tibioastralgica destra"*; che in data 21.12.2011 è stata sottoposta ad intervento chirurgico di riduzione e sintesi; che, all'accettazione, l'esame obiettivo strumentale descriveva una caviglia destra tumefatta, dolente e deviata assialmente per cui emergeva una condizione clinica "pulita"; che in data 19.12.2011 è stata rilevata la presenza di flittene al livello della caviglia, cioè a dire una vescicola caratterizzata da rigonfiamento dovuto alla raccolta di liquido al di sotto dello strato dell'epidermide, a seguito del quale è stata prescritta profilassi antibiotica, poi non indicata nella scheda di terapia; che, la non adeguata osservazione del predetto flittene, ha comportato la contaminazione dell'intervento chirurgico eseguito in data 21.12.2011 a tal punto che dopo 6 giorni, ossia il 27.12.2011, la doccia gessata praticata era fortemente maleodorante, per cui veniva rimossa e sostituita; che in data 12.01.2012 è stato effettuato intervento di rimozione dei mezzi di sintesi; che in data 17.01.2012 da esame radiografico è emersa la perdita della corretta riduzione articolare; che è stata dimessa in data 19.01.2012 con diagnosi di "*lussazione tibio-tarsica destra con frattura scomposta distale del perone e frattura scomposta malleolo tibiale destra*"; che in data 21.01.2012, presso [redacted] di [redacted] si è proceduto a rimozione dei mezzi di sintesi per intolleranza degli stessi; che, dopo esami diagnostici, eseguiti in data 28.05.2012 presso l'ospedale di *CP_1* è stato evidenziato un accumulo di radio anticorpo in prossimità dell'articolazione tibiotarsica destra con quadro scintigrafico suggestivo per presenza di flogosi; che, in data 23.07.2012, si è recata presso gli *Controparte_3* di Bologna ove sono stati riscontrati esiti di frattura bi-malleolare destra con probabile episodio infettivo, per cui rimossi i mezzi di sintesi si presentava quadro clinico di una grave artropatia degenerativa, con scintigrafia positiva; che è stata ricoverata dal 29.10.2012 al 03.11.2012 presso l' *[...]* *Organizzazione_1* di Bologna per intervento di artrodesi della caviglia destra con viti e fili di *Org_2* e diagnosi di entrata di *artropatia degenerativa post-traumatica e post-infettiva caviglia destra*; che, sottoposta a visita medico legale da parte del dott. *Persona_1* è stata accertata la perdita completa dell'articolarità della tibiotarsica e della sottoastragalica, a causa di un'infezione subentrata durante la degenza [redacted] di [redacted] che la menzionata infezione nosocomiale è stata la causa della riduzione funzionale dell'articolazione interessata da frattura, contratta a seguito dell'intervento chirurgico o comunque a fattori connessi all'ambiente operatorio o al personale in contatto con la paziente, in assenza di patologie analoghe in epoca anteriore all'intervento o di preesistenti condizioni fisiche in grado di ricollegare l'infezione a

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

fattori costituzionali della paziente; che si è, quindi, in presenza di una connessione causale tra l'intervento e l'infezione accertata; che da tale infezione è derivato un maggior danno biologico rispetto a quello che sarebbe conseguito al solo intervento, valutabile nell'ordine del 12%, nonché una I.T.A. di giorni 60 e una I.T.P. al 50% di mesi sei, per come accertato dal CTP; che l'infezione costituita da una flittene poteva scaturire solo dall'intervento, avendo la frattura una situazione clinica pulita; che il CTP ha riscontrato il carattere permanente del danno attraverso la perdita della mobilità dell'arto oggetto di infezione, da ricondurre alla omessa prevenzione richiesta nel garantire nel corso della presa e del trattamento del paziente quella sterilità idonea ad evitare l'infezione stessa.

La prima udienza è stata fissata al 20.10.2016 ex art. 168bis, comma 5, c.p.c.

