REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale di Napoli Nord

Seconda Sezione Civile

Il Tribunale in composizione monocratica e nella persona del dott. Alfredo Maffei ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella controversia civile iscritta R.G. 11038/2021 avente ad oggetto "**responsabilità in ambito sanitario**" e pendente

[redacted]

Parte_1 rappresentato e difeso, giusta procura in calce all'atto di citazione, dall'avv. [redacted] presso il cui studio, sito in Frattamaggiore, alla [redacted] è elettivamente domiciliato

ATTORE

E

Controparte_1 in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa, giusta procura in calce alla comparsa di risposta, dall'avv. [redacted] presso il cui studio, sito in Santa Maria C.V., al [redacted] è elettivamente domiciliata

CONVENUTA

E

CP_2

CONVENUTA CONTUMACE

CONCLUSIONI

Con note scritte depositate ai sensi dell'art 127 *ter* c.p.c. in sostituzione dell'udienza originariamente fissata per la data del 30.9.2024, le parti concludevano in conformità dei rispettivi scritti difensivi e la causa veniva riservata in decisione con la concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

RAGIONI IN FATTO E DIRITTO

Con atto di citazione ritualmente notificato, l'attore *Parte_1* deduceva: che, affetto da gonartrosi bilaterale, nel giugno del 2018 aveva iniziato un trattamento con infiltrazioni di acido ialuronico al ginocchio destro presso la [redacted] *CP_1* di Aversa per opera del dott. *CP_2* ; che, nel corso delle settimane, dopo la quinta infiltrazione, gli era stata diagnosticata una artrosinovite del ginocchio destro con interessamento dei tessuti molli della coscia e della gamba; che, sottoposto a terapia antibiotica, era stato poi ricoverato presso l[redacted] ove era stato sottoposto ad intervento di artrocentesi evacuativa, che aveva fatto rilevare la presenza dello stafilococco aureo; che erano seguite cure mediche e riabilitative fino alla guarigione intervenuta a distanza di un anno, che tuttavia non aveva escluso gravi postumi anatomo-funzionali; che l'infezione contratta doveva ritenersi riconducibile alla negligente condotta professionale tenuta dal dott. *CP_2* nel corso dei trattamenti infiltrativi a cui era stato sottoposto; che, infatti, le sedute si erano tenute in ambiente e con modalità non idonee a scongiurare il rischio di una infezione osteoarticolare in considerazione dell'assenza di adeguato drappeggio chirurgico, del mancato uso di guanti sterili da parte dell'operatore, dell'omessa preparazione cutanea con clorexidina e del mancato ricorso a strumenti sterili; che a tali profili di colpa omissiva si aggiungeva il ritardo con cui era stato diagnosticato l'evento settico benché egli avesse segnalato al medico il dolore insorto; che ulteriore profilo di responsabilità andava ravvisato nel fatto che le infiltrazioni non erano state precedute dalla raccolta di un adeguato consenso informato, cosa che aveva comportato la lesione del suo diritto alla libera autodeterminazione.

Tanto premesso ed esposto, conveniva in giudizio la casa di cura *CP_1* e il dott. *CP_2* affinché fossero in solido condannati al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali a lui cagionati nonché al risarcimento del danno da mancato consenso informato.

Si costituiva la clinica *CP_1* che, contestando la fondatezza della domanda, assumeva: che l'attore non aveva prodotto alcuna documentazione dimostrativa dei cicli di infiltrazioni a base di acido ialuronico ritenuti dal *Pt_1* causali rispetto al processo infettivo che successivamente gli era stato diagnosticato; che tale nesso eziologico non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

poteva essere sostenuto tenuto conto della distanza temporale tra il trattamento infiltrativo (risalente al giugno 2018) e la documentata infezione (risalente invece ad ottobre 2018); che, pertanto, non poteva escludersi che in tale intervallo temporale l'attore fosse stato sottoposto ad altri trattamenti diversi da quelli posti in essere dal dott. CP_2 , ai quali poter ricondurre l'insorgenza dell'infezione; che, allora, certamente non potevano i postumi invalidanti lamentati dall'attore essere posti in relazione con alto livello probabilistico con le prestazioni sanitarie eseguite dal dott. CP_2 presso la clinica.

Ciò posto, concludeva affinché la domanda fosse dichiarata inammissibile o improcedibile o che fosse comunque integralmente rigettata nel merito perché infondata in fatto e in diritto.

