



TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. 37014/2019

tra

Parte_1

ATTORE/I

e

Controparte_1

[...]

CONVENUTO/I

Oggi **14 dicembre 2021** innanzi al dott. Angelo Claudio Ricciardi, sono comparsi:

Per Parte_1 l'avv. [REDACTED] e l'Avv. [REDACTED], oggi sostituiti dall'avv.

[REDACTED]

[REDACTED]

Controparte_1

[...] l'avv. [REDACTED], oggi sostituito dall'Avv. [REDACTED]

[REDACTED]

altresì presente ai fini della pratica forense il/la dott./dott.ssa Martina [REDACTED]

Il Giudice

ascoltata la discussione orale dei difensori,

pronuncia

la sentenza ex art.281 sexies c.p.c.

Il Giudice

dott. Angelo Claudio Ricciardi



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Angelo Claudio Ricciardi ha pronunciato *ex art. 281 sexies c.p.c.* la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 37014/2019 promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
e dell'avv. [REDACTED] (*C.F._2*) [REDACTED]
[REDACTED] elettivamente domiciliato in [REDACTED]
presso il difensore avv. [REDACTED]

ATTRICE

contro

Controparte_1
[...] (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED] e elettivamente domiciliato in
[REDACTED] presso il difensore avv. [REDACTED]

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza del 5 novembre 2020

MOTIVI DELLA DECISIONE

Il Tribunale

rilevato che:

-le domande proposte da **Parte_1** nei confronti dello **Controparte_2**
[...] sono fondate nei seguenti limiti

-i consulenti d'ufficio hanno formulato le seguenti conclusioni:

“1) La sig.ra **Parte_1** al momento in cui è stata ricoverata presso l'Ospedale **Org_1** era affetta da coxartrosi evidente a sinistra. Per tale patologia fu sottoposta a intervento di artroprotesi totale di anca mod. ABG II. La successiva vicenda clinica fu caratterizzata da un processo settico che richiese diversi interventi chirurgici sino all'espianto di cui oggi si rilevano gli esiti evolutivi.

2) Sussisteva indicazione all'intervento eseguito e le terapie mediche non avrebbero emendato o rallentato l'evoluzione della patologia artrosica

3) Gli interventi eseguiti non rientrano nella fattispecie contemplata dall'art.1236 CC.

4) Non si ravvisano elementi di colpa professionale in capo ai sanitari intervenuti; il processo settico verificatosi, causalmente riconducibile all'intervento chirurgico, deve essere attribuito ad una responsabilità della struttura ospedaliera non risultando nella documentazione sanitaria esaminata elementi di prova circa i provvedimenti posti in essere dalla stessa per impedire/prevenire/ritardare eventuali complicanze settiche

5) La durata della inabilità temporanea assoluta causalmente riconducibile ai trattamenti eseguiti può essere indicata in 90 gg., quella parziale al 75% di 18 mesi e quella al 50% di ulteriori 24 mesi

6) Si delinea un danno differenziale del 20% (venti) collocabile tra il 18% normalmente atteso in esiti di artroprotesi in soggetto con le caratteristiche somatiche della paziente e l'attuale 38%. Detta menomazione, identificabile quale danno biologico, non incide sulla capacità lavorativa trattandosi di pensionata, ma sicuramente determina maggiori sacrifici e preclusioni di talune attività di vita quotidiana compatibili con l'età e caratteristiche della paziente stessa....

7) Gli esiti menomativi attuali sono da ritenersi stabilizzati e non sono passibili di miglioramento con adeguate terapie...”

