TRIBUNALE DI PISA

Sezione Civile

Il giudice, dott.ssa Teresa Guerrieri, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 23 settembre 2022, ha emesso la seguente

ORDINANZA

nel procedimento ex art. 702 bis c.p.c., iscritto al n. 3516 del RGAC dell'anno 2021, avente ad oggetto domanda di risarcimento danni, vertente tra *Parte_1* rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] e *Controparte_1* *[...]*, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante esa dagli Avv.ti [redacted] e [redacted]

letti gli atti ed esaminati i documenti di causa;

RILEVATO

Con ricorso depositato in data 20.09.21, *Parte_1* chiedeva all'adito Tribunale di accertare e dichiarare la respo *Controparte_1* *[...]* per l'infezione nosocom come verificato nel procedimento di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 *bis* c.p.c., proposto ai sensi dell'art. 8, comma 1, legge Gelli – *Per_1*, con conseguente condanna della resistente al risarcimento dei danni subiti, det i nella misura di € 62.581,00 per danno biologico, € 10.000,00 per danno morale, € 4.963,23 per spese mediche, o comunque nella misura ritenuta di giustizia, liquidate anche in virtù del disposto dell'art. 2057 c.c. e/o in via equitativa ex art. 1226 c.c., oltre interessi legali.

Chiedeva, altresì, la condanna della resistente al pagamento di spese e competenze legali della fase stragiudiziale e del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. nonchè dell'odierno giudizio, oltre alla refusione delle spese, pari ad € 1.830,00, per la consulenza tecnica di parte e delle somme anticipate per la consulenza tecnica preventiva nel giudizio ex art. 696 bis, pari ad € 3.050,00, con addebito delle spese definitive a carico dell' *[...]* *CP_1*

A fondamento del ricorso deduceva che:

a) in data 02.09.2015, a causa di una caduta accidentale, era ricorsa al Pronto Soccorso *CP_2* in regime di urgenza, ove le era stata diagnosticata una "*lussazione ca con fratture trimalleolari scomposte*";
b) il 4 settembre successivo era stata sottoposta ad intervento chirurgico di "*riduzione cruenta e sintesi di frattura di tibia e fibula*" e dimessa il giorno dopo con referto di *"frattura bimalleolare chiusa*";
c) nei giorni seguenti aveva manifestato segni di flogosi e sofferenza cutanea che si erano mostrati resistenti alla terapia antibiotica somministrata; anche gli esami clinici compiuti inducevano a confermare un'infezione in atto;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-332

d) a fronte dell'aggravarsi del quadro clinico, dal 15.12.15 veniva nuovamente ricoverata presso l' *Controparte_3* con diagnosi di "*infez* ad intervento chirurgico di "*rimozione di mezzi di sintesi caviglia destra*";
e) gli esiti degli esami conseguenti al prelievo di frustoli di tessuto e materiale sieroso, compiuti durante l'intervento chirurgico, avevano manifestato la presenza di un microrganismo "*Enterobacter cloacae*";
f) nonostante la somministrazione di nuova terapia antibiotica, in data 25.02.16 si riscontrava "*un marcato e diffuso aumento di captazione, stabile nel tempo che interessa l'articolazione tibio-tarsica dx più evidente sul versante mediale"* nel quadro di un *"processo flogistico asettico*";
g) malgrado ciò, veniva sottoposta ad ulteriori interventi chirurgici in data 16.03.16, 7.07.16, 6.06.16 e ancora nel febbraio 2017;
h) anche dagli esami eseguiti in data 23.06.2017 e 30.06.2017 presso la *CP_3* *Controparte_3* emergeva una *"modesta secrezione sierosa….la ferita ch ola area di deiscenza"*;
i) solo in data 21.08.2017, dopo un lungo travaglio fisico e psicologico, si certificava un *"miglioramento, in assenza di gemizio e segni di flogosi locali",* cui facevano seguito numerose altre visite ed accessi in ospedale in conseguenza dei postumi permanenti riportati;
j) risultava, quindi, evidente che la vicenda clinica della ricorrente fosse stata condizionata dall'insorgenza di un'infezione nosocomiale da porre in relazione causale diretta ed esclusiva con l'intervento chirurgico del 4.09.2015 e che ricorressero chiari profili di responsabilità a carico della struttura sanitaria per non aver garantito la necessaria asepsi degli ambienti, degli operatori e degli strumenti sanitari;
k) attualmente la stessa presenta un quadro di "*anchilosi della tibio-tarsica con blocco della sottoastragalica*", oltre al disagio estetico e psicologico, come certificato nella relazione dei consulenti di parte all'esito della visita del 29.09.17;
l) pertanto, con p.e.c. dell'8.02.2018 aveva denunciato il sinistro all' *[...]* *Controparte_4* , la quale, dopo aver sottoposto la ricorrente a visita unicava con nota del 31.01.2020 di aver respinto la richiesta di risarcimento avendo la struttura sanitaria osservato tutti i protocolli per la prevenzione delle infezioni ivi comprese le procedure di sterilità perioperatoria;
m) l'odierna ricorrente si era, perciò, determinata a promuovere ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 *bis* c.p.c. dinanzi al Tribunale di Pisa;
n) nel corso del giudizio, rubricato al n. 4085/20 R.G., i consulenti medico-legali nominati dal giudice avevano inviato alle parti una bozza della relazione su cui fondavano una proposta conciliativa, che aveva trovato l'adesione della ricorrente, essendo condivisa anche dal proprio consulente di parte, mentre era stata rifiutata dall' *Controparte_1*
o) pert 021, all'esito del giudizio di A.T.P., i consulenti d'ufficio avevano depositato la relazione definitiva, nella quale veniva accertata la responsabilità dell' *Controparte_5* per l'insorgenza della grave infezione nosocomiale da cui i permanenti alla persona della ricorrente;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