All'udienza del 3.2.2022 il Tribunale, preso atto della regolarità della notifica nei confronti di CP_2 , ne dichiarava la contumacia e concedeva alle parti un termine per la presentazione della domanda di mediazione.

La causa veniva istruita con l'audizione di due testi indicati da parte attrice e mediante espletamento di una C.T.U. medico-legale.

All'esito veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni ed era riservata in decisione con ordinanza del 30.9.2024.

La domanda va accolta nei limiti che si vanno ad indicare.

In via preliminare, va dato atto del verificarsi della condizione di procedibilità della domanda di cui all'art. 8, comma 1, Legge n. 24/2017, stante l'esperimento del procedimento di mediazione, conclusosi con esito negativo data la mancata partecipazione di entrambi convenuti (cfr. allegato depositato da parte attrice in data 10.6.2022 e relativo all'incontro del 15.3.2022).

In punto di diritto mette conto evidenziare che, secondo l'orientamento ormai consolidato della giurisprudenza di legittimità e di merito, la responsabilità della struttura sanitaria ha carattere contrattuale e può derivare ex art. 1218 c.c. per fatto proprio dall'inadempimento del contratto concluso con il paziente da cui insorgono a carico dell'ente obbligazioni di natura mista derivanti da un rapporto di carattere "latu sensu" alberghiero nonché di organizzazione di strutture e di dotazioni, anche umane, con la conseguente messa a disposizione del personale medico (e paramedico) e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr. Cass. civ. n. 24791/2008: *"L'accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, sia ai fini del ricovero che di una visita ambulatoriale, comporta comunque la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità con la medesima"*).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

La responsabilità della struttura sanitaria può poi anche discendere ex art. 1228 c.c. dal fatto altrui, ove i danni lamentati siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale, e ciò anche quando l'operatore non sia un suo dipendente (cfr. Cass. civ. n. 1043/2019).

Peraltro, le Sezioni Unite della Suprema Corte hanno avuto cura di precisare che *"è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico, in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica, quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria"*(Cass. civ., sez. un., n. 577/2008).

I suddetti principi sono stati recepiti dalla legge n. 24 del 2017 (entrata in vigore in data 1 aprile 2017), il cui art. 7, primo comma, dispone: *"La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, che se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dalla struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose"*.

Dall'inquadramento della responsabilità medico-sanitaria nell'ambito di quella contrattuale derivano conseguenze in punto di ripartizione dell'onere della prova.

Ed invero, prima dell'intervento della Corte di Cassazione a Sezioni Unite con l'ormai nota pronuncia n. 13533/2001, era diffusa l'idea che la ripartizione dell'onere probatorio in caso di responsabilità medica dovesse fondarsi principalmente sulla difficoltà della prestazione, in forza di una interpretazione che tendeva a sopravvalutare gli effetti dell'art. 2236 c.c. sulla finale allocazione della cd. alea terapeutica.

Simile canone ermeneutico, in punto di prova dell'inadempimento, è stato tuttavia superato con la citata pronuncia del 2001, alla quale si è uniformata la giurisprudenza successiva (che ne ha fatto ampia applicazione in tema di responsabilità medica).

È ormai pacifico, infatti, che spetta al paziente provare l'esistenza del contratto di spedalità e l'evento dannoso, consistente nell'aggravamento (ovvero, in alcuni casi, nella inalterazione) della preesistente patologia oppure nell'insorgenza di una nuova condizione patologica quale effetto dell'intervento, mentre a carico della struttura è lasciato l'onere di provare che la prestazione professionale sia stata eseguita secondo la migliore scienza ed esperienza medica e che l'evento infausto sia stato determinato da un evento imprevisto e imprevedibile (cfr. Cass. civ. n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

975/2009), ovvero causalmente estraneo all'operato del personale medico (e/o paramedico), ovvero che l'inadempimento, ove pur esistente, non sia stato la causa dell'evento dedotto, o comunque sia rimasto alieno alla sua sfera soggettiva di signoria, non essendo imputabile alla struttura medesima (cfr. Cass. civ. n. 6102/2015).

In altri termini, *"ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile"* (cfr. Cass. civ. n. 16828/2018).

In sintesi, la Suprema Corte ha statuito che *"in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'evento di danno (aggravamento della patologia preesistente ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, non potendosi predicare, rispetto a tale elemento della fattispecie, il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 cod. civ."* (cfr. Cass. civ. n. 20812/2018).

