



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI NAPOLI

VIII Sezione Civile

Il Tribunale di Napoli, in composizione monocratica, in persona del giudice dott.ssa Federica D'Auria, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile n. 25777/2019 R.G.

avente ad oggetto: responsabilità professionale

TRA

Parte_1 (c.f. C.F._1), rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED]

ATTRICE

E

Controparte_1

[...] (C.F. P.IVA_1), in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avv.ti [REDACTED] e [REDACTED]

CONVENUTA

Conclusioni delle parti

All'udienza del 18.05.2023, svoltasi con modalità di trattazione scritta, come previsto dall'art. 221 della legge n. 77/2020 di conversione con modificazione del d.l. n. 34/2020, le parti hanno concluso riportandosi ai rispettivi atti e scritti difensivi, come da verbale di udienza.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

L'attrice *Parte_1* ha proposto domanda risarcitoria per i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti in conseguenza della inadeguata assistenza medica ricevuta presso la struttura ospedaliera *Controparte_1* di *CP_1* – [...]

Controparte_1

A sostegno della domanda, ha rappresentato che in data 16.02.2015, a cagione di una gonartrosi al ginocchio destro, si recava presso il Reparto di Ortopedia [REDACTED]

“ *Org_1* ” di Napoli, struttura gestita dalla convenuta *Controparte_2*

[...] dove il 24.02.2015 veniva sottoposta ad intervento chirurgico di “artroprotesi al ginocchio destro” rimanendovi in degenza sino al 06.03.2015; che tuttavia, a causa dell'inadeguata assistenza medica, contraeva un'infezione nosocomiale, che comprometteva il post-operatorio determinando un peggioramento delle proprie condizioni di salute.

Ritenendo che l'insorgere dell'infezione sia stata causata da una condotta colpevole dei sanitari dell'ospedale “ *Org_1* ”, sia nella fase pre-operatoria, consistente nell'omessa predisposizione delle misure idonee a prevenire l'insorgere di processi settici, sia in quella post-operatoria, consistente nell'omessa diagnosi e trattamento dell'infezione nosocomiale contratta in occasione dell'intervento di chirurgico subito il 24.02.2015 e, in definitiva nella sua programmazione ed esecuzione dello stesso, *Pt_1*

[...] ha introdotto il presente giudizio per ottenere il risarcimento integrale del danno patito, lamentando la responsabilità di detto personale sanitario anche per aver totalmente tralasciato di informarla sul rapporto rischi benefici legati al compimento della procedura di artroprotesi del ginocchio. Vinte le spese e onorari di lite con attribuzione al procuratore antistatario.

Si è costituita in giudizio *Controparte_1*

[...] che, contestando i fatti esposti a fondamento della

domanda, ha respinto ogni addebito di responsabilità chiedendone il rigetto. Vinte le spese e competenze professionali.

Concessi i termini ex art. 183, 6° co., c.p.c., e depositate le relative memorie, espletata CTU medico-legale a firma del dott. Persona_1, all'udienza del 18.05.2023 la causa è stata riservata in decisione con i termini di cui all'art 190 c.p.c.

La domanda risarcitoria di parte attrice postula l'accertamento di una responsabilità professionale a carico della struttura convenuta, presso la quale la paziente veniva sottoposta in data 24.02.2015 a un intervento chirurgico di “artroprotesi del ginocchio destro”.

Va evidenziato in premessa, quanto al riparto degli oneri processuali *in subiecta materia*, che *“in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo, invece, a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante”* (tra le varie Cass. Civ., Sent. n. 24073 del 13/10/2017 e Cass. Civ., Sent. n. 18392 del 26/07/2017).

Occorre allora esaminare nel merito le condotte denunciate in citazione e nella memoria di precisazione della domanda - costituenti allegazione dell'inadempimento qualificato addebitato alla convenuta quale fonte dell'obbligazione risarcitoria azionata - e verificarne l'effettiva ricorrenza, nonché l'idoneità causale a determinare i danni come lamentati: segnatamente se il processo infettivo a carico del ginocchio destro riscontrato successivamente all'intervento chirurgico di artroprotesi possa essere posto in correlazione con comportamenti negligenti, imprudenti od imperiti compiuti nel corso dello stesso e/o nell'assistenza pre e post-operatoria da parte del personale medico o paramedico o, comunque, riconducibile alla struttura sanitaria Controparte_1

Per esaminare i suddetti profili occorrerà attingere alle risultanze della CTU espletata. Preliminarmente, tuttavia, va respinta l'eccezione di nullità della stessa, e di conseguenza la richiesta di rinnovazione, avanzata dalla convenuta per presunta violazione dell'art. 15 della legge n. 24/2017 (cd. Gelli-Bianco), vigente dal 1° aprile 2017, per non essere stato nominato un collegio composto da “medico specializzato in medicina legale” e da “uno o più specialisti nella disciplina” oggetto del procedimento.