-nella relazione peritale, rispetto alla quale i consulenti di parte non hanno formulato osservazioni critiche, è stato ricostruito l'iter clinico-chirurgico della paziente

Pt_1, **Pt_1** era affetta da una coxartrosi bilaterale più evidente a sinistra

-venne pertanto sottoposta il 26 maggio 2003 ad intervento di artroprotesi totale sinistra mod. ABG II al quale fecero immediatamente seguito complicanze settiche

-si resero quindi necessari i successivi interventi del 7 luglio 2003, 19 gennaio 2004, del 9 dicembre 2005 e del 23 novembre 2006 fino al definitivo espianto della protesi

-si legge che:

“...il punto cardine della vicenda clinica è il fatto che si sia sviluppata una infezione periprotetica con rialzo febbrile di tipo settico (39,4 °C) a distanza di soli 22 giorni dall'intervento. Inoltre, il dato patognomico di detta infezione fu inequivocabile a seguito dell'esito di una ecografia praticata a distanza di 28 giorni dal trattamento chirurgico quando emerse in sede di intervento una raccolta di tipo anecogeno-liquido anche postero-lateralmente rispetto alla neocapsula sempre tuttavia a sede profonda. Di qui la necessità di un secondo ricovero allo stesso **Org_1** per revisione chirurgica + toilette

chirurgica periprotetica. In tale occasione un esame colturale documentò la presenza di infezione da stafilococco aureo sensibile a tutti gli antibiotici testati (vedi pag. 19 cartella clinica). La successiva vicenda clinica è poi caratterizzata da una serie di interventi, già più dettagliatamente riportati nella storia clinica del presente elaborato, in cui i sanitari si affannarono per eliminare il processo settico attraverso varie procedure tutte corrette, ma con insuccesso, sino a condurre all'espanto della stessa protesi e alla condizione gravemente menomante attuale di amputazione della testa femorale con risalita dell'asta femorale rispetto alla controlaterale e verosimile anchilosì con presenza di ponte osseo con la porzione superiore e posteriore dell'acetabolo (vedasi Rx del 05/01/2009).

Prima di addentrarsi sulla dinamica medico-legale del caso appare utile, quanto meno per sommi capi, riportare alcuni elementi di microbiologia indispensabili per comprendere il meccanismo etiopatogenetico di detta infezione. Lo stafilococco aureus è uno batterio gram positivo, tra i più diffusi in natura, un saprofito comune: colonizza soprattutto le mucose nasofaringee e può essere isolato anche a livello della pelle e delle sue ghiandole, e più raramente nella vagina, nell'intestino e nel perineo, è il più comune agente eziologico delle infezioni cutanee e dei tessuti molli, responsabile di svariate infezioni dell'apparato genito-urinario, del sistema nevoso, della cute, delle ossa, delle articolazioni, dell'apparato cardiovascolare, delle vie respiratorie e dell'occhio. Inoltre, questo battere è responsabile anche d'infezioni opportunistiche associate a compromissione del sistema immunitario dell'ospite, d'infezioni opportunistiche nosocomiali (cioè infezioni contratte all'interno di strutture sanitarie) e di tossinfezioni alimentari.

Il punto dal lato medico-legale è che non vi sono dubbi sul nesso causale tra infezione e l'intervento e che non vi sono elementi a cui si possa far riferimento per ritenere indenne da responsabilità la struttura. Infatti, dalla documentazione sanitaria esaminata non vi è traccia delle condotte poste in essere dall'ospedale per evitare/prevenire detta infezione. È noto dalla giurisprudenza che, una volta accertato che il paziente abbia contratto l'infezione e che la stessa sia da porre in nesso causale con l'intervento chirurgico (nel caso di specie risulta rispettato il criterio cronologico, di efficienza lesiva, di continuità fenomenologica qualitativa e quantitativa, di esclusione di altre cause), in virtù dei principi che regolano l'onere della prova, in materia contrattuale non vi può essere alcun dubbio che incombe alla struttura ospedaliera provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta sanificazione ambientale, al fine di evitare la contaminazione. In altre parole, l'Azienda ospedaliera deve fornire la prova che l'evento dannoso (contagio) non rientra tra le complicità prevedibili ed evitabili. Qual è il modo di adempiere a tale prova negativa? Quello di fornire la prova positiva di aver fatto tutto quanto la scienza del settore aveva all'epoca dei fatti escogitato per evitare o quanto meno ridurre al massimo il rischio di contaminazione e di diffusione del contagio.