Rimane pertanto ininfluente, almeno dal punto di vista dell'allocazione dell'onere della prova, lo scrutinio in merito alla difficoltà della prestazione, la quale assurge a mero parametro di valutazione della diligenza nell'adempimento (così Cass. civ. n. 18307/2015), fermo restando che la limitazione della responsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave prevista dall'art. 2236 c.c. attiene alle sole ipotesi di imperizia, che possano essere giustificate dalla particolare complessità o novità dell'opera richiesta, e non si estende alle ipotesi in cui la prestazione sia stata viziata da negligenza o imprudenza, cioè una violazione della diligenza professionale media esigibile ex art. 1176, secondo comma, c.c., rispetto a cui rileva anche la colpa lieve (cfr. Cass. civ. n. 5506/2014, n. 6093/2013, n. 5846/2007 e 9085/2006).

In ordine poi al criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente, i giudici di legittimità hanno affermato che *"in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano – ad una valutazione "ex ante" – del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio".

Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso (cfr. Cass. civ. n. 16123/2010).

Passando, a questo punto, all'esame del caso specifico, le risultanze istruttorie hanno consentito di ricostruire nei seguenti termini la vicenda che ha dato origine al presente procedimento.

Parte_1 all'epoca dei fatti 57enne, per una gonalgia cronica bilaterale era sottoposto, nel giugno 2018, presso la clinica *CP_1* , ad un ciclo di infiltrazioni al ginocchio destro. Dopo la quinta seduta si manifestava un forte dolore al ginocchio interessato dal trattamento, dolore che, nell'ottobre successivo, veniva correlato ad una artrite settica da stafilococco aureo, diagnosticata presso l[redacted] Quindi, detta patologia veniva trattata farmacologicamente e conduceva alla guarigione del paziente.

Nell'ambito della C.T.U. redatta dal collegio peritale incaricato dal Tribunale, formato dalla dott.ssa *Persona_1* e dal dott. *Persona_2* , sono stati in via preliminare opportunamente forniti nei seguenti termini dei chiarimenti utili a comprendere portata, utilità e rischi dei trattamenti infiltrativi a cui era stato sottoposto l'attore prima dell'aggravarsi della situazione: *"Le infiltrazioni intrarticolari consistono in un trattamento iniettivo locale , impiegato nella terapia del dolore causato da processi infiammatori acuti. I farmaci più comunemente utilizzati sono l'acido ialuronico e i cortisonici […] Le iniezioni a base di acido ialuronico vengono effettuate per migliorare la lubrificazione dell'articolazione, per ridurre il dolore e migliorare il movimento. Esse vengono utilizzate maggiormente per la cura dell'artrosi di un'articolazione, come ad esempio quella all'anca, alla spalla o al ginocchio. L'acido ialuronico è altamente solubile e questo lo rende adatto a garantire l'idratazione dei tessuti proteggendoli dalle sollecitazioni della vita quotidiana. In genere la terapia infiltrativa con acido ialuronico si effettua con cicli a cadenza settimanale, in media da 1 a 3 iniezioni. L'efficacia clinica è nella maggior parte dei casi duratura da un minimo di 6 mesi a 1-2 anni.*

A seconda della situazione, il medico sceglierà la molecola più opportuna da iniettare. Le iniezioni di acido ialuronico in genere non sono dolorose e si avverte solamente la puntura dell'ago o al massimo un leggero dolore che tende a passare dopo alcuni minuti. Dopo aver

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

effettuato infiltrazioni, potrebbero comunque verificarsi infiammazioni locali, gonfiore, arrossamento e indolenzimento della parte interessata. In questo caso è consigliabile mettere del ghiaccio sulla parte ed eventualmente assumere farmaci antinfiammatori […] L'acido ialuronico, sostanza già presente nelle nostre articolazioni, viene sintetizzata dalle cellule presenti nel liquido sinoviale: con l'aumentare dell'età la sua produzione tende a diminuire, causando dolore e difficoltà motorie. Le infiltrazioni al ginocchio, dunque, sono uno dei primi trattamenti utilizzati per arrestare la progressione, oltre alla fisioterapia e ai farmaci. …… la diminuzione del liquido sinoviale ….. porta ad una progressiva frizione della cartilagine dell'articolazione: negli stadi iniziali ripristinare la produzione di acido ialuronico permette la lubrificazione della zona, con effetti antinfiammatori e analgesici. Le infiltrazioni di acido ialuronico al ginocchio, dunque, non vanno intese come una cura per l'artrosi di ginocchio, ma un trattamento conservativo atto ad allontanare nel tempo i progressivi danni che questa patologia può portare […] Il trattamento di infiltrazione con acido ialuronico è semplice: si inietta la sostanza direttamente nella sede anatomica di destinazione, con una procedura che dura pochi minuti e non richiede anestesia. Può essere ripetuto periodicamente un numero indefinito di volte, a discrezione dello specialista, perché non ha alcun effetto collaterale.