Si osserva infatti che il CTU nominato, dott. Persona_1, è specialista in medicina legale e titolare di master di primo livello in Risk Managment: si è ritenuto dunque adeguata la nomina di un solo professionista avente tale duplice competenza specialistica, atteso che la prospettazione dei fatti contenuta in citazione imponevano, sostanzialmente, la verifica circa la possibile fonte nosocomiale dell'infezione occorsa alla paziente, l'indagine circa la colpa - da declinarsi, nel caso di specie, sottoforma di verifica delle procedure idonee a prevenire infezioni in ambito ospedaliero e a garantire la qualità delle prestazioni e la sicurezza dei pazienti – in terzo luogo le conseguenze che da essa sono scaturite sul piano dei postumi invalidanti.

Ebbene, la totalità dei menzionati accertamenti rientrano senza dubbio nelle competenze proprie di un medico chirurgo specialista in medicina legale ed esperto in Risk Managment sanitario.

E dunque, la relazione tecnica a firma del CTU., dott. Per_2, dopo aver riferito in ordine alle patologie di cui l'attrice era già affetta (<<... *incontinenza urinaria, diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, deficit di vitamina D3, cardiopatia ischemica e da grave gonartrosi bilaterale con varismo bilaterale delle ginocchia, limitazione funzionale delle stesse e deficit della deambulazione* >>), ha ricostruito in modo chiaro ed esaustivo la storia clinica dal ricovero del 16.02.2015 presso l'ospedale “Org_1” e dei trattamenti medici e controlli a cui è stata sottoposta in varie strutture sanitarie.

In particolare, il CTU ha evidenziato con estrema chiarezza che le doglianze espresse dall'attrice hanno trovato fondamento nell'esame della documentazione prodotta. Al riguardo, dalla relazione peritale è emerso in primo luogo che l'infezione ospedaliera è stata contratta a seguito dell'intervento chirurgico di artroprotesi del ginocchio destro praticato nella struttura convenuta e, in secondo luogo, che essa è ascrivibile alle condotte censurabili poste in essere dal suo personale sanitario dal punto di vista igienico-sanitario.

Invero, in relazione al nesso di causalità efficiente, dopo un'ampia e particolareggiata spiegazione su natura, tipi e origine dei processi settici, meglio noti come infezioni correlate alle pratiche assistenziali, l'elaborato tecnico evidenzia:

<< Nel caso in esame è evidente che la sig.ra Parte_1 abbia contratto, a seguito dell'impianto di protesi al ginocchio destro, un'infezione ospedaliera.

...

A tal punto è d'uopo sottolineare che prima dell'impianto di protesi di ginocchio del 06/03/2015 (rectius 24.02.2015) non vi era alcuna traccia di processi infettivi in atto. Difatti, la prima evidenza di infezione in corso risale al 26/03/2015 durante il ricovero a fini riabilitativi presso la Casa ^{Co} Cura Org_2 di Napoli, ove fu riscontrata la necrosi parziale del tratto distale della ferita chirurgica. Inoltre, il tipo di germi isolati (Escherichia coli multiresistente prima ed Acinetocacter baumannii e Staphylococcus aureus dopo) avvalora ulteriormente il giudizio circa la genesi nosocomiale dell'infezione >>

Infatti <<... I batteri che più frequentemente inducono I.O. sono i Gram-negativi (60,5%) con una predominanza di Escherichia coli e Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae ed Enterobacter spp. isolati nel 32% dei casi. Tra i Grampositivi (che costituiscono il 34% dei casi) gli stafilococchi e gli streptococchi sono risultati i più frequenti, e tra questi, in particolare, lo Staphylococcus aureus ...">>

