TRIBUNALE DELLA SPEZIA

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DELLA SPEZIA

In persona del giudice unico dott. Nella Mori

nella causa n. 21/2017 tra

*Parte_1*

ATTRICE

Avv. [redacted]

[redacted]

*Controparte_1* rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted]

CONVENUTA

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sulle conclusioni delle parti di cui:

parte attrice come da foglio di precisazione delle conclusioni allegato a verbale udienza del 3/2/2022;

parte convenuta ha precisato come in memoria ex art 183, 6°c. n. 1 cpc

MOTIVI DELLA DECISIONE IN FATTO E DIRITTO



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

Per quanto attiene allo svolgimento del processo ed ai fatti oggetto di giudizio vanno richiamati il contenuto degli scritti difensivi e le risultanze dei verbali d'udienza.

Sinteticamente: *Parte_1* ha agito n.q. di coniuge erede unica di *Persona_1* (nt. a [redacted] ivi [redacted], e ha chiesto di accertare e dichiarare la responsabilità della convenuta *CP_1* per il danno patito dal coniuge *Persona_1* in occasione del suo ricovero presso l' *Org_1* di [redacted] ove era stato trasportato in data 26/9/2006 a seguito di incidente stradale; ha dedotto che nel predetto sinistro il *Persona_1* aveva riportato la frattura pluriframmentaria lievemente scomposta del piatto tibiale e della metafisi prossimale della tibia (come da radiografia effettuata nell'accesso al Pronto Soccorso); che in data 6/10/2006 è stato sottoposto ad intervento di riduzione e osteosintesi con placca LCP e conseguente ingessatura della gamba; che - dimesso in data 11/10/2006 - è stato nuovamente ricoverato il 27/10/2006 per dolore e tumefazione calda nella regione mediale del ginocchio destro; che in esito a consulenza infettivologica è risultato che il *Persona_1* era positivo per il batterio Staphilococco Aureus; che la predetta infezione – mai debellata – ha originato una osteomielite tibia dx, patologia che ha negli anni richiesto successivi ricoveri e terapie, con peggioramento dello stato di salute del congiunto sia in termini di invalidità permanente che temporanea.

Parte attrice, dando atto che il *Persona_1* è [redacted] per altra causa, ha, tuttavia, dedotto una responsabilità dell onvenuta in ordine alla contrazione del batterio Staphilococco Aureus, imputando detta contaminazione alla mancata asepsi dell'ambiente operatorio e ospedaliero al tempo della sua prima degenza presso l' *Org_1* di [redacted]
L'attrice ha chiesto di condannare la convenuta al risarcimento dei danni tutti patiti da *Persona_1* a causa dell'infezione da Staphilococco aureus, contratta durante il ricovero dal 26/9/2006 all'11/10/2006.

Ha resistito 5 respingendo ogni addebito e chiedendo il rigetto della domanda attorea.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

Preliminarmente la domanda attorea di risarcimento del danno deve essere inquadrata nell'ambito della responsabilità contrattuale (l'attrice agisce n.q. di erede di *Persona_1* ); ciò perché già prima della legge Balduzzi (del 2012), epoca in cui si colloca la vicenda sanitaria per cui è causa e da cui l'attrice allega essere derivato danno a *Persona_1* , la responsabilità della struttura sanitaria è sempre stata tradizionalmente intesa come contrattuale, ex art. 1218 c.c., sul presupposto che tra struttura e paziente si instauri un contratto atipico di spedalità avente ad oggetto prestazioni complesse (preventive, diagnostiche, terapeutiche, ospedaliere ed assistenziali); altresì che la struttura risponde degli atti medici colposi dei propri ausiliari ex art 1228 cc.

Premesso che per pacifica giurisprudenza di legittimità, nelle cause di responsabilità sanitaria, il danno-evento non consiste nella violazione delle *leges artis* in sé considerate, bensì nella violazione del diritto alla salute del paziente, ne consegue che, ove sia dedotta una responsabilità di natura contrattuale del sanitario, il paziente è tenuto a provare, anche a mezzo di presunzioni, che esiste un collegamento causale tra la condotta del sanitario e l'insorgenza della malattia nuova (o l'aggravamento di una patologia preesistente) lamentata dal paziente stesso. Fornita questa prova, la struttura sanitaria – per difendersi – è tenuta a provare che l'inadempimento è dovuto ad una causa "imprevedibile ed inevitabile", che ha reso impossibile il corretto adempimento della prestazione.