La frequenza ed il numero di applicazione possono variare da paziente a paziente, a seconda del tipo di preparato che lo specialista ritiene più adatto al caso specifico e della capacità di assorbimento del singolo paziente. In genere per massimizzare l'effetto del trattamento si effettuano un minimo di due o tre sedute, a distanza di qualche settimana l'una dall'altra. La velocità di assorbimento dell'organismo influisce sull'attenuazione dei sintomi: l'effetto delle infiltrazioni di acido ialuronico, generalmente, si vedrà dopo alcuni mesi dall'ultima seduta e dopo un mese nei casi migliori. Va ricordato, comunque, che le infiltrazioni di acido ialuronico possono essere effettuate nelle prime fasi della gonartrosi, e soprattutto in assenza di infiammazione, in quanto questa produce enzimi litici che vanificano l'effetto benefico. La durata delle infiltrazioni con acido ialuronico è, comunque, variabile, mostrando benefici anche dopo 7-8 mesi dall'ultima iniezione […] Chi pratica la terapia infiltrativa si trova ad aver a che fare con una terapia che deve essere affrontata con la dovuta preparazione professionale (spesso con l'ausilio dell'ecografo) al duplice scopo di garantire la massima efficacia del trattamento ed evitare le conseguenze negative derivanti da un'iniezione intra-articolare non eseguita correttamente e nel repere anatomico appropriato"(cfr. pagg. da 22 a 25 della C.T.U.).

Con riferimento alle condizioni ed alle modalità che hanno caratterizzato lo svolgimento del ciclo di infiltrazioni a cui è stato sottoposto il *Pt_1* in assenza validi dati di riscontro rinvenibili nella scarna documentazione sanitaria (*"La peculiarità del caso sta nella mancanza assoluta di una*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

qualsivoglia documentazione medica" - cfr. pag. 26 della C.T.U.), utili elementi possono essere ricavati dal contenuto delle deposizioni chiare, precise ed immuni da vizi logici rese dai testi indicati da parte attrice.

Invero, la teste *Testimone_1* moglie dell'attore, ha dichiarato di aver accompagnato il marito quasi a tutte le sedute presso la *Controparte_1* . A tal riguardo ha riferito: *"Sono stata sempre presente anche io, ero presente anche nell'ambulatorio assieme a mio marito mentre il dott CP_2 eseguiva le infiltrazioni. Ricordo che il dott CP_2 non indossava il camice ed iniettava un liquido di colore rosso che diceva essere acido ialuronico. Ricordo che solo in una occasione non accompagnai mio marito. Avevamo rapporti di amicizia di vecchia data col dott. CP_2 . La procedura durava pochissimi secondi. Si entrava nel corridoio molto affollato, si dava il proprio cognome alle infermiere o al dott CP_2 direttamente; quindi, si entrava, mio marito si spogliava dei pantaloni; ricordo che la carta protettiva del lettino non veniva cambiata; quindi il dottore passava una garza imbevuta sul ginocchio e subito dopo effettuava l'iniezione di questo liquido, senza indossare né guanti, né camice. Subito dopo, in maniera molto frettolosa, chiamava il paziente successivo. Ricordo che le siringhe erano già preparate, non venivano aperte al momento. Una volta ricordo che aveva anche una maglietta macchiata dai residui di un pasto".*

Tale prassi, così come descritta dalla predetta teste, ha trovato in parte riscontro anche nelle dichiarazioni rese dal teste *Testimone_2* , amico di vecchia data dell'attore, il quale ha tra l'altro dichiarato: *"tutte le volte l'ho accompagnato anche io, aveva bisogno di essere accompagnato in auto; quasi sempre c'era anche la moglie. Normalmente attendevo nell'androne fuori; solo una volta, mi pare nella seduta della fine di luglio, in cui non era venuta la moglie, allora l'ho accompagnato dentro, nella stanza in cui veniva eseguita l'infiltrazione; solo in quella circostanza ho materialmente visto il dott CP_2 eseguire l'infiltrazione e dare l'appuntamento per settembre. Ricordo che la procedura fu velocissima. Un infermiere passò al medico una garza imbevuta che fu passata sul ginocchio e poi fu effettuata l'iniezione.*

ADR: sul capo G) posso dire che nell'occasione in cui accompagnai l'avv Pt_1 sin dentro poi non gli fu rilasciato alcun documento dimostrativo dell'infiltrazione eseguita".