Ha inoltre precisato che << gli Acinetobacter sono dei bacilli aerobi gram-negativi... ubiquitari e possono sopravvivere fino a un mese su superfici asciutte e sono

comunemente presenti sulla pelle di operatori sanitari, aumentando la probabilità che attrezzature mediche e pazienti vengano contaminati... vivono nel suolo e nelle acque e possono sopravvivere per lunghi periodi e tollerano ambienti sia ambienti umidi che non >> ed ebbene << Delle specie conosciute di *Acinetobacter*, il *baumannii* rappresenta, in più dell'80% dei casi, quello isolato e responsabili di causare malattie nell'uomo. Tali germi possono sopravvivere per lungo tempo su capi di abbigliamento, biancheria da letto, ventilatori ed altre superfici ambientali. Pertanto, l'*Acinetobacter baumannii* è ormai notoriamente riconosciuto tra i principali patogeni associati alle infezioni nosocomiali. Le fonti di trasmissione includono prevalentemente apparecchiature respiratorie, valvole, circuiti di ventilatori, spirometri, flussometri di picco, cateteri di aspirazione, umidificatori, riscaldamento bagni, flaconi multidose, acqua distillata, cuscini, materassi, lenzuola, docce e rompigitto dei rubinetti. Fattori di rischio per la colonizzazione o infezione da *Acinetobacter baumannii* includono la lunghezza della degenza ospedaliera, le ferite chirurgiche, il trattamento con antibiotici ad ampio spettro, la nutrizione parenterale, l'uso dei cateteri, la ventilazione meccanica e la degenza in Unità di Terapia Intensiva. Le precauzioni standard devono essere seguite in ogni momento della giornata, mentre misure utili per avere successo nel controllo dei focolai includono precauzioni come l'isolamento degli infetti o dei pazienti colonizzati, il rafforzamento dell'igiene delle mani, la coorte dei pazienti (isolamento di coorte, ovvero a gruppi con la stessa infezione in area dedicata), la coorte del personale, la disinfezione ambientale ed il controllo dell'uso degli antimicrobici: è pertanto pacifico poter affermare che un aspetto di fondamentale importanza è rappresentato dalla prevenzione.

Non deve inoltre sorprendere che l'infezione non si fosse evidenziata nel corso del primo ricovero. Difatti, è necessario ricordare che: "A fini epidemiologici e di sorveglianza l'infezione del sito chirurgico viene considerata tale se insorge da 48 ore dopo l'intervento e fino a 30 giorni dopo. Nel caso sia stato utilizzato ed impiantato materiale protesico/sintetico, quali ad esempio i mezzi di sintesi tessutale e ossea, le

protesi vascolari, articolari, materiale o dispositivi endocavitari, il periodo di insorgenza va considerato fino a 12 mesi dall'intervento" >> e tanto perché << La ragione della possibilità di insorgenza di infezioni a notevole distanza di tempo dall'impianto di una protesi risiede nel fatto che l'impianto di materiale protesico/sintetico nell'organismo porta alla progressiva formazione sulla sua superficie di una patina di sostanze organiche biologiche di origine plasmatica o secreta dai tessuti circostanti. In alcuni casi, come nelle protesi, le cellule endoteliali tendono a ricoprirne la superficie...>> giacché i germi aderendo al materiale sintetico si annidano in questa matrice restandone protetti e di conseguenza al riparo dalla immunità naturale ed acquisita e dalla penetrazione degli antibiotici, mutando in definitiva il loro comportamento biologico in forme di crescita rallentata e proprio << la lenta crescita è la causa del decorso torpido e dell'insorgenza tardiva della sintomatologia e del quadro clinico pienamente manifesto >>.

E ciò è quanto è avvenuto nel caso in esame: l'infezione in corso per *Escherichia coli* multiresistente fu riscontrata soltanto con i tamponi del 7, 9 e 10.4.2015 (cioè per la prima volta 42 giorni dopo l'intervento chirurgico di atropotesi) e quella per *Acinetobacter baumannii* e per *Staphylococcus aureus* a seguito dell'esame colturale del 30.10.2015 (vale a dire per la prima volta oltre 6 mesi dopo il detto intervento).

In conclusione, per l'ausiliario << *Sussistono quindi tutti i classici criteri riconosciuti dalla dottrina medico-legale (statistico-epidemiologico, cronologico, topografico, dell'adeguatezza qualitativa e dell'efficienza quantitativa, della continuità fenomenologica e dell'esclusione)* utili al fine di riconoscere il nesso di causa tra l'impianto di protesi del ginocchio destro e la successiva evidenza di un processo settico >>.