Posto quanto sopra, tenuto conto che non si ravvisano elementi di colpa in capo ai sanitari intervenuti, circa il determinismo dell'infezione, ne deriva per i motivi già più sopra illustrati, che l'attuale menomazione sia causalmente da ricondurre esclusivamente a detto mancato adempimento.

I sanitari, infatti, si avvidero tempestivamente della presenza dell'infezione e correttamente posero in essere tutte le condotte idonee a eliminare detto processo settico. Eseguiro una revisione protesica, esame colturale, terapia antibiotica, successivo intervento di rimozione protesica e impianto di distanziatore antibiotato, successiva riprotesizzazione e infine espanto per la persistenza di infezione incoercibile a tutti i trattamenti eseguiti. Il tutto in coerenza con le linee guida e la buona pratica medica dell'epoca. È indubbio che la grave complicanza settica e i successivi trattamenti verificatisi abbiano aggravato il deficit funzionale attuale preesistente...”

-il Tribunale condivide le superiori argomentazioni, con particolare riferimento sia alla rilevanza, sotto il profilo causale, del circoscritto intervallo temporale tra l'impianto della protesi e il sorgere del quadro settico sia della carenza probatoria, in capo alla struttura ospedaliera convenuta, dell'adozione nella specie delle adeguate misure igienico-sanitarie dirette a prevenire episodi infettivi

-a quest'ultimo proposito, va evidenziato che il **Controparte_3** non ha prodotto alcuna documentazione interna attestante, in relazione al ri **er** l'intervento di impianto dell'anca sinistra, le effettive modalità di profilassi sia dei locali (camera di degenza, sala operatoria, ecc.) sia della strumentazione utilizzata per le manovre chirurgiche adottate in occasione del ricovero e dell'intervento

-è allora sufficiente richiamare quanto da ultimo ribadito in motivazione da Cass. sent. n.4864 del 23 febbraio 2021:

“...Ora, una volta ritenuta altamente probabile dai consulenti la natura esogena dell'infezione, causata da germi di tipo ospedaliero, doveva operarsi la valutazione della responsabilità giuridica del medico e della casa di cura alla luce della prova liberatoria offerta in ordine al corretto adempimento dei sanitari, da soddisfarsi sotto due specifici profili: 1) sul piano generale, quello relativo all'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 appunto di patologie infettive a carattere batterico; 2) sul piano individuale, quello relativo alla prestazione, ad opera del personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico valutando se, nel caso specifico, fosse stata praticata una corretta terapia profilattica pre e post-intervento...”

-nella specie, opportunamente -- e, cioè, alla luce dell'impianto complessivo della l.n.214 del 2017 -- non sono stati convenuti in giudizio i sanitari che ebbero in cura la paziente, nei confronti dei quali i consulenti d'ufficio hanno peraltro espressamente escluso ogni profilo di responsabilità

-in conclusione, deve affermarsi la **responsabilità contrattuale** dello [...] **Controparte_2**

sulla base di quanto Tribunale in casi analoghi:

“...il consolidato orientamento della Suprema Corte inserisce la responsabilità della struttura sanitaria nell'alveo della responsabilità contrattuale, posto che l'accettazione del paziente nella struttura comporta la conclusione di un contratto atipico di ospitalità. L'obbligazione scaturente dal contratto, genericamente detta di assistenza sanitaria, ha un contenuto complesso, perché comprende sia la prestazione medica o chirurgica principale sia una serie di obblighi accessori, consistenti nella messa a disposizione del personale medico, ausiliario e infermieristico, dei medicinali e delle attrezzature tecniche necessarie e nelle prestazioni lato sensu alberghiere comprendenti il ricovero e la fornitura di alloggio, vitto e assistenza al paziente fino alla sua dimissione (cfr. Cass. 19541/2015).