A fronte delle circostanze emergenti dalle deposizioni dei testi, le parti convenute non hanno articolato alcuna prova allo scopo di dimostrare che i trattamenti terapeutici siano invece stati eseguiti dal dott. *CP_2* nella rigorosa osservanza dei protocolli necessari per contenere il rischio infettivo durante le procedure.

A tal riguardo la Suprema Corte ha chiarito che *"in tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione cd. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato" (cfr. Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 5490 del 22/02/2023).

Quindi, *"in tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio"* (cfr. Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 16900 del 13/06/2023).

Pertanto, tenuto conto delle risultanze istruttorie emergenti dalle dichiarazioni dei testi, dell'assenza di prova di segno in alcun modo fornita dalle parti convenute, il collegio peritale è giunto a sostenere che *"le infiltrazioni non sono state effettuate secondo i criteri base di sterilità dell'ambiente e del sanitario, e senza nemmeno una accurata preparazione del sito di infiltrazione. Ne consegue che, anche se sono trascorsi circa tre mesi dalla quinta infiltrazione alla diagnosi di artrite settica, la identificazione di uno Stafilococco aureo MRSA (vedi esame colturale del 2/11/18: " Sviluppo di Stafilococco aureo, resistente alla Ampicillina e alla Penicillina G" e la successiva consulenza infettivologica del 26/11/18) collocano l'insorgenza della infezione in ambito nosocomiale, con le caratteristiche di "Delayed infection": comparsa dei sintomi dopo 4-6 settimane ma entro 2 anni. Riteniamo pertanto che con il concetto della prepondernza*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

dell'evidenza (più probabile che non) vada ascritto alla procedura infiltrativa la genesi della artrite settica del ginocchio" (cfr. pag. 27 della C.T.U.).

Il collegio peritale ha, quindi, ravvisato una responsabilità dell'ortopedico convenuto nella esecuzione delle infiltrazioni, per non aver adottato adeguate procedure di asepsi del sito dove sarebbe avvenuta l'infiltrazione; i consulenti d'ufficio hanno rilevato, in proposito, che nella documentazione sanitaria allegata in atti non è stata reperita alcuna trascrizione dei comportamenti procedurali effettuati dal sanitario per eseguire il trattamento nel rispetto dei protocolli volti a contenere il rischio infettivo. In sostanza il collegio peritale, nel ricercare i possibili fattori di rischio responsabili dell'infezione, hanno escluso fonti endogene del germe o altri occasionali eventi al di fuori della procedura invasiva, e hanno ravvisato la causa dell'infezione da stafilococco aureo nella procedura di infiltrazione al ginocchio destro effettuata presso la clinica *CP_1* dal dott. *CP_2* .

I criteri medico-legali per l'attribuzione del nesso di causalità appaiono rispettati. Infatti, i consulenti non hanno dato conto di alcun ulteriore verosimile causa di infezione, mai emergente dall'istruttoria. Il periodo di latenza tra l'esecuzione della procedura da parte del dott. *CP_2*, lo sviluppo dell'infezione e l'inizio dei sintomi è pienamente compatibile con l'origine iatrogenica della malattia.

Le osservazioni scientifiche svolte dai CC.TT.UU. e poste alla base delle loro conclusioni sono fondate su considerazioni estremamente analitiche, su una evidente logica intrinseca e confortate da ampi e continui riferimenti a letteratura scientifica. Esse non sono state in alcun modo scalfite nemmeno da ipotetici rilievi critici dei consulenti di parte, mai sollevati né nel corso delle operazioni peritali, né successivamente nel corso del giudizio.

Sulla base di quanto sopra, il giudice ritiene di dover pienamente condividere le conclusioni degli ausiliari e, quindi, concludere affermando che, nel caso in esame, vi è responsabilità in capo al medico che ha eseguito il ciclo di infiltrazioni.

