TRIBUNALE DI MASSA
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Massa, sezione civile, in composizione monocratica nella persona del dott. Giovanni Maddaleni

ORDINANZA IN PROCEDIMENTO SOMMARIO DI COGNIZIONE

- *ARTT.* 702 *BIS E SEGG. CPC* -

PROCEDIMENTO NR. 1113/2019

TRA

Parte_1 , rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] ed elett.te dom.to a Massa [redacted] presso lo studio del difensore;

PARTE RICORRENTE

CONTRO

Controparte_1 rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] e [redacted] ed elett.te dom.ta a [redacted]

PARTI RESISTENTE

Sulle seguenti conclusioni:
parte ricorrente: come da note di trattazione scritta depositate in data 18.1.2021
parte resistente: come da note di trattazione scritta depositate in data 20.1.2021

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

OSSERVA

Con il ricorso introduttivo Parte_1 allegava in estrema sintesi di essere stato sottoposto in data 3.10.2011 a intervento di artoprotesi totale del ginocchio destro presso [redacted] di [redacted] che, in conseguenza di infezione alla protesi impiantata, in data 14.3.2012 era stata rimossa la protesi e applicato spaziatore antibiotato; che nel dicembre 2012 gli era stata impiantata nuova protesi; che, a seguito di un incidente stradale verificatosi il 21.7.2013 a [redacted] aveva riportato la fattura del femore destro a livello dello stelo protesico e, quindi, dopo un iniziale ricovero nell'ospedale della città piemontese, in data 5.8.2013 era stato sottoposto presso [redacted] di Massa a nuovo intervento con applicazione di osteosintesi; che, quindi, a seguito di nuova e diffusa infezione, in data 1.6.2015 presso [redacted] di [redacted] gli veniva amputato l'arto inferiore destro.
Di conseguenza, sulle base delle risultanze di accertamento tecnico preventivo, chiedeva la condanna dell'azienda sanitaria per i danni subiti.

L'azienda sanitaria si costituiva eccependo:

- la insussistenza del rapporto causale tra l'infezione contratta all'esito della prima operazione e l'amputazione dell'arto;
- la mancanza del nesso di causalità anche tra il secondo intervento chirurgico, quello eseguito in data 5.8.2013 presso [redacted] di Massa, e l'infezione che ha poi comportato la necessità di amputazione: il fatto che l'infezione si sia manifestata dopo circa sei mesi dall'intervento consentirebbe di escludere, secondo la resistente, una genesi intraoperatoria del processo infettivo che sarebbe invece da ricondurre ad una " *localizzazione batterica per via ematogena in un segmento osseo martoriato da plurimi interventi e dalla presenza di plurimi mezzi di sintesi cronicamente presenti ".*
- Il concorso del fatto colposo del Pt_1 ai sensi dell'art. 1227 c.c., per essersi presentato presso [redacted] di [redacted] dopo le dimissioni [redacted] di [redacted] in seguito al sinistro in moto del 2013, malgrado la fratture del femore destro, solo due giorni dopo (dimesso da [redacted] il 26.7.2013; presentazione presso il [redacted] di [redacted] peraltro per patologia intestinale, il 28.7.2013) nonché per avere partecipato ad una parata motociclistica malgrado i pregressi problemi di natura ortopedica e infettiva.
- L'invalidità della consulenza medica in quanto eseguita dal solo medico legale senza l'ausilio dello specialista, diversamente da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

quanto richiesto dall'art. 15 L. 24/2017.