Con comparsa di costituzione e risposta del 30.12.2015, si è costituita tempestivamente in giudizio l' *Controparte_2* - la quale ha dedotto che nessuna responsabilità può essere addebitata né direttamente né indirettamente al personale sanitario che, di fronte ad una frattura scomposta, è intervenuto secondo la migliore scienza medica, con l'unico intento di fornire le migliori cure alla paziente. Ha, quindi, chiesto il rigetto della domanda attorea in quanto infondata in fatto ed in diritto.

Prodotta e acquisita la documentazione prodotta dalle parti è stata disposta, dal precedente magistrato, c.t.u. medico-legale con il dott. *Persona_2* sui seguenti quesiti: "1. *Descriva quadro clinico e situazione complessiva dell'attrice alla data del ricovero* [redacted] *di* [redacted] *(CS); 2. Descriva accertamenti diagnostici e terapie effettuate sulla sua persona, specificando, in linea generale e in relazione al caso concreto, se si trattava di intervento di routine ovvero di notevole complessità tecnica; 3. Dica se le procedure seguite siano conformi alle regole della scienza medica ed effettuate con la dovuta prudenza, diligenza e perizia, in relazione alle specifiche caratteristiche del caso concreto e alla complessità dell'intervento eseguito, individuando in caso di risposta negativa le eventuali diverse procedure da adottare; 4. Dica, in particolare, se la flittene dalla stessa sviluppata dopo il ricovero abbia origine iatrogena, se costituisce, nel caso concreto, mera complicanza dell'intervento chirurgico cui la stessa è stata sottoposta, non prevedibile né prevenibile o se, invece, dipenda dalle errate procedure cliniche adoperate, motivando dettagliatamente le ragioni del proprio convincimento, in relazione alle caratteristiche del caso concreto e ai principi scientifici applicati; 5. Ove riscontri erronee prescrizioni mediche ascrivibili a colpa professionale dei sanitari operanti, precisi i comportamenti concretamente tenuti nonché quelli, eventualmente diversi, prescritti dalla migliore scienza ed esperienza del momento; 6. Dica da quali patologie sia attualmente affetta l'attrice e se, in particolare, presenti quelle indicate nell'atto introduttivo, descrivendone caratteristiche ed eziologia; 7. Dica se e con quale grado di probabilità esse siano riconducibili a eventuali profili di negligenza o imperizia del personale sanitario, chiarendo se, in quale misura e con quale grado di probabilità il comportamento alternativo doveroso avrebbe evitato l'evento, indicando, altresì, se sussistano precedenti morbosi e se essi siano concorrenti o coesistenti coi postumi residuati; 8. Quantifichi percentualmente il danno residuato a carico dell'attrice, specificando in quale misura percentuale possa essere etiologicamente attribuito a eventuali negligenze dei sanitari e illustrando in modo compiuto i criteri di determinazione adottati; chiarisca la tabella di rifermento seguita e le specifiche voci di riferimento, ovvero comunque criteri adottati; 9. Dica se gli eventuali postumi permanenti siano suscettibili di miglioramento*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

mediante protesi, terapie o interventi, in caso positivo ne indichi costi, difficoltà e eventuale possibile riduzione in esito ad essi di postumi permanenti riscontrati.

La relazione è stata depositata in data 28.09.2017.

La causa, quindi, è stata riservata in decisione sulle conclusioni rassegnate dalle parti - come da note di trattazione scritta depositate per l'udienza del 05.07.2022, trattata in modalità cartolare - con assegnazione dei termini ordinari di cui all'art. 190 c.p.c. per lo scambio degli scritti conclusionali.

La domanda deve essere parzialmente accolta, nei limiti della seguente motivazione.

Giova premettere alla decisione della presente controversia una esposizione – sia pur schematica – della natura e del regime della responsabilità della struttura sanitaria, pubblica e privata, e del personale medico in essa a qualsiasi titolo operante, a fronte del danno lamentato dal paziente ricoverato per l'inefficacia delle cure ricevute o addirittura – come nel caso di specie – per il peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Le ipotesi di peggioramento delle condizioni di salute possono essere ricomprese nella definizione sintetica di "danno iatrogeno", da intendersi quale "reazione avversa all'organismo, causata da un trattamento o da un procedimento diagnostico, inavvertitamente causata da un medico".