Con riferimento ai profili di danno, nella C.T.U. è stato osservato quanto segue:

"Quanto alla valutazione del danno si deve utilizzare, oltre allo stato clinico attuale, la variazione del quadro strumentale del ginocchio destro, rilevando che si passa da "Segni di artrosi femoro tibiale e di sovraccarico del compartimento esterno con riduzione di ampiezza della corrispondente interlinea articolare. Grossolana stria di segnale elevato, di meniscosi a carico del corpo e del corno anteriore del menisco laterale. Fibrocartilagine meniscale interna regolare per morfologia e segnale. Assenza di lesioni a carico dei legamenti crociati e collaterali. ……. di artrosi e di sovraccarico femoro rotuleo con riduzione di ampiezza della corrispondente interlinea articolare ed usura del rivestimento cartilagineo rotuleo", vedi RM del 14/6/2018, a "...

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

disomogeneità di segnale per fenomeni edemigeni interstiziali dei ventri muscolari del vasto mediale, vasto laterale e vasto intermedio; assenza di alterazioni del segnale osseo da riferire a processi osteomielitici in atto... avanzate alterazioni meniscosiche di entrambi le fibrocartilagini... condropatia tricompartimentale di alto grado……..grossolana area di edema osseo subcondrale, da sofferenza ischemica, a carico del versante anteriore del condilo femorale interno….", vedi RM del 25/9/2019 e a "…..accumulo del tracciante da riferire ad alterato metabolismo glicidico in corrispondenza dei capi articolari del ginocchio destro più evidente in regione retropatellare ed intercondiloideo, con SUV massima 4.3", vedi PET-TC total body del 9/10/2019 .

Trattasi quindi di un discreto peggioramento della degenerazione articolare (cartilagine, osso subcondrale, menischi) e della muscolatura periarticolare, senza segni di osteomielite, ma con persistenti segni di infezione cronica subclinica.

Il quadro clinico attuale, con limitazione della flessione a 105° e della estensione a 175°, secondo quanto espresso dalle Linee Guida SIMLA a pag. 365 (Limitazione del movimento di estensione con arresto tra 175° e 160° e flessione completa 4-10%) va valutato nella misura del 6%, cui va aggiunto un 3% relativo al quadro artrosico ed un ulteriore 2%, relativo alla condizione di infezione cronica, sub-clinica, configura un danno biologico complessivo dell'11%, cui va sottratto un 5% relativo alla condizione di partenza, tra presumibile stato clinico e iniziale quadro artrosico, per un danno iatrogeno differenziale del 6%, da inquadrarsi nel range tra il 5 e l'11%.

Quanto al danno temporaneo, considerato che l'invalidità temporanea totale, come dalle medesime Linee Guid Pt_2 dove a pag. 39 si legge che la invalidità temporanea totale "dovrà essere riconosciuta per tutta la durata dei ricoveri ospedalieri, in caso di immobilizzazione di importanti distretti corporei che limitino sensibilmente la capacità di far fronte alle esigenze personali del vivere quotidiano e nei casi di malattia coinvolgenti l'intero organismo, con necessità di terapia che alterino notevolmente la cenestesi", si dovranno riconoscere 6 giorni di ITT relativi al ricovero presso [redacted]

Si riconosceranno inoltre 60 giorni di invalidità al 75%, per la fase di divieto di carico, 60 giorni al 50%, per la fase di carico con due appoggi, e 210 giorni al 25%".

Per la liquidazione del danno differenziale iatrogeno deve farsi ricorso anche nella presente vicenda ai parametri per la liquidazione delle cd. lesioni micropermanenti previsto all'art. 139 del D.Lvo 206 del 2005, applicabile alle vicende di responsabilità medica in seguito all'entrata in vigore dell'art. 3, comma 3, del decreto-legge 13 settembre 2012 n. 138, convertito, con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012 n. 189 (cd. legge Balduzzi) che ha disposto l'applicazione, nelle controversie concernenti la responsabilità contrattuale od extracontrattuale per esercizio della professione sanitaria, del criterio di liquidazione equitativa del danno non

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

patrimoniale secondo le Tabelle elaborate in base agli artt. 138 e 139 del Codice Assicurazioni; parametri di liquidazione del danno non patrimoniale peraltro confermati anche dalla successiva legge 8.3.2017 n. 24 (cd. Gelli Bianco).

Pertanto, tenuto conto della gravità delle lesioni, della durata dell'invalidità temporanea, dell'età della persona (anni 58 alla stabilizzazione dei postumi: cfr. Cass. civ. 3121/2017 in ordine alla decorrenza del danno biologico di natura permanente soltanto dalla cessazione di quello temporaneo) e dell'entità dei postumi permanenti, avuto riguardo alle conclusioni della C.T.U., il danno subito dall'attrice può essere così equitativamente liquidato:

- gg. 6 di ITT → € 331,44
- gg. 60 di ITP al 75% → € 2.485,80
- gg. 60 di ITP al 50% → € 1.657,20
- gg. 210 di ITP al 25% → € 2.900,10
- danno biologico permanente al 6% → € 7.343,47

Pertanto, va stimato in € 7.374,54 il ristoro per il danno da invalidità temporanea ed in € 7.343,47 quello per il danno da invalidità permanente, per un totale di € 14.718,01.