- l'insussistenza di inadempimento da parte dell'azienda sanitaria essendo stati scrupolosamente seguiti i protocolli e gli accorgimenti richiesti per prevenire infezioni del tipo di quella verificatasi;

Ciò premesso va in primo luogo osservato come sia assolutamente pacifico nella giurisprudenza di legittimità e di merito che la responsabilità della struttura sanitaria, anche se pubblica, per i danni derivati ai pazienti abbia natura contrattuale trovando la propria fonte in un contratto atipico detto di spedalità (cfr. ex multis Cass. Civ. Sez. III n. 18610 del 22.9.2015, Cass. Civ. Sez. III n. 24791 in data 8.10.2008, Cass. Civ. Sez. III n. 8826 del 13.4.2007, Trib. Milano sez. I n. 1174 del 5.2.2019, Corte di Appello di Bari sez. II n. 164/2018) ciò che, a partire dall'anno 2017, ha anche trovato positiva espressione nell'art. 7 L. 24/2017 (c.d. legge Gelli).
Secondo l'interpretazione che la giurisprudenza largamente prevalente, di legittimità e di merito, fornisce in relazione all'art. 1218 c.c. calato nell'ambito delle prestazioni sanitarie, l'onere della prova tra le parti è così distribuito:

- Spetta al danneggiato provare la sussistenza del rapporto negoziale e del nesso causale tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione od omissione dei sanitari
- Spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile e inevitabile con l'ordinaria diligenza.

(Si veda con qualche varietà di sfumatura di prevalente carattere terminologico Cass. Civ. Sez. III n. 26700 del 23.10.2018, Cass. Civ. Sez. III n. 18392 del 26.7.2017, Cass. Civ. Sez. III n. 6692 del 23.3.2011, Trib. Lecce n. 132 del 16.1.2019, Trib. Firenze n. 335 del 5.2.2018; Corte di Appello di Napoli sez. VII n. 350 del 28.1.2020). Va aggiunto che parte della giurisprudenza richiede anche l'allegazione da parte dell'attore della colpa dei sanitari.

Di conseguenza la mancata dimostrazione del rapporto causale tra la prestazione sanitaria e il danno resta a carico del danneggiato mentre, una volta positivamente dimostrato il nesso causale, e per parte della giurisprudenza allegata la colpa dei sanitari, la mancata dimostrazione della specifica causa (fatto dello stesso creditore, evento imprevedibile ecc.) per cui, da quella prestazione sanitaria è derivato il danno, resta a carico del debitore che non è stato in grado di dimostrare l'impossibilità della prestazione derivata da causa non imputabile.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

Nel caso che ci occupa il rapporto di spedalità è pacificamente dimostrato attraverso la documentazione in atti e la non specifica contestazione di parte resistente.

Con riferimento agli ulteriori aspetti e, in particolare, al rapporto di causalità tra gli interventi e il danno occorre soffermarci sugli esiti delle consulenze. Il presente procedimento, infatti, è scaturito a seguito di consulenza redatta in sede di accertamento tecnico preventivo da parte del dott. *Persona_1*
Parte resistente ha eccepito la nullità di tale consulenza atteso che, diversamente da quanto richiesto dalla normativa, il dott. *Per_1* medico legale, non era stato affiancato da specialista infettivologo. Tale eccezione è però infondata e come tale è stata respinta. l'art. 15 L. 24/2017, che richiede nell'ambito delle consulenze in materia di responsabilità sanitaria l'affiancamento di uno specialista di settore al medico legale, non prevede alcuna sanzione processuale per l'ipotesi di mancata nomina dell'ausiliario e ciò, stante il principio di tipicità delle cause di nullità di cui all'art. 156 cpc, fa si che la mancata nomina dello specialista non incida sulla validità dell'elaborato peritale (l'ipotetica nullità, peraltro, sarebbe comunque stata sanata ai sensi dell'art. 157 cpc non risultando eccepita al momento del conferimento dell'incarico). La mancata nomina del medico specialista rappresenta quindi una mera irregolarità che, se impone di valutare con particolare rigore la consulenza, non ne inficia la validità.
Premesso, dunque, che la consulenza del dott. *Per_1* in quanto valida è pienamente utilizzabile ai fini della decisione nondimeno questo giudice ha ritenuto di affiancarla con altra consulenza, affidata ai professori *Per_2* *[...]* (medico legale) e *Persona_3* (specialista infettivologo) sia per la complessità tecnica del caso, che certamente rendeva preferibile la valutazione anche di uno specialista infettivologo, sia perché la relazione del dott. *Per_1* sembrava non dare adeguata valutazione ad un documento, ritualmente acquisito agli atti, che, in apparenza, poteva suggerire una origine extranosocomiale del processo infettivo che ha portato all'amputazione dell'arto inferiore destro del *Pt_1* con ciò contraddicendo le stesse conclusioni in punto di causalità del dott. *Per_1*
Si tratta, in particolare, di una certificazione datata 28.6.2012 del dott. *Persona_4*, all'epoca direttore del dipartimento di ortopedia S.C. malattie infiammatorie ostearticolari dell' *Org_1* *Controparte_2* *[...]* che, analizzando la sepsi successiva all'intervento del 2011, sconsigliava ulteriori impianti protesici e proponeva una differente soluzione terapeutica; ciò faceva ipotizzando che la sepsi successiva all'intervento del 3.10.2011 fosse: " *la naturale riaccensione di un focolaio di osteomielite misconosciuto presente dal 1985 "* e aggiungendo che: " *le aspettative di guarigione di una sepsi in presenza di osteomielite sono scarse < 40% e pertanto è possibile che anche dopo il reimpianto protesico si riaccenda la protesi ".*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