La struttura medica risponde, quindi, a titolo contrattuale per la mancata o scorretta esecuzione di ciascuna delle prestazioni ricomprese nell'obbligazione assunta, ivi inclusa la prestazione medica principale.

Più recentemente, la Suprema Corte (cfr. Cass. 28987/2019) ha precisato che il medico opera pur sempre nel contesto dei servizi resi dalla struttura presso cui svolge l'attività, che sia stabile o saltuaria, per cui la sua condotta negligente non può essere agevolmente "isolata" dal più ampio complesso delle scelte organizzative, di politica sanitaria e di razionalizzazione dei propri servizi operate dalla struttura, di cui il medico stesso è parte integrante; ne consegue che, se la struttura si avvale della "collaborazione" dei sanitari persone fisiche si trova a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati: la responsabilità di chi si avvale dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già in una colpa "in eligendo" degli ausiliari o "in vigilando" circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (cfr. Cass. 6243/2015), realizzandosi, e non potendo obliterarsi, l'avvilimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (cfr. Cass. 12833/2014).

È esclusa la responsabilità della struttura sanitaria solo nei casi del tutto eccezionali di inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile e oggettivamente improbabile devianza del comportamento del medico

da quel programma condiviso di tutela della salute che accomuna egli alla struttura sanitaria (cfr. Cass. 28987/2019)..."

ooo

-il **danno** subito dalla paziente a causa dell'infezione nosocomiale è stato così individuato dai consulenti d'ufficio:

"...la paziente (è) affetta da una grave disabilità deambulatoria in quanto all'arto inferiore sinistro è presente un accorciamento di circa 4 cm e un importante deficit statico-dinamico già più dettagliatamente riportato nella obiettività del presente elaborato e che essendo presente anche una importante coxartrosi all'arto controlaterale la stessa vede fortemente compromessa la capacità di deambulare (pressoché abolita). Va pertanto riconosciuto un danno differenziale del 20% (venti) collocabile tra il 18% normalmente atteso in esiti di artroprotesi in soggetto con le caratteristiche somatiche della paziente e l'attuale 38%. Detta menomazione, identificabile quale danno biologico, non incide sulla capacità lavorativa trattandosi di pensionata, ma sicuramente determina maggiori sacrifici e preclusioni di talune attività di vita quotidiana compatibili con l'età e caratteristiche della paziente stessa, quali l'eseguire le normali mansioni di casalinga, attività di pulizia domestica pressoché abolita ed inevitabili ripercussioni dinamico-relazionali. Tale stima del danno fa riferimento alle linee guida al D.M. del 03.07.2003, Linee guida di stima del danno civilistico **Pt_2** ed. Giuffrè 2016, la guida alla stima del danno Mangili- **Pt_3** **Pt_4** -Consigliere.

Sulla base della storia clinica si ritiene che la durata della inabilità temporanea assoluta causalmente riconducibile ai trattamenti eseguiti può essere indicata in 90 gg., quella parziale al 75% di 18 mesi e quella al 50% di ulteriori 24 mesi.

Gli esiti degli interventi, per le intrinseche caratteristiche della patologia da cui è affetta la paziente, sono da ritenersi stabilizzati e non sono passibili di miglioramento con adeguate terapie..."