Con riferimento al danno morale, la giurisprudenza ha chiarito che *"in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, il danno morale consiste in uno stato d'animo di sofferenza interiore del tutto prescindente dalle vicende dinamico relazionali della vita del danneggiato (che pure può influenzare) ed è insuscettibile di accertamento medico-legale, sicché, ove dedotto e provato, deve formare oggetto di separata valutazione ed autonoma liquidazione rispetto al danno biologico"* (cfr. *ex multis* Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 9006 del 21/03/2022). Nel caso di specie, gli esiti dell'istruttoria orale, pur avendo dato prova di un generale peggioramento delle abitudini di vita dell'attore, non hanno consentito di accertare una *"sofferenza psico-fisica di particolare intensità"*, ragione per cui tale voce di danno non può essere risarcita.

Da ultimo, va esaminato il danno da lesione del consenso informato, in merito al quale va osservato quanto segue.

Come chiarito più volte dalla giurisprudenza della Cassazione, *"la manifestazione del consenso del paziente alla prestazione sanitaria, costituisce esercizio di un autonomo diritto soggettivo all'autodeterminazione proprio della persona fisica"*, diverso e distinto dal diritto alla salute inteso quale diritto del soggetto alla propria integrità psicofisica (cfr. Cass. sent. n. 28985/19). Ogni individuo ha il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; tali informazioni devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32 Cost., comma 2.

Da tale diritto del paziente consegue l'obbligo del medico *"di fornire informazioni dettagliate, in quanto adempimento strettamente strumentale a rendere consapevole il paziente della natura dell'intervento medico e/o chirurgico, della sua portata ed estensione, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative"* (Cass. sent. cit.; ma si veda anche Cass. n. 16892 del 25/6/2019; Cass. n. 19199 del 19/7/2018; Cass. n. 17022 del 28/6/2018).

Tanto osservato in ordine alla natura autonoma del diritto ad un'informazione dettagliata sul trattamento medico e passando al presupposto del danno in caso di lesione di tale diritto, ha osservato la Corte di Cassazione che, ai fini della configurazione della lesione, è necessario un giudizio controfattuale su quale sarebbe stata la scelta del paziente ove fosse stato correttamente informato, atteso che, se avesse prestato senza riserve il consenso a quel tipo di intervento, la conseguenza dannosa si sarebbe dovuta imputare esclusivamente alla lesione del diritto alla salute determinata dalla successiva errata esecuzione della prestazione professionale, mentre, se egli avesse negato il consenso, il danno biologico scaturente dalla inesatta esecuzione della prestazione sanitaria sarebbe riferibile ab origine alla violazione dell'obbligo informativo e concorrerebbe, unitamente all'errore relativo alla prestazione sanitaria, alla sequenza causale produttiva della lesione della salute quale danno conseguenza (Cass. sent. n. 28985 dell'11/11/2019).

Sulla base di quanto osservato, colui che intenda domandare il risarcimento del danno per lesione del diritto al consenso informato deve non soltanto dimostrare che l'informazione è stata carente, ma deve altresì dimostrare (al riguardo la prova può essere fornita con ogni mezzo, ivi compreso il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, non essendo configurabile un danno risarcibile *in re ipsa*; Cass. n. 28985 dell'11/11/2019; Cass. n. 20885 del 22/8/2018; Cass. n. 2369 del 31/1/2018) che, qualora l'informazione fosse stata completa, il paziente avrebbe negato il consenso al trattamento sanitario.

Sulla base di quanto appena osservato in punto di diritto e tornando all'esame del caso concreto, si deve concludere nel senso che non si può riconoscere tale voce di danno, con il conseguente risarcimento. Infatti, dalla documentazione agli atti è certamente emerso che l'informazione è stata del tutto carente; invero, non vi è prova che l'attore abbia sottoscritto il modulo per la raccolta del consenso informato previsto dalla Linee Guida in caso di terapia infiltrativa. Tuttavia, il *Pt_1* non ha dimostrato ma neanche hanno allegato alcunché in ordine all'elemento per cui, in caso di una informazione completa, il consenso sarebbe stato negato.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

Sulla base delle considerazioni svolte sopra la domanda di risarcimento del danno da lesione della libertà di autodeterminazione va rigettata.