p) alla luce, quindi, delle conclusioni rassegnate dal Collegio Peritale in sede di A.T.P., quest'ultima avrebbe diritto al risarcimento del danno permanente nella misura dell'8%, quale danno differenziale tra il danno prevedibilmente conseguente alla tipologia di lesione riportata (10%) e quella attualmente rilevata (18%), nonché della inabilità temporanea di *"270 giorni, che devono essere ripartiti in 60 giorni di inabilità temporanea assoluta, 60 giorni di inabilità temporanea parziale al 75% della totale, 90 giorni di inabilità temporanea parziale al 50% della totale e 60 giorni di inabilità temporanea parziale al 25% della totale"*, oltre al danno morale per le sofferenze patite nel corso del lungo iter chirurgico.

Con memoria depositata in data 29.11.2021 si è costituita in giudizio l' *[...]* *Controparte_4* , in persona del Direttor , la quale si è opposta all'accoglimento della domanda.

La causa è stata istruita mediante produzione documentale e assunzione di prova testimoniale.

All'udienza del 23.09.2022, le parti hanno insistito nelle rispettive conclusioni e il Giudice ha riservato la decisione.

RITENUTO

La domanda è fondata e merita accoglimento.

Come è noto, la legge n. 24 del 2017(c.d. Legge Gelli-Bianco), nell'attuare una significativa riforma in materia di responsabilità medico-legale, ha affermato la natura contrattuale, già ampiamente riconosciuta dalla giurisprudenza, della responsabilità della struttura sanitaria anche nei casi di infezioni nosocomiali, così ponendo l'accento sul cd. "r*ischio clinico*" e sulla necessità di arginarlo mediante l'adozione di specifiche procedure che dovrebbero prevedere e prevenire l'insorgenza delle infezioni.

Pertanto, in base ai principi generali che regolano la responsabilità contrattuale, la giurisprudenza è conforme nell'affermare che: "*Nell'ipotesi di infezione contratta in ambito ospedaliero, cd. infezione nosocomiale – graverà sul soggetto danneggiato, oltre alla prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della patologia ovvero dell'insorgenza di nuove patologie, anche la prova del nesso causale tra il pregiudizio lamentato e l'infezione, secondo un criterio di "probabilità logica", mentre graverà sulla struttura sanitaria – una volta accertata la sussistenza di tale nesso causale – l'onere di dimostrare di avere diligentemente operato, sia sotto il profilo dell'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 di patologie infettive a carattere batterico, sia sotto il profilo del trattamento terapeutico prescritto e somministrato al paziente dal personale medico, successivamente alla contrazione dell'infezione. Il mancato raggiungimento della prova in ordine agli enunciati profili da parte della struttura sanitaria, ne comporta la responsabilità diretta nella causazione dell'infezione per non aver messo a disposizione del paziente le attrezzature idonee ad evitare l'insorgenza della complicanza infettiva*" (Tribunale Agrigento, 02/03/2016, n. 370).