-i maggiori sacrifici e le preclusioni di talune attività di vita quotidiana, con le inevitabili conseguenze sulla sfera dinamico-relazionale, rientrano nell'invalidità permanente già adeguatamente valutata dal Collegio peritale nella percentuale differenziale del 20%

-non ricorrono pertanto elementi -- ulteriori o diversi -- idonei a giustificare una personalizzazione nella liquidazione del danno non patrimoniale

-vertendosi in materia di **danno differenziale**, va seguito il noto orientamento giurisprudenziale che recita:

In tema di liquidazione del danno alla salute, l'apprezzamento delle menomazioni preesistenti "concorrenti" in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto stimando, prima, in punti percentuali l'invalidità complessiva, risultante cioè dalla menomazione preesistente sommata a quella causata dall'illecito e poi quella preesistente all'illecito, convertendo entrambe le percentuali in una somma di denaro, con la precisazione che in tutti quei casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di condurre una vita normale lo stato di invalidità anteriore al sinistro dovrà essere considerato pari al cento per cento; procedendo infine a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto (Cass. sent. n. 28986 del 11/11/2019)

-in applicazione dei criteri medi di liquidazione applicati dalla giurisprudenza, la liquidazione equitativa del risarcimento a favore della danneggiata riposa, oltre che sull'orientamento appena riportato, anche sul seguente arresto giurisprudenziale:

Ai fini della liquidazione del danno biologico, che consegue alla lesione dell'integrità psico-fisica della persona, devono formare oggetto di autonoma valutazione il pregiudizio da invalidità permanente (con decorrenza dal momento della cessazione della malattia e della relativa stabilizzazione dei postumi) e quello da invalidità temporanea (da riconoscersi come danno da inabilità temporanea totale o parziale

ove il danneggiato si sia sottoposto a periodi di cure necessarie per conservare o ridurre il grado di invalidità residuo al fatto lesivo o impedirne l'aumento, inteso come privazione della capacità psico-fisica in corrispondenza di ciascun periodo e in proporzione al grado effettivo di inabilità sofferto), mentre, ai fini della liquidazione complessiva del danno non patrimoniale, deve tenersi conto altresì delle sofferenze morali soggettive, eventualmente patite dal soggetto in ciascuno degli indicati periodi (Cass. ord. n. 7126 del 12/03/2021)

-ne consegue che alla danneggiata -- di anni 73 già compiuti alla data di stabilizzazione dei postumi, da individuarsi nel 2006, tenuto conto dell'invalidità temporanea di complessivi 1360 giorni a partire dal primo intervento -- spetta a titolo di danno non patrimoniale (nella duplice componente di "danno biologico" e di "sofferenza soggettiva") la somma complessiva di **€ 224.994,00** (di cui € 139.804,00 = € 187.223,00 - € 47.419,00 per invalidità permanente ed € 85.140,00 per invalidità temporanea)

-la somma così liquidata va poi va maggiorata degli interessi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata alla data della stabilizzazione dei postumi (cessazione del periodo di invalidità temporanea di 1360 giorni a partire dal 23 maggio 2003), come poi rivalutatasi anno per anno, in base alla variazione indici ISTAT, dalla data del fatto alla data della presente sentenza; oltre interessi legali da tale ultima data al saldo effettivo

ooo

-le spese processuali -- comprensive di quelle del procedimento ex art.696 bis c.p.c. -- seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo con applicazione dei valori previsti dalle Tabelle dei compensi con riferimento a ciascuna fase processuale effettivamente esperita e all'ammontare del risarcimento liquidato

P.Q.M.

il Tribunale, definitivamente pronunciando ex art.281 sexies c.p.c., accertata la responsabilità contrattuale della convenuta, così

dispone:

1) condanna lo **Controparte_2** al risarcimento dei d **Parte_1** ssi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata alla data di cessazione del periodo di invalidità temporanea (1.360 giorni dal 26 maggio 2003), come poi rivalutatasi anno per anno, in base alla variazione indici ISTAT, dalla data del fatto alla data della presente sentenza; oltre interessi legali da tale ultima data al saldo effettivo

2) condanna **Controparte_2** alla rifusione, in favore di **Parte_1** **.430,00**, di cui € 1.000,00 per spese (oltre quelle di CTU e di CTP su fatture quietanzate) e € 14.430,00 per compenso, oltre a CPA, spese generali ed IVA se dovuta

Milano, 14 dicembre 2021

Il Giudice

dott. Angelo Claudio Ricciardi