Il rapporto nascente dall'accettazione in cura del paziente-utente da parte della struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle *latu sensu* alberghiere.

La responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata nei confronti del paziente ha, quindi, natura contrattuale e può conseguire ai sensi dell'art. 1218 c.c. all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché ai sensi dell'art. 1228 c.c. all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato (così Cass. 8826/2007; Cass. 13066/2004; Cass. S.U. 581/2008; Cass. 1698/2006).

La responsabilità dell'Ente Ospedaliero o della *Pt_2* o della struttura privata nei confronti dei pazienti ricoverati ha natura contrattuale, pertanto, anche quando attiene al comportamento dei propri dipendenti e tale responsabilità trova fondamento non già nella colpa (nella scelta degli ausiliari o nella vigilanza) bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (Cass. 4400/04; Cass. 6756/01; Cass. 5329/03).

Pertanto dall'accettazione del ricovero da parte della casa di cura, pubblica o privata, sorge comunque da una parte il diritto e dall'altra l'obbligo contrattuale di assicurare al paziente una prestazione medica di natura professionale, disciplinata dagli artt. 1176 e ss. e 2229 e ss. del cod. civ.

La natura contrattuale della responsabilità comporta, quanto all'onere probatorio che il paziente -danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del contatto) e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass. 975/2009).

Appare, dunque, opportuno soffermarsi 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 della responsabilità contrattuale 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.

Con particolare riguardo al caso oggetto di esame, si può condividere l'orientamento giurisprudenziale secondo il quale "*spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare di: 1) aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive;2) dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico*"; (Cfr. Cass. civ., sez. VI, 22 aprile 2021, n. 10592)

In definitiva, spetta al paziente dimostrare il danno subito ed il nesso causale tra lo stesso e il trattamento medico, mentre resta a carico della convenuta la prova della diligenza, ovvero dell'assenza di negligenza, la quale non può prescindere dagli 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 di specie, l'attrice ha fornito - come richiesto in applicazione dei principi innanzi esposti - la prova della conclusione del contratto di spedalità con la convenuta struttura sanitaria, depositando le cartelle cliniche, e comunque a tal riguardo nessuna contestazione è stata posta dalla convenuta.

Riguardo l'allegazione di un inadempimento qualificato e del nesso causale, l'attrice ha adempiuto a tale onere, con il supporto di una perizia di parte, dolendosi in particolare della "*omessa prevenzione richiesta nel garantire nel corso della presa e del trattamento del paziente quella sterilità idonea ad evitare l'infezione*" da parte dei sanitari [redacted] di [redacted] (cfr. pag. 7 atto di citazione) nonché di aver avuto una infezione nosocomiale, nella specie il flittene, a causa del comportamento della struttura sanitaria che non ha adoperato tutte le misure necessarie a rendere i luoghi, gli attrezzi e comunque le generali circostanze sterili e immuni da germi, determinando così una riduzione della mobilità dell'arto.

Tutto ciò delineato, ai fini della decisione occorre tenere conto delle conclusioni a cui è pervenuto il consulente tecnico d'ufficio, in quanto coerenti e prive di vizi logici.

Quanto al quadro clinico il CTU ha accertato: cha la *Pt_1* il 14.12. 2011, a seguito di caduta accidentale in casa, ha riportato lesioni traumatiche a gamba e caviglia destra; che la stessa è stata condotta al vicino P.S. dell' *Organizzazione_3* ed è stata accertata frattura scomposta 3° distale perone dx, distacco apice malleolo tibiale interno, lussazione tibio-astragalica; che è stata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