Tale documento, pur correttamente richiamato dal dott. Per_1 era stato solo implicitamente analizzato, atteso che a pag. 31 della relazione nel rassegnare le proprie conclusioni il primo consulente si era limitato a precisare: " *E' dunque evidente il nesso di causalità che lega l'infezione nosocomiale contratta a seguito dell'intervento effettuato lo 5.8.2013 al quadro clinico oggi evidenziabile, anche se non si può escludere che la sede anatomica fosse in qualche modo meiopragica a causa della precedente osteomielite ".*
I nuovi consulenti, richiesti espressamente di valutare tale documento, seppure sulla base di considerazioni di natura probabilistica (ma come noto in sede civile il rapporto di causalità va ricostruito sulla base del criterio della maggiore probabilità) escludono, in ciò confermando l'implicita valutazione del dott. Per_1 l'origine extranosocomiale del processo infettivo che ha portato all'amputazione; e ciò fanno ponendo in evidenza, oltre alle circostanze di fatto loro riferite in sede di anamnesi dallo stesso ricorrente (ad esempio una osteomielite cronica avrebbe provocato dolori che avrebbero impedito l'utilizzo della motocicletta), le seguenti circostanze:

- l'assenza di necrosi ossea e/o fistole ossee segnalata durante l'intervento chirurgico dell'ottobre 2011 o comunque menzionata in cartella clinica.
- A seguito dell'intervento del 2011, in sede di analisi effettuata nel marzo 2012, veniva isolato il patogeno Staphylococcus epidermidis Meticillino Resistente di più probabile origine nosocomiale.

Circostanze che, secondo i cc.tt.uu, in questo non contraddetti dai consulenti di parte convenuta, rendono poco probabile la presenza di una osteomielite cronica misconosciuta anteriore all'intervento del 2011.
Confermata quindi la valutazione del dott. Per_1 in punto di esclusione di osteomielite cronica pregressa all'intervento del 2011, sia il primo che i secondi consulenti, evidenziano l'origine nosocomiale del processo infettivo escludendo che la stessa possa farsi risalire al ricovero presso [redacted] di [redacted] dove infatti i medici si erano limitati ad intervenire sull'arto inferiore sinistro, dove non si erano manifestati processi infettivi, ma non avevano operato su quello destro, poi oggetto di amputazione.

Pacifico che l'amputazione si è resa necessaria a seguito di infezione propagatasi a partire dalla protesi impiantata, è stato osservato come il processo infettivo, sia con riferimento all'intervento del 3.10.2011, sia con riferimento al successivo intervento del 5.8.2013, si sia manifestato a distanza di pochi mesi dalle operazioni, sette mesi nel caso del secondo intervento.
Secondo il dott. Per_1 è probabile che l'infezione successiva all'intervento del 5.8.2013 sia del tutto autonoma rispetto alla prima da ritenersi superata a seguito dei trattamenti terapeutici dettagliatamente indicati nella relazione ed anche in considerazione del fatto che i microrganismi isolati in occasione di questa seconda infezione sono più numerosi e quindi in parte diversi rispetto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