Ciò posto, nel caso di specie, risulta allegato e provato che l'infezione si è manifestata in data 18.09.2015, dopo due settimane dall'intervento chirurgico, allorquando i sanitari che sottoposero a visita la *Parte_1* certificarono la presenza di "*zone di sofferenza cutanea*" e le prescrissero la tera tica. Successivamente, gli esami compiuti durante l'intervento chirurgico avevano permesso di individuare un'infezione da "*Enterobacter*

Osservatorio ICA Italia

cloacae". La persistenza dell'infezione indusse, poi, i sanitari dell' *Controparte_3* *[...]* a procedere in data 15.12.15 alla rimozione dei mezzi di sintesi.

al nesso di causalità tra comportamento erroneo e contrazione delle infezioni ospedaliere, come anche sancito dalla Cassazione a Sezioni Unite con la sentenza n. 576/2008, il principio non è quello di individuare la causa o la modalità specifica che con certezza abbia originato l'infezione, ma quello di ricorrere alla prova presuntiva e al criterio del "*più probabile che non*".

Applicando il citato principio, dimostrato il ricovero presso l' *Controparte_1* la cronologia degli eventi, la tipologia dell'agente patogeno, il pr ve affermare la sussistenza nel caso di specie del nesso causale, in base al criterio del "*più probabile che non*", tra l'evento e l'operato della struttura sanitaria.

I fatti allegati e documentati dalla ricorrente, anche attraverso perizia medico-legale di parte, sono stati confermati dalla relazione dei consulenti tecnici d'ufficio redatta nell'ambito del giudizio n. 4085/20 R.G. del Tribunale di Pisa, introdotto ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c.. Premesso che parte resistente non ha richiesto nel presente giudizio che venisse espletata una nuova consulenza tecnica d'ufficio, limitandosi a contestare quella già espletata, ritiene questo giudice che la relazione medico-legale in atti sia coerente, esente da vizi logici e possa essere, perciò, condivisa e fatta propria ai fini della decisione.

All'esito degli accertamenti medico-legali i C.T.U. hanno concluso per "*l'incontestabile natura nosocomiale della grave infezione di cui è stata vittima la signora* *Parte_1* *in seguito al ricovero presso la* *CP_6* *e all'intervento ivi subito a causa del grave traum inferiore dx. Infatti, sia il criterio cronologico che la tipologia dello stipite batterico isolato, Enterobacter cloacae (….) depongono per la stretta correlazione del processo infettivo con l'assistenza sanitaria fornita alla paziente*". Dopo aver premesso che si tratta di un battere appartenente al medesimo gruppo cui sono dovute la maggior parte delle infezioni ospedaliere e che in ambito ortopedico l'infezione da *Enterobacter* è frequentemente associata alla presenza di mezzi di sintesi, nell'elaborato peritale si legge testualmente: "Il *battere può contaminare i più vari dispositivi presenti in ambito ospedaliero, e varie epidemie nosocomiali sono state correlate alla contaminazione di soluzioni usate per la somministrazione endovenosa (quali le soluzioni eparinate) o di presidi o attrezzature dell'ambiente operatorio*". Ne consegue, secondo i consulenti, che l'identificazione del battere responsabile dell'infezione abbia permesso di istituire una terapia antibiotica mirata, che "*in concomitanza con la rimozione dei mezzi di sintesi, ha determinato la risoluzione del processo settico, come documentato dalla progressiva normalizzazione degli indici di flogosi e dal referto della scintigrafia del 25/02/16*".

Dopo aver evidenziato la difficoltà di stabilire il momento e la circostanza precisi nei quali possa essere avvenuta la contaminazione batterica, tenuto conto che "*l'atto chirurgico è quello gravato dal maggior rischio*", i C.T.U. ne hanno tratto l'assunto secondo cui, nel caso della ricorrente, la contaminazione batterica sarebbe avvenuta con ogni probabilità in occasione dell'intervento chirurgico del 4.09.2015, pur non escludendo che possa essere dovuta, ancor prima alla procedura di trazione transcalcaneare messa in atto in condizioni d'urgenza all'accesso al Pronto Soccorso, in un ambiente che presenta condizioni di asepsi e di igiene ambientale inferiori rispetto al comparto operatorio, o in occasione delle medicazioni della ferita chirurgica.