subito avviata in Ortopedia [redacted] di [redacted] [redacted] ove il 21.12.2011, dopo i doverosi accertamenti propedeutici, è stata sottoposta ad intervento di riduzione e sintesi chirurgica delle fratture; che il 27.12.2011 la cartella clinica riporta testualmente: *si rimuove la doccia gessata maleodorante, si disinfettano le ferite. Cute sofferente. ... Da medicare ogni giorno*. Poi, ancorché approssimativa comunque, riporta: *ferita con secrezioni, disallineamento dei monconi ossei della frattura peroneale, escara* (calcaneare?), *ferita sofferente*; che il 12.01.2012 si sono rimossi i mezzi di sintesi, il 13.01.2012 si è proceduto a mobilizzazione a letto della paziente ; che il 19.01.2012 è stata dimessa con apparecchio gessato; che al controllo rxgrafico del 10.05.2012 risultavano *esiti frattura mal consolidata 3° medio e distale del perone dx, esiti frattura malleolo tibiale interno non consolidata. Netta riduzione della rima articolare tibio-tarsica con ampliamento della pinza interna. Tono calcico ridotto*; che alla scintigrafia del 28 maggio 2012 risultava *quadro suggestivo per presenza di flogosi*; che il 23.07.2012 è stata eseguita verifica all' *Organizzazione_4* di Bologna con quadro clinico di grave artopatia degenerativa con scintigrafia positiva; che il 30.10.2012 è stata sottoposta a artrodesi della caviglia (fissazione dell'articolazione tibio-astragalica e moncone distale del perone alla tibia).

Il CTU ha acclarato, in particolare, diversi passaggi critici che hanno concorso all'infelice evoluzione dell'iniziale intervento chirurgico, che per effetto di intervenute complicanze flogistiche non correttamente prevenute, affrontate e gestite in maniera appropriata e puntuale hanno prodotto disarchitettura anatomo-patologica e funzionale delle articolazioni interessate. E, invero, dato atto che in data 14.12.2011 le lesioni traumatiche al 3° distale della gamba e caviglia destra furono subito precisate e, previa terapia antibiotica (*Org_5* 1fl x 2, avviata il 19.12.2011), sintetizzate il 21.12.2011 con sostanziali corrette modalità (tramite un intervento di non speciale/particolare difficoltà), il CTU ha accertato che il 27.12.2011 si era evidenziata la presenza di sofferenza dei tessuti molli, quadro che avrebbe dovuto indurre cautelativamente gli operatori ad adottare procedure profilattiche e diagnostiche per contrastare l'infezione (in atto o itinere) e suggerire d'eseguire indici di flogosi, tamponi per esami colturali dei tessuti delle ferite, ecc.. Ancora, il CTU ha accertato che, nonostante l'esame Rx del 28.12.2011 mostrasse fratture non ridotte e giustappunte (disallineamento ... distacco osseo …) ovvero insuccesso dell'intervento, solo il 12.01.2012 si è provveduto alla rimozione dei mezzi di sintesi, lavaggi con antibiotici, ma nessuna coltura dei tessuti mortificati è stata posta in essere, mentre, nell'occasione si sarebbe potuto eseguire tamponi per la ricerca di agenti patogeni ed eventuale antibiotico-terapia mirata, tanto che risultano in cartella più modificazioni della terapia antibiotica ancorché non dettate da riscontri d'esecuzione di colture e ABG.

Come accertato dal CTU la procedura corretta sarebbe stata quella di ricercare ovvero smentire eventuale possibile flogosi delle ferite (chirurgiche o da compressione), di provare a isolare l'agente patogeno e, isolatolo, procedere con sollecitudine alla revisione e *debridment* dei tessuti molli e articolari, con rimozione dei mezzi di sintesi, lavaggi e quant'altro necessario, dettato dalle indagini di laboratorio e strumentali secondo prassi usuali e linee guida codificate e validate (cfr. pp. 8 e 9 della Consulenza d'ufficio ove si legge "*L'agente patogeno non risulta isolato, ma la flogosi è dimostrata dalla scintigrafia con leucociti marcati. La fonte infettiva va ricercata, con verosimile ragionevole attendibilità, nelle incorrette o insufficienti procedure di asepsi su lesioni mortificate da compressione ancor più in anziano che va immobilizzato il meno possibile, come avvalorato dai numerosi criteri medico legali nonché dall'intervallo temporale tra*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