Applicando i suddetti principi al caso di specie, deve ragionevolmente ritenersi che l'infezione da *stafilococco aureus* - manifestatasi con innalzamento temperatura corporea (39°) e formazione di ascesso in regione mediale ginocchio destro dopo due settimane dalle dimissioni (e tre dall'intervento di osteosintesi) - sia conseguenza di una falla nell'attuazione dei protocolli antisepsi da parte della struttura ospedaliera convenuta e ciò sulla base di un ragionamento probabilistico, basato sul principio del "più probabile che non", in considerazione delle seguenti circostanze:

- Manca del tutto la prova che l'infezione abbia avuto una genesi comunitaria (extraospedaliera) e, cioè, che il *Persona_1* l'avesse già contratta prima dell'incidente e conseguente ricovero;



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

- Il convincimento di una genesi comunitaria espressa dal Collegio medico peritale è una mera ipotesi/congettura che i CTU fanno discendere dal fatto che il *Persona_1* era un etilista e, quindi, versava (necessariamente, secondo i CTU) in una condizione di immunodeficienza; in realtà, detta ipotesi è indimostrata in quanto non supportata da alcun dato clinico riferibile al suo accesso in ospedale (per esempio valori di emocromo compatibili con una infezione, in atto o latente);
- Lo stesso Collegio mostra incertezza sulla sua ipotesi di una genesi comunitaria dell'infezione laddove, contraddicendosi, la descrive, invece, come complicanza operatoria connotata da notevole grado di incidenza dopo un intervento di osteosintesi ed ancora più ricorrente dopo l'intervento di osteosintesi su frattura del piatto tibiale; ciò a ragione del fatto che, in genere, la frattura del piatto tibiale si presenta in occasione di traumi ad elevata energia di impatto, traumi che inducono lesioni anche sui tessuti molli che circondano il ginocchio; la relazione peritale chiarisce che la lesione dei tessuti molli produce edema ed infiammazione che possono provocare una compromissione della circolazione venosa locale, ed altre anomalie che rendono il tessuto particolarmente predisposto alle infezioni.
- Quindi, è lo stesso Collegio medico che dopo avere ipotizzato una (indimostrata) genesi comunitaria dell'infezione di cui trattasi, la definisce poi come complicanza del tipo di intervento praticato al *Persona_1* e, quindi, in quanto complicanza, (deve ritenersi) in diretto nesso causale con l'atto chirurgico.
- è altresì documentato dal diario clinico (e confermato dalla CTU) che il *Persona_1* ha riportato un rilevante trauma ai tessuti circostanti il ginocchio destro: il 29/09 sono insorte *Per_2* che hanno giustificato un differimento dell'intervento di osteosintesi fino al 6/10 (l'incidente è del 26/9/2006); in questo periodo di attesa il diario clinico documenta un trattamento delle flittene mediante aspirazione e medicazione; tutto ciò in assenza di una copertura antibiotica, introdotta solo il 4/10 in previsione dell'intervento di osteosintesi del 6/10;
- Quindi, già prima dell'intervento di osteosintesi – che, in base a valutazione del Collegio peritale, è di per sé atto foriero di complicanze infettive – c'è stato un prolungato necessario trattamento delle flittene



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

(attuato in assenza di copertura antibiotica) che è anch'esso in base principio del "più probabile che non" ad evidente rischio di infezione se attuato in assenza di un rigoroso rispetto dei protocolli antisepsi;