a quelli isolati in occasione della prima (a seguito della infezione successiva al secondo intervento furono isolati diversi batteri tra cui S. Lugdunensis, S. epidermidis e S. hominis mentre in occasione del primo intervento era stato isolato il solo S. epidermidis MRSE – cfr. consulenza pag. 18); ma anche nell'ipotesi in cui l'infezione manifestatasi dopo il secondo intervento sia da considerarsi come riaccensione del precedente focolaio, niente cambierebbe in punto di causalità trattandosi, la prima, di manifestazione ancora più precoce rispetto alla data del primo intervento.
Secondo la letteratura specialistica infatti e, in particolare, la classificazione redatta nel 2013 dall'associazione microbiologi clinici (ma analoga è la classica classificazione di Coventry – cfr. nota pag. 23 consulenza dott. Per_1), la seconda infezione deve essere inquadrata tra le c.d. infezioni ritardate: tali sono le infezioni periprotesiche che si manifestano tra i 3 e i 24 mesi dal posizionamento della protesi. A differenza delle infezioni c.d. precoci, perché manifestatesi prima dei tre mesi, esse si ritengono originate da dispersione di materiale microbico sul campo operatorio successiva alla fase dell'intervento (sono invece direttamente derivate da dispersione di materiale durante l'intervento le c.d. infezioni precoci) ma comunque ancora da ricondursi alla fase nosocomiale, ciò che nel caso specifico è confermato anche dalla tipologia dei microrganismi isolati (cfr. relazione pag. 31). Secondo la richiamata classificazione sono invece da considerarsi di origine extra nosocomiale le infezioni c.d. tardive, vale a dire quelle manifestatesi dopo oltre 24 mesi dall'impianto.
Secondo il dott. Per_1 dunque, trattandosi di infezioni manifestatasi entro 24 mesi dall'intervento sulla protesi ed essendo stato isolato un agente patogeno, lo Staphylococcus epidermidis Meticillino Resistente, di norma correlato alle infezioni ospedaliere, l'infezione ha verosimilmente avuto origine nosocomiale che egli individua più probabilmente quale conseguenza dell'intervento eseguito nell'agosto del 2013 presso [redacted] di Massa piuttosto che dell'intervento eseguito nell'ottobre 2011 presso [redacted] di [redacted]
Le considerazioni dei Prof.ri Per_2 e Per_3 , seppure più articolate, sono sostanzialmente sovrapponibili per quanto riguarda l'inquadramento generale della questione, l'esclusione di una origine extranosocomiale in considerazione dei tempi di manifestazione dell'infezione e dello specifico agente patogeno individuato, l'esclusione che l'infezione possa essersi originata a seguito dell'intervento subito dal Pt_1 presso [redacted] di [redacted]
I secondi consulenti, a differenza del primo, ritengono invece più probabile che il processo infettivo che ha poi portato all'amputazione si sia sviluppato in conseguenza dell'intervento dell'ottobre 2011 presso [redacted] di [redacted] e si sia poi riacutizzato in conseguenza del trauma conseguito alla frattura del femore destro a [redacted] del ritardo nell'intervento e dell'intervento stesso. Ciò in quanto, a seguito di scintigrafia eseguita nel 2012, successiva al primo intervento, già era stato individuato lo Staphylococcus epidermidis Meticillino

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

Resistente, ciò che aveva portato a trattamento farmacologico e a sostituzione di protesi, e che induce a ritenere che l'infezione, non del tutto sopita, sia tornata a riacutizzarsi in occasione di tre fatti verificatisi nel corso dell'estate del 2013 ciascuno dei quali di per sé idoneo a favorire il processo di riacutizzazione:

- La frattura scomposta periprotesica conseguita all'incidente motociclistico che ha determinato una " *lesione dei tessuti sottocutanei rappresentando una facile via d'ingresso ematogena per focolai batterici anche già presenti, che quindi possono causare un nuovo processo infettivo anche dell'osso ".*
- Il ritardo di circa 16 giorni tra la frattura del femore e l'intervento chirurgico: *" la letteratura scientifica in tema di infezioni postraumatiche dell'osso riporta che esse beneficiano in generale di una rapidità d'intervento per limitare la diffusione ematogena dei batteri penetrati nella cute, con tempo ideale entro le sei ore. Oltre questo lasso aumenta il rischio di complicanze batteriche* ".
- L'intervento chirurgico di riparazione e sintesi con placca del 5.8.2013 " *quale ulteriore evento favorente la riattivazione dell'infezione o, meno probabilmente, ulteriore fattore di rischio per contrazione di una nuova infezione…".*

Non sarebbe invece significativo della novità dell'infezione il fatto che, prima di procedere all'amputazione, oltre allo Staphylococcus epidermidis Meticillino Resistente siano stati individuati anche batteri che non erano stati evidenziati dalla scintigrafia del novembre 2012, batteri che infatti potrebbero essersi sviluppati a partire dal primo processo infettivo.

In ogni caso, poiché sia [redacted] di [redacted] dove Pt_1 era stato operato nel 2011, che quello di Massa, dove Pt_1 è stato operato nel 2013, dipendevano dall'Azienda convenuta poco importa ai nostri fini se sia preferibile la valutazione del primo consulente o quella dei secondi, trattandosi comunque di valutazioni adeguatamente motivate ed espresse in termini probabilistici. Ciò che invece conta è che entrambe le consulenze escludano, sia pure in termini di maggiore probabilità, e comunque con elevato grado di probabilità, una origine extranosocomiale dell'infezione o la riconducibilità della stessa all'intervento all'arto sinistro subito dal Pt_1 resso [redacted] di [redacted]

Del resto nessuna osservazione alla esaustiva relazione dei cc.tt.uu. è stata fatta dai consulenti di parte convenuta.

Deve poi escludersi l'applicabilità al caso di specie di un concorso colposo del creditore nella causazione del danno ai sensi dell'art. 1227 c.c.: non risulta, infatti, dimostrato che all'esito degli interventi chirurgici del 2011 e del 2012 fosse stato sconsigliato al Pt_1 l'utilizzo del mezzo motociclistico (

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

non rientra certo tra le cognizioni dell' *homo eiusdem conditionis et professionis* sapere che in caso di frattura del femore possa sussistere in capo a chi già abbia subito un processo infettivo un rischio di infezione superiore a quello normalmente connaturato alla frattura in quanto tale) né tanto meno che presso [redacted] di [redacted] il ricorrente fosse stato informato della necessità di intervenire quanto prima per evitare il rischio infettivo (nozione ancor più estranea al bagaglio di conoscenze dell'uomo comune).

Parte ricorrente ha pertanto dimostrato sia la sussistenza del contratto di spedalità, sia del rapporto di causalità tra i trattamenti sanitari e il danno allegando altresì sia pure genericamente la colpa del personale dell CP_1 resistente che non avrebbe operato con la diligenza dovuta per evitare la dispersione di materiale microbico sul campo operatorio.

A fronte della dimostrazione dell'inadempimento e del rapporto di causalità tra lo stesso e i danni avrebbe dovuto essere parte resistente a dimostrare che l'inadempimento era derivato da causa non imputabile provando che, come già è stato detto, l'inesatto adempimento era stato determinato da un impedimento imprevedibile e inevitabile con l'ordinaria diligenza, ciò che, a prescindere dai generici richiami al rispetto dei protocolli contenuti nelle cartelle cliniche, non è stato dimostrato.
Le infezioni ospedaliere non costituiscono, infatti, un evento imprevedibile in quanto si manifestano in una percentuale stimata tra il 5% e l'8% dei casi. Di più: esse rappresentano la più frequente complicanza associata all'applicazione di mezzi di sintesi o di protesi (cfr. consulenza Per_2 – [...] Per_3).
Proprio in considerazione di ciò la comunità scientifica ha elaborato specifiche e dettagliate linee guida che tuttavia solo parzialmente vengono seguite dalle strutture sanitarie italiane: " *Nonostante la disponibilità di una vastissima letteratura, di numerose linee guida internazionali e di raccomandazioni nazionali pubblicate dalla Società italiana multidisciplinare per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie (SIMPIOS), in Italia il controllo delle infezioni nosocomiali è ancora oggi prerogativa di un numero limitato di ospedali. La prevenzione richiede un programma integrato, monitorizzato che include una riduzione della trasmissione dei microrganismi fra pazienti nei reparti durante l'assistenza diretta, avvalendosi di adeguato lavaggio delle mani, uso di guanti, e pratica asettica appropriata, strategie di isolamento, pratiche di sterilizzazione e disinfezione. Il controllo delle infezioni nosocomiali necessita altresì di un costante miglioramento delle pratiche di assistenza ed un'educazione continua del personale sanitario ".* Così la consulenza Org_2 . Ancora più specifica la relazione di consulenza del dott. Per_1 che indica in modo analitico le norme di prevenzione che avrebbero dovuto essere seguite sia in generale sia durante le varie fasi dell'ospedalizzazione del Pt_1 (norme relative alla sanificazione della sala e dei materiali operatori, norme relative preparazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