inizio infezione e successiva evoluzione clinica. Tale processo flogistico può a buon motivo e fondatamente pertanto ritenersi di origine iatrogena ... La ricorrenza di flogosi dopo sintesi delle fratture accredita che il trattamento ortopedico sia stato la porta d'ingresso dell'infezione, favorita dalla compressione meccanica con produzione di flittene e decubiti, il che depone per mancato rispetto delle raccomandazioni di linee guida e prassi consolidate di buona pratica clinica assistenziale ovvero adozione di quelle ordinarie misure cautelari che sarebbero state doverose per ridurre al minimo il rischio delle lesioni iatrogene poi appurate. Ma prima di tutto carente assistenza e vigilanza degli operatori nel controllo peri-chirurgico e delle sue prospettate esigenze con sottovalutazione dei sintomi insorti ..."; e, ancora "*... Dal punto di vista medico legale impossibile mettere in discussione l'evidente nesso di causalità tra ricovero per sintesi chirurgica delle fratture e insorgenza di processo settico perilesionale, in quanto risultano pienamente rispettati e soddisfatti i vari criteri, da quello topografico a quello cronologico, della continuità fenomenica, ecc. Allo stesso modo va detto che nel nosocomio che ospitava l'infortunata non furono messe in atto nel prosieguo della degenza post-operatoria condotte per definire il problema in atto ovvero in itinere e accorciare così i tempi della sua risoluzione ...*").

Nelle sue conclusioni il CTU ha, quindi, accertato la sussistenza di "*infezione nosocomiale a genesi iatrogena perioperatoria legata al soggiorno dal 14.12.2011 al 19.01.2012 in Ortopedia* [redacted] *di* [redacted] *in cui il rapporto di causalità materiale diretto ed esclusivo tra processo settico dell'arto fratturato e degenza nel reparto di Ortopedia è di chiara e palese evidenza, accertabile mediante l'applicazione dei classici ed usuali criteri logici, anatomici, funzionali, topografici, temporali, d'esclusione d'altre cause,"* (cfr. pag. 9 Relazione Peritale). Il CTU ha, poi, specificato che trattasi di infezione non scaturente esclusivamente dalla attività dei sanitari (quali errori tecnici nell'esecuzione dell'intervento chirurgico), la quale ha comunque concorso alla sua insorgenza, bensì dalla carenza di adeguati livelli di sterilizzazione delle apparecchiature utilizzate, aggiungendo che anche il mancato pronto intervento nel riscontro dell'iniziale floglosi ha contribuito al sorgere dell'infezione. Al riguardo ha precisato: "*Orbene il comportamento censurabile degli operatori (in assenza d'altre e differenti cause alternative) è consistito nel mancato utilizzo di quella particolare prudenza e perizia imposta dalla <<nozione di comune esperienza nella scienza medica>> richiesta in quei soggetti da sottoporre a sintesi chirurgica delle fratture e successiva immobilizzazione con valva gessata; l'operatore deve tener conto delle prevedibili complicanze determinate dall'inosservanza delle regole ovvero dall'uso di strumenti e materiale non idoneo. E' questa la condotta censurabile: azione o omissione che concreta violazione a regole cautelari attestata dalle lesioni da compressione mal affrontate ovvero non prevenute così come richiesto, ma soprattutto il non aver impedito la sovrainfezione ovvero il misconoscimento degli indizi iniziali che deponevano per una flogosi*" (cfr. pag. 11 della relazione) e "*D'altra parte la paziente all'ingresso in Ospedale non era affetta da alcuna infezione nella parte qua del suo corpo, né altrove. I problemi intervenuti quindi sono dipesi da una errata ovvero inadeguata modalità esecutiva della immobilizzazione e delle comuni norme di prevenzione, e non da pregresse patologie ed infezioni in atto, ma da complicanze prodotte con le modalità innanzi illustrate e veicolo d'infezione*" (cfr. pag.12 della relazione).

Per quel che concerne il nesso di causalità, il consulente ha rappresentato che non vi possono essere dubbi circa la sussistenza dello stesso (cfr. pag. 8 Relazione Peritale), aggiungendo, ancora, che *le risultanze dello studio eseguito indicano che la paziente ha contratto infezione nosocomiale*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

riconducibile al ricovero e all'intervento di sintesi delle fratture e che nel prosieguo nella struttura in cui era stata ricoverata non si sono adoperati per la diagnosi precisa e quindi del conseguente sollecito inquadramento e trattamento.