- i tessuti molli traumatizzati che hanno costituito possibile veicolo di attecchimento del batterio staphilococco aureus sono stati sia quelli su cui si sono sviluppate le flittene, sia la zona laterale in cui è stata praticata l'incisione chirurgica per l'introduzione del mezzo di sintesi. Ciò potrebbe, in effetti, spiegare perché l'ascesso che si è formato dopo tre settimane dall'intervento di osteosintesi era localizzato nella parte mediana del ginocchio dx e non in corrispondenza del sito strettamente chirurgico (parte laterale del ginocchio dx).
- quindi, in assenza di prova che *Persona_1* avesse contratto l'infezione da staphilococco aureus prima del suo ricovero in Ospedale, ai fini dell'affermazione della sussistenza del nesso causale tra il danno dedotto e la condotta dei sanitari, in base al citato principio del "più probabile che non", decisiva è la considerazione che sul ginocchio traumatizzato del *Persona_1* sono intervenuti solo i sanitari (infermieri) ed i medici [redacted] di [redacted] i primi per trattare le flittene (peraltro senza che vi fosse una copertura antibiotica); i secondi per l'intervento di osteosintesi.
- Infine, non pare decisiva al fine di escludere la genesi nosocomiale dell'infezione il fatto che lo staphilococco aureus contratto dal *Persona_1* fosse sensibile non solo alla meticillina ma, come indicato nella CTU, "mostrava un profilo di sensibilità a tutti gli antibiotici saggiati, compresa la penicillina G"; in effetti, come indicato dal Collegio medico tale caratteristica fenotipica di sensibilità estremamente favorevole è considerata rara in ambito nosocomiale ma, tuttavia, non viene affatto escluso che vi possa essere.

Ritenuta, quindi, la sussistenza del nesso causale tra il danno lamentato ed il trattamento sanitario era onere della parte convenuta provare che l'inadempimento è dovuto ad una causa "imprevedibile ed inevitabile", che ha reso impossibile il corretto adempimento della prestazione.

Nel caso di specie in cui il danno è derivato da una infezione nosocomiale parte convenuta avrebbe dovuto provare di avere adottato tutte le cautele



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

prescritte dai protocolli al fine di scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico; ciò sia con riferimento al modus operandi del personale (medico e infermieristico) sia in punto di procedure di sanificazione dei locali, delle sale operatorie e della strumentazione utilizzata.

Nessuna prova di specifiche procedure di sanificazione è stata data.

Parimenti deve escludersi che l'infezione contratta dal *Persona_1* sia qualificabile come evento prevedibile ma non evitabile come parrebbe ricavarsi dalla CTU nella parte in cui tratta l'infezione quale complicanza operatoria.

Infatti, il giudizio di inevitabilità non può prescindere dalla conoscenza e prova delle misure di prevenzione adottate (prova non fornita) al fine di valutarne l'adeguatezza alla stregua dei protocolli e delle conoscenze scientifiche del tempo dell'evento dannoso; solo in caso di adozione di misure di prevenzione adeguate è praticabile un giudizio di inevitabilità dell'evento dannoso.

Peraltro, nel caso di specie il rilevante grado di incidenza della complicanza infettiva – quantificato dalla CTU nel 12,3% - non esime l'Ospedale dal fare tutto il possibile per prevenirla; anzi, la conoscenza del rilevante grado di incidenza di tale complicanza rende esigibile una attività di prevenzione ancora più accorta ed il giudizio di evitabilità è ancora più rigoroso.

Accertato come sopra l'"an" della dedotta responsabilità per quanto concerne il "quantum", si osserva quanto segue:

- la CTU ha stimato il danno biologico permanente complessivamente residuato a *Persona_1* all'esito dell'intervento di osteosintesi e successiva complicanza infettiva nella misura del 25% della totale; ha altresì indicato che il danno biologico permanente considerando esiti medi attesi, non complicati, della frattura articolare del piatto tibiale trattata chirurgicamente, si assesta nella percentuale del 10%;