In conclusione, in applicazione dei parametri normativi sopra menzionati, lo scrivente ritiene di quantificare il risarcimento dovuto per il danno non patrimoniale nella somma di € 14.718,01.

Tale risarcimento va posto a carico sia della *Controparte_1* che del dott. *CP_2*, sanitario che ha materialmente eseguito i trattamenti che hanno causato l'infezione.

Tale somma è liquidata all'attualità. Quindi, su tutte le somme liquidate a titolo di risarcimento del danno deve essere riconosciuto anche il cd. lucro cessante e cioè il risarcimento del danno derivante dalla mancata tempestiva disponibilità della somma che, ove tempestivamente posseduta, avrebbe determinato un lucro finanziario.

In conformità al combinato disposto degli artt. 2056,1223,1226 e 1227 c.c., il danno da ritardo in materia di responsabilità da fatto illecito non è presunto *ex lege* (non essendo applicabile, come precisato dalla Suprema Corte nella citata sentenza, l'art. 1224 comma 1 c.c.), ma deve essere allegato e provato facendo ricorso anche e soltanto a presunzioni semplici ed al criterio equitativo di cui all'art. 2056 comma 2 c.c. Quindi, non avendo fornito parte attrice alcun elemento di prova in ordine ai possibili impieghi delle somme dovute, il cd. lucro cessante dovrà pertanto essere equitativamente calcolato ex art. 2056 c.c., secondo l'orientamento della Suprema Corte (Cass. Sez. Un. 17.2.1995 n.1712 sul calcolo di interessi per debiti di valore), applicando, ad una base di calcolo costituita dall'attuale credito come sopra determinato, devalutato all'epoca del fatto (ottobre 2018), e rivalutato anno per anno secondo gli indici Istat, un saggio di interesse corrispondente al rendimento medio degli interessi sui titoli di Stato (Bot, CCT) nel periodo di riferimento.

Sul complessivo ammontare del credito risarcitorio così come determinato decorrono interessi in misura legale dalla pubblicazione della sentenza al saldo.

Nessuna spesa sostenuta dall'attore in ragione della patologia contratta è stata documentata, di talché alcun danno di natura patrimoniale appare meritevole di ristoro.

corrisposto dall'attore non può essere accolta.

E' infine inammissibile in quanto tardivamente proposta la domanda relativa al rimborso delle spese sostenute dall'attore per la C.T.P., peraltro supportata da documentazione (fattura) prodotta solo in allegato alla comparsa conclusionale.

Le spese di lite sono liquidate, come da dispositivo, in virtù del D.M. Giustizia 55/2014, aggiornato al D.M. n. 147 del 13.08.2022 in relazione al valore della controversia determinato in base al *decisum* - rientrante quindi nello scaglione da € 5.200,01 a € 26.000,00 -, tenendo conto degli esborsi sostenuti per l'esperimento della mediazione obbligatoria e dell'attività

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651

concretamente esercitata dai difensori costituiti per la parte attrice (estrinsecatasi nelle fasi di studio, introduttiva, istruttoria e decisoria, di cui al richiamato D.M.).

Le spese di C.T.U. vanno infine definitivamente poste a carico delle parti convenute in solido.

P.Q.M.

IL TRIBUNALE DI NAPOLI NORD, in composizione monocratica, definitivamente pronunziando nella controversia civile promossa come in epigrafe, disattesa ogni altra istanza ed eccezione, così provvede:

- condanna in solido la *Controparte_1* in persona del legale rappresentante p.t., e *CP_2* al pagamento, in favore di *Parte_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, della somma di € 14.718,01, oltre rivalutazione ed interessi come in parte motiva;
- condanna in solido la *Controparte_1* in persona del legale rappresentante p.t., e *CP_2* al pagamento, in favore di *Parte_1* delle spese di lite, che si liquidano in € 550,00, per esborsi ed € 5.800,00, oltre rimborso spese generali, nella misura del 15% sui compensi, I.V.A. e C.P.A., se dovute, come per legge, con attribuzione all'avv. [redacted] dichiaratosi antistatario;
- pone definitivamente a carico della *Controparte_1* in persona del legale rappresentante p.t., e di *CP_2* le spese di C.T.U., separatamente liquidate.

Così deciso in Aversa in data 17.1.2025

IL GIUDICE
dott. Alfredo Maffei

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-651