Il Ctu ha stimato, pertanto, il danno biologico permanente scaturito dall'infezione nosocomiale quantificandolo in una forbice tra il 9% e il 10% nonché ha determinato il periodo di inabilità assoluta e temporanea (40 giorni totale; 30 giorni parziale al 75%; 60 parziale al 50%).

In relazione alle condivisibili conclusioni del CTU deve ritenersi sussistente la responsabilità della struttura sanitaria; i giudici di legittimità hanno chiarito, come già sopra evidenziato, che "*in applicazione dei principi sul riparto dell'onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria elaborati dalla Suprema Corte, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare di: 1) aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico*" (così Cassazione civile sez. III, 23/02/2021, n. 4864; vedi anche Cassazione civile sez. III, 10/12/2012, n. 22379: allorché venga accertata la natura nosocomiale di una infezione per la presenza di un batterio nell'ambiente ospedaliero, la responsabilità è da imputarsi alla struttura ospedaliera).

Ciò osservato, appare necessario evidenziare che non può darsi valore a quanto sostenuto dalla convenuta nella comparsa di costituzione e ribadito in comparsa conclusionale, ossia che la paziente "*è stata sottoposta ad intervento chirurgico secondo protocolli tecnici di sterilità assoluta e con sala operatoria a norma*" posto che nessuna prova è stata offerta in tal senso, in applicazione dei sopra indicati principi, essendo 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 (cfr. Cass. n. 4400/2004; n. 9085/2006).

Dall'istruttoria espletata, in realtà, è emerso che l'origine nosocomiale dell'infezione insorta è indicativa di precise responsabilità della conventa, la quale non ha fornito in giudizio alcun elemento che consentisse di valutare la correttezza dei protocolli di prevenzione delle infezioni ospedaliere adottati e la reale sterilità dei locali e della strumentazione nel periodo di ricovero della paziente.

In particolare la struttura sanitaria aveva l'onere di documentare di aver posto in essere e rispettato, e non semplicemente adottato, le più idonee ed efficaci misure attinenti ad evitare l'insorgere di infezioni nosocomiali.

Le infezioni ospedaliere rappresentano, del resto, un fenomeno sicuramente prevedibile poiché trattasi di una delle più comuni complicanze di ogni intervento chirurgico.

La struttura ospedaliera convenuta al contrario non ha fornito adeguata prova circa l'adeguatezza in concreto della attività assistenziale prestata al paziente e, pertanto, dell'assenza di propria colpa in ordine all'insorgere dell'infezione nosocomiale e che quell'esito era stato determinato da un evento imprevisto ed imprevedibile ed in ogni caso inevitabile, non emergendo ciò neppure dagli esiti dell'elaborato peritale.

Al riguardo, *ad abundantiam* si evidenzia, altresì, che la convenuta, nonostante la nomina di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

proprio consulente di parte, non ha inteso formulare, nei termini, nessuna osservazione alle conclusioni a cui è pervenuto il consulente d'ufficio.

Risulta, quindi, evidente nel caso di specie la sussistenza di un rapporto di causalità materiale tra il danno psico-fisico subito dall'attrice (esiti invalidanti, determinati dalla artrodesi della caviglia, come accertati dal CTU) e l'infezione nosocomiale.

La sussistenza di nesso causale tra gli atti medico-assistenziali e il danno lamentato da parte attrice e l'imputabilità dello stesso a colpa della struttura convenuta devono pertanto ritenersi comprovate.

Quanto alla liquidazione del danno non patrimoniale subito da parte attrice deve riconoscersi il danno biologico temporaneo quale accertato e quantificato dai CTU, ossia 40 giorni di giorni di inabilità totale, 30 giorni di inabilità temporanea parziale al 75% e 60 giorni di inabilità temporanea parziale al 50%.

Nella specie, alla luce delle allegazioni di parte attrice e della relazione di parte prodotta in giudizio (nella quale il CTP ha determinato il danno biologico al 12%), nonché degli esiti della CTU, si può ritenere coerente stabilire definitivamente il danno differenziale iatrogeno nella percentuale del 10%, tenuto conto che il CTU ha operato la sua quantificazione sottraendo già i postumi che si sarebbero realizzati comunque e riscontrati anche a fronte di corretto e ottimale trattamento terapeutico.