A fronte della dimostrazione dell'inesatto adempimento della prestazione dell' *[...]* *Controparte_3* era onere di quest'ultima provare l'inesistenza del nesso ca

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

l'infezione ed il ricovero dimostrando di aver operato correttamente e diligentemente o che era intervenuto un fattore esterno imprevedibile ed inevitabile che aveva reso impossibile l'adempimento secondo quanto prescritto dall'art. 1218 c.c.. Tale prova non può dirsi raggiunta. La semplice produzione, da parte della struttura sanitaria, dei protocolli ospedalieri e delle procedure adottate per la prevenzione delle infezioni e la prova testimoniale espletata devono ritenersi insufficienti ed inidonee ad inficiare le risultanze dell'elaborato peritale. Sul punto, in risposta alle osservazioni del C.T. di parte resistente, i consulenti d'ufficio hanno premesso che: "*le attività "ineludibilmente connesse alla profilassi antimicrobica", quali appunto il lavaggio delle mani, il corretto uso e cambio dei guanti, la disinfezione della cute con idonei preparati costituiscono un cardine fondamentale della prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, il cui impatto clinico ed epidemiologico non è di minore importanza rispetto alla corretta somministrazione al paziente della profilassi antibiotica perioperatoria", e pertanto non sono da ritenersi "implicitamente eseguite", ma la loro messa in atto dovrebbe essere precisamente documentata e provata*", per poi concludere che: "*nel caso di specie la documentazione in atti non permette di stabilire se le predette attività di asepsi e disinfezione siano state effettivamente eseguite prima delle procedure invasive (trazione transcalcaneare e intervento ortopedico) cui la signora* Parte_1 *è stata sottoposta. Infatti, i relativi passaggi non risultano riportati compiutamente nelle elative all'accesso a PS e al ricovero presso il reparto di Ortopedia*". Aggiungono che dalla documentazione esaminata risultano correttamente attuate le procedure relative alla somministrazione dell'antibiotico-profilassi e dell'utilizzo di materiale strumentario sicuramente sterile per cui: "*Per quanto sopra esposto, pur dichiarando liberi da responsabilità professionale gli operatori sanitari, stante la loro osservazione delle Linee guida nel corso delle procedure terapeutiche riservate alla paziente, dobbiamo al contrario riconoscere che nel caso di specie, con alta probabilità giuridica (più probabile che non) le procedure di igienizzazione ambientale non furono sufficienti a intercettare l'agente batterico responsabile in questo caso di una infezione che deve essere inquadrata a pieno titolo come infezione nosocomiale*".

Sotto il profilo della quantificazione del danno, i C.T.U. hanno accertato che, in conseguenza dell'infezione patita, la *Parte_1* presenta un quadro patologico aggravato rispetto a quello che attendibilment risultato all'esito della complessa lesione traumatica subita e hanno determinato il danno biologico permanente risarcibile nella misura dell'8%, quale danno differenziale tra il danno che sarebbe residuato in assenza dell'evento avverso (10%) e gli esiti attualmente costituiti dall'artrodesi tibio-tarsica associata al blocco della sottoastragalica (18%). Deve essere riconosciuta, inoltre, l'inabilità temporanea quantificata in complessivi 270 giorni, che devono essere ripartiti in 60 giorni di inabilità temporanea assoluta, 60 giorni di inabilita temporanea parziale al 75% della totale, 90 giorni di inabilità temporanea parziale al 50% della totale e 60 giorni di inabilità temporanea parziale al 25% della totale, oltre alla maggiorazione per il danno morale in ragione delle sofferenze patologiche patite.