del paziente, norme relative alla equipe chirurgica, norme relative al trattamento del paziente durante l'operazione e la fase postoperatoria).
Secondo quanto riferito dai secondi consulenti (cfr. pagg. 31 – 32 relazione Per_2 – Per_3) la letteratura scientifica con riferimento ad interventi del tipo di quello praticato al Pt_1 el 2011 indica in una misura compresa tra lo 0, 8% e l'1,9% la probabilità di complicazioni settiche malgrado l'osservanza di tutti i protocolli di prevenzione del rischio.

Nel caso specifico deve ritenersi che l'azienda non sia riuscita a fornire la prova liberatoria circa la non imputabilità della complicazione settica che ha portato all'amputazione.
Accertato il rapporto di causalità tra l'intervento chirurgico del 2011 e l'evento l'ente convenuto avrebbe dovuto non solo allegare l'astratta possibilità di verificazione dell'evento malgrado l'adozione di tutte le precauzioni – possibilità invero modesta se compresa tra lo 0, 8% e l'1, 9%) ma provare la causa imprevedibile e inevitabile che ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione malgrado l'adozione di tutte le cautele (si vedano tra le altre Cass. Civ. Sez. III n. 26700 del 23.10.2018, Cass. Civ. Sez. III n. 18392 del 26.7.2017, Cass. Civ. Sez. III n. 6692 del 23.3.2011).
Nel caso di specie l'ente non solo non ha dimostrato la specifica causa dell'infezione alternativa al mancato rispetto dei protocolli ma neppure ha dimostrato di avere fatto tutto quanto possibile per prevenire conseguenze di natura settica.
Nello specifico, infatti, è stata solo dimostrata l'adozione di alcune norme igieniche di prevenzione da parte dell' CP_1 e da parte dell'equipe chirurgica e che il Pt_1 fu sottoposto ad adeguata terapia antibiotica, ciò che non è sufficiente a dimostrare il concreto rispetto dei protocolli di prevenzione adottati dalla comunità scientifica internazionale dettagliatamente indicati nelle due consulenze. La stessa adozione di linee guida e protocolli da parte dell'azienda sanitaria, che ne ha fatto produzione in comparsa di costituzione, non è sufficiente a dimostrare la diligenza dell'ente convenuto attesa la mancata prova che a tale formale produzione normativa abbia fatto seguito una effettiva attività di formazione e informazione del personale sanitario e di controllo in merito alla relativa osservanza.