Venendo alla liquidazione del danno, si ritiene di adottare quale parametro di riferimento le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano comunemente adottate per la liquidazione equitativa ex art. 1226 c.c. del danno non patrimoniale derivante da lesione dell'integrità psico/fisica (criterio di liquidazione espressamente sancito dalla Suprema Corte, cfr. Cass. civ. 7 giugno 2011 n. 12408 e Cass. civ. 26 agosto 2018 n.17018, Cass. civ. 6 maggio 2020 n.8532), tenuto conto dell'età, all'epoca, della Vitale (di anni 63).

Pertanto, va riconosciuto a favore di *Parte_1* , a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, la somma complessiva di € 28.698,50 (di cui euro € 19.541,00 per il danno biologico, € 3.960,00 per invalidità temporanea totale, € 2.227,50 per invalidità temporanea parziale al 75% e € 2.970,00 per invalidità temporanea parziale al 50%).

Essendo stata effettuata la liquidazione di cui sopra all'attualità, sulla somma anzidetta, devalutata alla data dell'inadempimento e del conseguente evento dannoso e rivalutata anno per anno secondo gli indici *Org_* dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti in adesione all'orientamento della S.C. (S.U. n. 1712/1995) gli interessi nella misura legale a partire dalla data dell'evento alla data della pubblicazione della presente decisione. Sono dovuti inoltre sulla somma così risultante gli interessi legali ex art. 1282 cc decorrenti a far data dalla pubblicazione della presente sentenza sino al saldo

Appare, in ultimo, opportuno specificare che, in applicazione dei principi affermati in giurisprudenza di legittimità per il quale gli interessi compensativi "costituiscono una componente dell'obbligazione di risarcimento del danno, da liquidarsi anche d'ufficio", questi possono essere riconosciuti dal giudice di merito, con decorrenza dalla data del fatto sino alla pubblicazione della sentenza, pur se non sono stati specificamente richiesti, non incorrendo nel vizio di *ultra petita*, in quanto elementi intrinseci alla domanda di risarcimento del danno (cfr Cass. civ., Sez. III, 26 giugno 2018, n. 16815; Cass. civ., Sez. III, 4 novembre 2020, n. 24468).

Quando al danno morale, nulla va risarcito.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

Si evidenzia che, come rilevato dalla Suprema Corte, in caso di evento dannoso incidente sulla integrità fisiopsichica del danneggiato, la esistenza di tale pregiudizio non comporta automaticamente anche la risarcibilità del cosiddetto danno morale, ma il danneggiato è onerato dell'allegazione e della prova, eventualmente anche a mezzo di presunzioni, delle circostanze utili ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza e turbamento (Cass. civ. III, 13 gennaio 2016 n.339, Cass. civ., III, 19 febbraio 2019 n. 4878).

Al riguardo, va osservato che è nota al Tribunale l'oramai pacifica giurisprudenza che riconosce la risarcibilità in via autonoma rispetto al danno biologico, inteso quale danno alla salute suscettibile di accertamento medico legale, del danno morale inteso come danno non suscettibile di accertamento medico legale e consistente in una rappresentazione di uno stato d'animo di sofferenza interiore che prescinde del tutto (pur potendole influenzare) dalle vicende dinamico relazionali della vita del danneggiato.

In base a tale condivisibile orientamento, va ritenuto tuttavia che tale danno per essere risarcibile è soggetto ad un onere di allegazione stringente da parte del danneggiato che dovrà conseguentemente indicare sia le conseguenze pregiudizievoli causalmente ricondotte alla condotta sia la compiuta descrizione di tutte le sofferenze di cui si pretende la riparazione. Come osservato dalla Suprema Corte, in ossequio al disposto dell'art. 163 c.p.c., comma 2, n. 4, oggetto di allegazione devono essere i fatti primari, ovvero i fatti costitutivi del diritto al risarcimento del danno e, con specifico riguardo alle conseguenze pregiudizievoli causalmente riconducibili alla condotta, l'attività assertoria deve consistere nella compiuta descrizione di tutte le sofferenze di cui si pretende la riparazione (Cass. Civ., Sez. III, n. 25164/2020).