Pertanto, trattandosi di danno biologico di lieve entità, lo stesso dovrà essere liquidato ai sensi dell'art. 139 del codice delle assicurazioni private secondo quanto disposto dall'art. 7 comma 4 della legge 24/2017 e con riferimento al D.M. 8 giugno 2022, che contiene l'aggiornamento dei relativi importi. In applicazione della normativa citata, alla ricorrente, che al momento del sinistro (assumendo come riferimento la data del 4 settembre 2015) aveva 59 anni, dovrà essere riconosciuto a titolo di danno biologico permanente l'importo di € 11.047,38 ed a titolo di danno biologico temporaneo

Osservatorio ICA Italia

complessivo la somma di € 8.380,35, cui deve aggiungersi la somma di € 4.856,93 a titolo di danno morale e di € 4963,23 per le spese mediche sostenute e ritenute congrue dai C.T.U. e, così, complessivamente la somma di € 29247,89. Sulla predetta somma già calcolata all'attualità, devalutata al dì del sinistro (4.09.2015) e rivalutata anno per anno in base all'indice Istat fino alla presente pronuncia, devono essere corrisposti gli interessi compensativi al tasso legale, oltre agli interessi legali dalla pubblicazione della sentenza al soddisfo.

Devono porsi a carico della resistente anche le spese della consulenza tecnica preventiva nonchè quelle della consulenza tecnica di parte risultanti dalla notula in atti, pari ad € 1.830,00, sottoscritta dal professionista che l'ha redatta e, quindi, ad esso riconducibile in mancanza di specifica contestazione (in tal senso Cass., ord. n. 27624 del 3 dicembre 2020). Sul punto, non può ritenersi decisiva la circostanza che il pagamento non sia ancora avvenuto atteso che la Suprema Corte, in merito alla liquidazione del danno, ha già avuto modo di affermare che: "*la locuzione "perdita subita", con la quale l'art. 1223 c.c. individua il danno emergente, non può essere considerata indicativa dei soli esborsi monetari o di diminuzioni patrimoniali già materialmente intervenuti ma include anche l'obbligazione di effettuare l'esborso, in quanto il vinculum iuris, nel quale l'obbligazione stessa si sostanzia, costituisce già una posta passiva del patrimonio del danneggiato, consistente nell'insieme dei rapporti giuridici, con diretta rilevanza economica, di cui una persona è titolare*" (cfr. Cass., 10/11/2010, n. 22826, e, conformemente, Cass., 10/3/2016, n. 4718).

Non sono, viceversa, dovute le spese della fase stragiudiziale, poiché parte ricorrente non ha fornito alcuna dimostrazione di esborsi affrontati per tale fase e ha allegato e documentato solo l'attività pregiudiziale e strettamente connessa all'instaurando giudizio. Sul punto, basti ribadire il consolidato principio secondo cui le spese stragiudiziali non sono spese giudiziali, ma danno emergente (cfr. Cass. Civ. Sez. Unite n. 16990 del 10 luglio 2017).

Le spese di lite seguono la soccombenza, incluse quelle del giudizio di ATP (Cass. Civ. sentenza n. 1690/2000), e vengono liquidate come in dispositivo ai sensi del D.M. n. 55/2014, come modificato dal D.M. n. 147/22.

P.Q.M.

Il Tribunale di Pisa, sul ricorso di cui in epigrafe, proposto da *Parte_1* *[...]* nei confronti di *Controparte_4* *[...]* in persona del Direttor e:

1) **accoglie** la domanda e, per l'effetto, dichiara la responsabilità dell' *[...]* *Controparte_4* per l'infezione

2) **condanna** l' *Controparte_4*, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante *pro tempore,* al risarcimento, in favore di *Parte_1* dei danni subiti che liquida in complessivi € 29247,89, oltr e disposto in parte motiva;
3) **condanna** l' *Controparte_4*, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante *pro tempore,* alla rifusione delle spese del giudizio di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 *bis* c.p.c. n. 4085/20 R.G. del Tribunale di Pisa che liquida in € 2910 per compenso

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

professionale ed € 1830 per spese , oltre al rimborso delle spese forfettarie al 15%, IVA e CPA come per legge;

4) **condanna** l' *Controparte_4* , in persona del ione delle spese del presente giudizio che liquida in complessivi € 5810,00 per compenso professionale, oltre al rimborso delle spese forfettarie al 15%, IVA e CPA come per legge;
5) pone definitivamente a carico dell' *Controparte_1* *[...]* le spese della C liquidate con separato decreto.

Così deciso in Pisa, 20 novembre 2022

IL GIUDICE
dott.ssa *Teresa Guerrieri*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it