Si osserva inoltre che i secondi consulenti hanno ricollegato l'amputazione al processo infettivo originatosi a seguito della prima operazione, quella effettuata il 3.10.2011 presso [redacted] di [redacted] (con motivazione di cui già si è dato conto e che sul punto appare più convincente di quella del dott. Per_1 che invece riconduce la causa dell'infezione che ha poi portato all'amputazione all'intervento eseguito presso [redacted] di Massa nell'agosto 2013); ora, se così è, si deve osservare come l'infezione che, poi riacutizzatasi nel 2013, ha portato all'amputazione si è manifestata dopo circa un mese dall'intervento dell'ottobre 2011 e debba dunque essere classificata,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

secondo la già richiamata la classificazione 2013 dell'associazione microbiologi clinici, come infezione precoce. Si considerano precoci, come già si è detto, le infezioni originate dalla dispersione di materiale microbico durante l'intervento, dispersione certamente imputabile agli operatori.
Che si tratti di infezione precoce risulta dalla documentazione in atti: la flogosi settica fu infatti sostanzialmente accertata a seguito dell'esame scintigrafico del 20.2.2012 (circa quattro mesi dopo l'intervento), a seguito del quale, il mese successivo, la protesi fu asportata, ma i primi sintomi risalgono ad un mese dopo l'operazione come evidenzia la già richiamata certificazione 28.6.2012 del dott. Per_4 : " *Funzionalmente molto bene ma a circa 30 giorni di distanza comparsa di febbre e dolore. Quindi veniva posta diagnosi di infezione periprotesica e il 14.3.2012 veniva sottoposto ad intervento per rimuovere la protesi e posizionamento di spacer antibiotato…".*
E' però corretto sottolineare che solo in data 20.2.2012 l'infezione è stata accertata attraverso l'esame scintigrafico ed è verosimilmente per questo motivo che i consulenti hanno prudenzialmente classificato l'infezione come ritardata (l'esame è stato fatto circa quattro mesi dopo l'intervento); ove si ragioni però sul fatto che tali approfondimenti strumentali furono eseguiti al fine di accertare le cause di febbri e sintomi dolorosi che avevano iniziato a manifestarsi dopo circa un mese dall'intervento può ragionevolmente pensarsi che possa trattarsi di infezione precoce come tale di origine perioperatoria.
In ogni caso, anche prescindendo da tale ultima considerazione, e ritenendo così indimostrata la causa specifica dell'infezione, ferma la sua origine nosocomiale, sarebbe stato, come già ampiamente detto, onere dell'ente convenuto dimostrare la causa specifica e la non imputabilità.

Venendo alla quantificazione del danno il dott. Per_1 ha stimato:

- Sei mesi di invalidità temporanea assoluta
- Dieci mesi di invalidità temporanea al 75%
- Danno biologico permanente nella misura del 55%

Tale giudizio è condiviso anche dai Prof.ri Per_2 e Per_3 che, però, evidenziano come, se anche non si fosse verificato il processo infettivo che ha portato all'amputazione dell'arto, in conseguenza dei traumi e dei precedenti interventi chirurgici e degli innesti protesici il ricorrente avrebbe comunque subito menomazioni permanenti ai medesimi distretti. I secondi consulenti stimano il c.d. danno iatrogeno nella misura del 35% quantificando nella misura del 20% l'invalidità permanente che Pt_1 vrebbe comunque riportato in assenza del processo settico e dell'amputazione.
In ciò le conclusioni dei secondi consulenti, tenuto conto della gravità dei pregressi traumi subiti, dei plurimi interventi chirurgici e della necessaria applicazione di protesi, appaiono indubbiamente più convincenti rispetto a quelle del dott. Per_1 che invece aveva escluso la necessità di ridurre la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

percentuale del 55% in considerazioni di patologie pregresse, tanto più che gli stessi consulenti di parte ricorrente non hanno contestato la necessità della riduzione ma suggerito di contenerla nella misura del 15%. Deve però preferirsi la motivata replica alle osservazioni dei consulenti d'ufficio i quali evidenziano come, se è vero che, secondo i criteri ordinariamente applicabili, la situazione del *Pt_1* potrebbe essere stimata tra il 15 e il 20%, nello specifico, proprio per la pluralità e gravità dei traumi subiti, sembra preferibile orientarsi per una quantificazione nella misura del 20%.