Come può osservarsi, l'atto di citazione introduttivo del giudizio di primo grado contiene un'invocazione meramente nominale del danno morale, senza alcuna reale prospettazione della sofferenza soggettiva sottesa a tale voce di danno e tanto meno di elementi di fatto denotanti presuntivamente la detta sofferenza.

Le medesime considerazioni valgono in riferimento al richiesto risarcimento del danno esistenziale essendo le allegazioni della attrice del tutto generiche, non avendo la stessa precisato nemmeno la domanda, non avendo depositato memorie ex articolo 183, comma 6. c.p.c., e non avendo articolato prova sul punto.

Infine, nulla va riconosciuto a titolo di danno patrimoniale, pure richiesto da parte attrice nelle proprie conclusioni, non avendo la stessa fatto nessuna allegazione al riguardo e non avendo fornito nessuna prova di spese sostenute.

Il parziale accoglimento della domanda giustifica la compensazione delle spese di lite nella misura della metà.

Le spese di lite, per la residua metà, sono liquidate in dispositivo in conformità al D.M. n. 55 del 2014, come modificato dal D.M. n. 37 del 2018 e dal D.M. n. 147 del 2022, in ragione della fase temporale in cui si è esaurita l'attività processuale, con attribuzione a favore dell'avv. [redacted] ex art. 93 c.p.c.

Al riguardo, si ritiene di doversi discostare dalla nota spese depositata dal predetto difensore, dovendosi applicare i parametri minimi attesa la non particolare difficoltà delle questioni trattate e la ridotta attività istruttoria. Si deve, inoltre, tener conto – quanto al valore della causa – al criterio del *decisum* [cfr. Cassazione civile sez. VI, 21/01/2021, n.1123, secondo cui ai fini del rimborso delle spese di lite a carico della parte soccombente, il valore della controversia va fissato ... sulla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283

base del criterio del *disputatum* (ossia di quanto richiesto nell'atto introduttivo del giudizio ovvero nell'atto di impugnazione parziale della sentenza), tenendo però conto che, in caso di accoglimento solo in parte della domanda ovvero di parziale accoglimento dell'impugnazione, il giudice deve considerare il contenuto effettivo della sua decisione (criterio del *decisum)*].

Le spese di c.t.u., già liquidate in corso di causa con separato decreto del 19.10.2017, in base all'esito complessivo della lite, sono definitivamente poste a carico delle parti in solido.

P.Q.M.

Il Tribunale di Castrovillari, Sezione civile, in persona del giudice monocratico, dott.ssa Maria Assunta Pacelli, definitivamente pronunziando sulla causa in oggetto, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e difesa, così provvede:

1) **IN PARZIALE ACCOGLIMENTO della domanda dell'attrice, CONDANNA** l' *Controparte_1* in p.r.l.p.t., **al pagamento in favore di** *[...] Pt_1* , a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, della somma complessiva di € 28.698,50 (di cui euro € 19.541,00 per il danno biologico, € 3.960,00 per invalidità temporanea totale, € 2.227,50 per invalidità temporanea parziale al 75% e € 2.970,00 per invalidità temporanea parziale al 50%), oltre interessi come da motivazione;

2) **COMPENSA** le spese di lite nella misura di 1/2;

3) **CONDANNA** la convenuta *Controparte_1* , in p.r.l.p.t., al pagamento, in favore di parte attrice, della residua metà delle spese di lite, che si liquidano in euro 1.986,00 per compensi ed euro 277,50 per spese, oltre spese generali al 15%, IVA se dovuta per legge e c.p.a., nella misura di legge, da distrarsi in favore dell'Avv. [redacted] dichiaratosi anticipatario;

4) PONE le spese di c.t.u., già liquidate in coso di causa, definitivamente a carico delle parti in solido.

Così deciso in Castrovillari, 10.01.2023

Il Giudice
dott.ssa Maria Assunta Pacelli

La presente sentenza è stata redatta con la collaborazione dell'Addetto all'Ufficio per il Processo, Dott. [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-283