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

- discende da quanto sopra che la complicanza infettiva ha causato a *Persona_1* un danno differenziale – risarcibile – del 15% collocato tra il 10% ed il 25%.
- La CTU ha altresì stimato in mesi 18 il prolungamento del danno biologico temporaneo ascrivibile alla complicanza infettiva, di cui tre mesi a totale.
- Non vi sono giustificati motivi per discostarsi dalla valutazione del danno non patrimoniale sopra indicata, valutazione sostanzialmente accettata dal CTP di parte attrice.
- È pacifico, dedotto dalla stessa attrice in atto di citazione, che *Persona_1* è [redacted] per altra causa.
- Si verte, quindi, in caso di c.d. danno da premorienza che ricorre, appunto, quando la vittima di un danno alla salute sia deceduta, prima del giudizio o della sua conclusione, per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito; in tale evenienza, l'ammontare del risarcimento spettante agli eredi del defunto "iure successionis" va parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato e non a quella statisticamente probabile.
- E' quanto reiteratamente sancito dalla Corte di Cassazione che ha altresì ritenuto non conforme al criterio dell'equità l'applicazione delle tabelle milanesi sul c.d. danno da premorienza, in quanto basate sull'attribuzione al danno biologico permanente di un valore economico decrescente nel corso del tempo.
- Ciò premesso ritiene questo Giudice di liquidare il danno permanente patito da *Persona_1* per l'illecito sopra accertato in maniera proporzionale e cioè calcolando in primo luogo il danno differenziale che gli sarebbe stato liquidato in relazione ad una durata di vita statisticamente probabile; tale danno, calcolabile in base alle tabelle Milanesi sulle macropermanenti, è dato dalla differenza tra il valore riferibile ad invalidità permanente del 25% e quello riferibile ad invalidità permanente del 10%; ciò con riferimento a soggetto di anni 37 quale era il *Persona_1* allorchè ha contratto l'infezione nosocomiale per cui è causa; quindi il predetto dato (danno differenziale riferito ad una durata di vita



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

statisticamente probabile) è: euro 77.763,00 – euro 18.431,00 = euro 59.332,00.

- Poiché il predetto importo di euro 59.332,00 è riferibile ad una durata di vita statisticamente probabile che si può indicare in anni 80, e, quindi ad una probabile sopravvivenza del *Persona_1* per ulteriori 43 anni (80-37), per calcolare il danno differenziale liquidabile in relazione agli otto anni in cui il *Persona_1* è sopravvissuto con gli esiti permanenti dell'infezione nosocomiale (infezione contratta nel 2006 – decesso nel 2014), pare equo impostare la seguente proporzione:

59.332 : 43 = X : 8;

X= 59.332 moltiplicato per 8 e diviso per 43 = 11.038,5

- Euro 11.038,00 è il danno permanente differenziale liquidabile a *Persona_1* (e, per esso all'attrice, sua erede) causalmente riconducibile all'infezione nosocomiale per cui è causa e ragguagliato agli otto anni di sopravvivenza.
- Nessuna questione per quanto concerne il danno non patrimoniale da temporanea: il Collegio medico peritale ha stimato in mesi 18 il prolungamento del danno biologico temporaneo ascrivibile alla complicanza infettiva, di cui tre mesi a totale.
- Prendendo a riferimento la diaria di euro 99,00 di cui alle Tabelle del Tribunale di Milano e suddividendo la temporanea in misura decrescente nel senso di riconoscere 3 mesi a totale (come da CTU ); tre mesi al 75%; sei mesi al 50% e sei mesi al 25%, si liquida una temporanea di euro 28.957,5.
- Complessivamente viene riconosciuto all'attrice, iure hereditatis, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito da *Persona_1*, l'importo – aggiornato all'attualità - di euro 39.996,0.
- Su detto importo sono dovuti gli interessi legali secondo i criteri di cui a Cass. S.U. n.1712/1995 in relazione agli otto anni di sopravvivenza; sono dovuti poi gli interessi legali sulla somma di cui al punto che precede dalla domanda giudiziale.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo; è a carico della convenuta la spesa della CTU medico-legale.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321

PQM

Il Tribunale della spezia, in persona del Giudice Unico dott.ssa Nella Mori, definitivamente pronunciando nella causa di cui in epigrafe, disattesa ogni diversa domanda ed eccezione, così decide:

dichiara che *CP_1* spezzino è responsabile per il danno patito da *Persona_1* a causa della infezione nosocomiale contratta in occasione del ricovero dell'ottobre 2006.

Condanna *CP_1* a corrispondere a *Parte_1*, iure hereditatis, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito da *Persona_1*, l'importo – aggiornato all'attualità - di euro 39.996,0, oltre interessi legali secondo i criteri di cui a Cass. S.U. 1712/1995 per il periodo di otto anni di sopravvivenza ed oltre interessi legali, sulla predetta somma, dalla domanda giudiziale.

Condanna parte convenuta a rifondere a parte attrice le spese di lite che liquida in euro 250,00 per esborsi ed euro 6.500,00 per compenso, oltre spese generali, iva e cpa come per legge.

Pone il pagamento della CTU a carico di parte convenuta.

La Spezia, 27/12/2022

Il Giudice

Dott. Nella Mori

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-321