Esplicato l'aspetto inerente alla sussistenza del nesso di causa efficiente, quanto al profilo soggettivo della colpa il CTU ha chiarito:

<< È evidente che, in tema di infezioni nosocomiali, si possano configurare addebiti di responsabilità omissiva nel caso in cui i responsabili amministrativi e sanitari aziendali non si siano attivati per istituire, applicare, documentare e periodicamente verificare tutti gli interventi finalizzati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere e non effettuino indagini infettivologiche sugli operatori sanitari che possono essere fonte di contagio per i pazienti>> vale a dire <<...l'attuazione di protocolli relativi alla disinfezione – disinfestazione – sterilizzazione di ambienti e materiali, alla modalità di raccolta – lavaggio – disinfezione della biancheria, al sistema di smaltimento dei rifiuti solidi, alla qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento, alla modalità di preparazione e conservazione ed uso dei disinfettanti, agli strumenti di distribuzione di cibi e bevande, allo smaltimento dei liquami e pulizia di padelle e simili, all'istituzione di un sistema di sorveglianza e di notifica, alla riduzione della durata delle degenze ed eliminazione di quelle inadeguate, al controllo ed alla limitazione sull'accesso dei visitatori, al controllo delle malattie del personale e delle vaccinazioni profilattiche ed all'adeguato rapporto degenti/personale>> nonché la messa in atto di <<... procedure qualificanti sulla sorveglianza su dati microbiologici di laboratorio e tale sorveglianza deve necessariamente essere basata sul monitoraggio ambientale, sulla sorveglianza delle malattie infettive diffusibili e circa la di apparecchiature riutilizzabili>> e, quale ulteriore onere delle strutture ospedaliere << l'abbattimento del rischio di infezioni nosocomiali adottando misure quali incentivare i vari reparti a fornire report sul monitoraggio di germi patogeni>>.

In definitiva, in caso di infezioni nosocomiali, le aziende ospedaliere devono necessariamente porre in essere le predette procedure e documentare e pianificare controlli continui.

Pertanto, nel caso specifico, conclude <<... considerato che l'infezione contratta dalla sig.ra Parte_1 è da ricondurre, non all'opera tecnica dei sanitari, bensì con elevatissima probabilità ad insufficiente disinfezione cutanea del paziente all'epoca in cura o ad inadeguata sterilizzazione dello strumentario chirurgico o di quant'altro

presente in sala operatoria, o comunque a contaminazione degli ambienti ospedalieri e/o degli operatori sanitari che intervennero nella vicenda in esame, tenuto anche in conto che non risultano documentate valide procedure di prevenzione delle infezioni nosocomiali ed in particolare di continui controlli, è pacifico quindi poter sostenere che vi sia stata una responsabilità della struttura ospedaliera, ospitante la sig.ra Pt_1 [...], poiché le procedure di profilassi messe in atto si sono verificate inidonee, insufficienti ed insoddisfacenti al fine di impedire l'instaurarsi di un'infezione nosocomiale a carico del proprio paziente. Ne consegue quindi che, in assenza di tutti quei provvedimenti atti ad abbattere il rischio infettivo anche attraverso report periodici del monitoraggio dei germi patogeni, si sia concretizzata, nel caso in esame, un'infezione a genesi nosocomiale meritevole quindi di ristoro>>.

Circa invece il profilo del consenso informato all'intervento di protesizzazione del ginocchio destro del 24.02.2015 il CTU lo ha ritenuto idoneo precisando che <<... il modulo di consenso informato allegato alla cartella clinica n. 1523 relativa al ricovero dal 16/02/2015 al 06/03/2015 presso Org_1 " di Napoli, risulta regolarmente sottoscritto dall'attrice, adeguato e sufficientemente dettagliato >>.

Riconosciuto dunque un profilo di responsabilità sia in termini di positivo accertamento del nesso eziologico sia in termini di positivo riscontro di colpa, il quadro memomativo è risultato consistere <<... nell'anchilosi del ginocchio destro e nella persistenza di un esito cicatriziale ancora in parte secernente>>.

In applicazione dei più comuni barèmmès valutativi tra cui le linee guida Org_3 e dopo aver condiviso il rilievo espresso dal CT di parte attrice, prof. Persona_3 il CTU ha ritenuto : << In connessione causale con le evidenziate condotte censurabili sono derivati quali componenti di danno differenziale di esclusiva natura iatrogena un danno biologico permanente del 30% (trenta per cento) da inquadrarsi ai fini della liquidazione economica del danno non nel range 0-30%, bensì in quello 15-45%>> .