Secondo giurisprudenza largamente prevalente (cfr. Trib. Napoli sez. VIII n. 2734/2020; Corte di Appello di Venezia n. 2275 del 16.10.2017; Trib. Firenze 22.5.2014; Cass. Civ. 6341/2014) il calcolo del danno biologico differenziale deve essere effettuato non già ponendo quale base di calcolo la differenza tra il danno complessivo e il pregresso indipendente da responsabilità sanitaria, nel nostro caso 35%; ma calcolando quanto dovuto per il danno complessivo (nello specifico quanto dovuto per 55%) e sottraendo quando dovuto per il pregresso non imputabile (nello specifico 20%).

Ai fini della liquidazione del danno, secondo le indicazioni della giurisprudenza (Cfr. ex multis Cass. Civ. 12211/2015), può farsi riferimento alle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano vigenti al momento della liquidazione (Cfr. Cass. Civ. n. 7272/2012), dunque alle tabelle 2018 e così:

- Invalidità temporanea al 100%: gg. 180 – euro 17.640, 00
- Invalidità temporanea al 75%: gg. 300 euro 22.050, 00
- Invalidità permanente complessiva 55% (380.836, 00) - pregresso 20% (euro 60.240, 00): euro 320.596, 00

Come noto, secondo le tabelle milanesi, l'importo corrispondente al danno biologico permanente può essere aumentato (c.d. personalizzazione del danno) al fine di tenere conto di tutte le componenti non patrimoniali di danno che si aggiungono al danno biologico vero e proprio, quali il danno morale e quello dinamico relazionale, nell'ambito di una valutazione globale dell'unitario danno non patrimoniale (cfr. ex multis Cass. Civ. Sez. III sent. 25817 del 31.10.2017). Nel caso di specie gli effetti invalidanti delle patologie subite sono in concreto idonei ad incidere significativamente sulla vita di relazione e a cagionare profonde sofferenze di natura psichica, ancorchè gli effetti sulla vita di relazione possano in parte essere contenuti mediante l'impiego di protesi. In mancanza della dimostrazione di più specifiche incidenze sulla vita di relazione l'aumento da praticare, tenuto conto anche del danno morale, può stimarsi pari al 10% del danno biologico differenziale. E dunque quantificarsi nella somma di euro 32.059, 00.
Il danno complessivo da risarcire sarà dunque pari ad euro 392.345, 00.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

Poiché le tabelle di Milano comportano la liquidazione del danno in valori attuali, ai fini del calcolo degli interessi secondo le previsioni di Cass. Civ. SS UU n. 1712/1995, l'importo sopra indicato dovrà essere devalutato alla data di manifestazione del danno (che si individua nell'1.6.2015 data dell'amputazione) e sulla somma di anno in anno rivalutata dovranno essere poi calcolati gli interessi in misura legale. Le operazioni, che si possono effettuare mediante strumenti informatici di comune uso, portano ai seguenti risultati:
importo devalutato all'1.6.2015: euro 384.275, 00.
rivalutazione e interessi sulla somma anno per anno rivalutata: euro 399.147, 00.

La condanna alle spese segue la soccombenza come per legge. Liquidazione come da dispositivo.

Le spese di atp e di consulenza sono infine da porsi interamente a carico di parte resistente.

P.Q.M.

il TRIBUNALE DI MASSA,
SEZIONE CIVILE,

in composizione monocratica definitivamente pronunciando nel giudizio civile n. 1113/19:
ACCERTATA la responsabilità dell' *Controparte_1* in relazione alla causazione dei danni di cui in motivazione la **CONDANNA** a pagare e *Parte_1* la somma di euro 399.147,00 già comprensiva di rivalutazione e interessi, oltre agli interessi in misura legale dalla data dell'ordinanza al saldo.
CONDANNA *Controparte_1* a pagare a *Pt_1* *[...]* , a titolo di rimborso spese legali, comprensivamente della fase di accertamento tecnico preventivo, la somma di euro 17.000, 00 oltre 15% rimborso spese generali, iva e cpa se dovute con distrazione a favore dell'avv. [redacted] procuratore antistatario.
PONE le spese dell'accertamento tecnico preventivo e di consulenza definitivamente a carico dell' *Controparte_1*
Massa, 23.2.2021

Si comunichi alle parti

IL GIUDICE
DOTT. GIOVANNI MADDALENI

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-329

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it