Su tale specifico punto, condividendo quanto precisato in CTU, considerata dunque pari al 15% l'invalidità che sarebbe residuata nel distretto anatomico del ginocchio anche in assenza di complicanze infettive-iatrogene, e considerata invece pari al 45% l'invalidità globale effettiva riscontrata sulla paziente secondo i comuni baremes e le citate Linee Guida di valutazione medico legale, può quindi valutarsi nella misura del 30% il danno differenziale di esclusiva matrice iatrogena ($45\% - 15\% = 30\%$).

Per quanto concerne la invalidità temporanea, parimenti tenendo conto della sola quota differenziale rispetto a un normale iter clinico, l'elaborato peritale ha riconosciuto una ITT di 67 giorni, una ITP di 120 giorni al 75% e un'ulteriore ITP di 971 giorni al 50%.

Si ritiene che possano condividersi le valutazioni tutte espresse dal CTU, in quanto ampiamente argomentate, logiche e coerenti sotto tutti i profili, tanto in merito all'individuazione del profilo della colpa, tanto quelle relative al nesso di causalità, tanto quelle inerenti all'individuazione del danno quale componente esclusivamente iatrogena dei trattamenti e condotte praticate dalla convenuta, ivi incluso l'accoglimento del rilievo inerente alla quantificazione del CT di parte attrice e le considerazioni rese in risposta alle osservazioni del prof. *Per_4* e dott. *Persona_5* consulenti parte convenuta.

Tanto premesso, deve procedersi alla liquidazione e quantificazione "per differenza" del danno iatrogeno come sopra individuato e descritto facendo applicazione delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per la liquidazione di tale tipo di danno, tabelle fatte proprie anche da numerosi altri uffici giudiziari.

Ebbene, prendendo le mosse dalla citata tabella redatta dall'osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano, tenuto conto dell'età del paziente all'epoca della insorgenza settica (69 anni), il danno permanente come sopra identificato può essere in questa sede identificato nell'importo di € **146.500,00** (€ 173.855,00 pari all'invalidità

complessiva del 45% - € 27.355,00 pari all'invalidità attendibile in assenza di complicanza, pari al 15%).

A ciò va aggiunto il danno da invalidità temporanea, come riconosciuta in CTU pari a complessivi **€ 63.607,50** (€ 6.633,00 per ITT di 67 giorni, € 8.910,00 per ITP di 120 giorni al 75% ed € 48.064,50 per ITP di 971 giorni al 50%).

La somma di tali due voci di danno non patrimoniale ammonta ad **€ 210.107,50**.

Null'altro può essere riconosciuto a titolo di danno morale, personalizzazione e/o danno da sofferenza soggettiva, non essendo state dedotte e dimostrate adeguate e specifiche circostanze di fatto idonee ad integrare dette voci e tali da dimostrare una diversa e più profonda incidenza personale del pregiudizio rispetto agli standards liquidativi.

La prova orale, per come articolata, si è dimostrata inidonea in radice a dimostrare siffatta diversa incidenza o maggiore intensità del pregiudizio.

Alla medesima compete altresì il danno da ritardo, da liquidarsi mediante applicazione di interessi al saggio legale sugli importi qui liquidati, devalutati all'epoca del fatto (febbraio 2015) e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istatfoi, da febbraio 2015 sino alla pubblicazione della presente sentenza.

Le spese di lite, ivi incluse quelle della CTU (liquidate con separato decreto) e quelle di CTP (forfetariamente determinate in € 600,00) seguono la soccombenza e sono poste a carico di parte convenuta nella misura liquidata nel dispositivo che segue.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunciando nella controversia civile proposta come in epigrafe, così provvede:

1) accoglie la domanda formulata da *Parte_1* e per l'effetto condanna la convenuta

Controparte_1

[...] al pagamento in suo favore del complessivo importo di € 210.107,50 titolo di risarcimento del danno liquidato all'attualità, oltre interessi al saggio legale

sull'importo devalutato al mese di febbraio 2015, e di anno in anno rivalutato secondo gli indici istat foi, da febbraio 2015 sino alla pubblicazione della presente sentenza;

2) condanna la convenuta *Controparte_1*

[...] al pagamento delle spese di lite in favore di parte attrice, liquidate in € 1.166,52 per esborsi del presente procedimento (ivi incluse spese di CTP) ed € 14.103,00 per compensi professionali del procuratore, oltre rimborso spese generali al 15%, iva e cpa come per legge, con distrazione in favore dell'avv. 
 antistatario.

3) pone le spese di CTU in via definitiva a carico della convenuta *[...]*

Controparte_1

Napoli, 11.10.2023

Il giudice

dott.ssa Federica D'Auria