REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI RAVENNA

SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Piervittorio Farinella

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. **613/2019** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. , elettivamente [redacted] il difensore avv. [redacted]

ATTORE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (*C.F._2*) [redacted] - *Parte_2* (*C.F._3*) C/O AVV. [redacted], elettivamente [redacted] il difensore avv. [redacted]

CONVENUTO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come in atti.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* esponeva quanto segue.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

A seguito di alcuni approfondimenti strumentali a carico della spalla per l'insorgenza di un deficit funzionale, in data 16.02.2017 egli veniva ricoverato presso il reparto di Ortopedia e *Org_1* del *Controparte_1* di [redacted] (RA) e sottoposto il giorno stesso ad intervento chirurgico ortopedico di "reinserzione del sovraspinoso e acromioplastica in artroscopia della spalla destra".
Veniva quindi dimesso il 18.02.17, con prescrizione di "Riposo con braccio al collo e tutore per 25-30 giorni. Mobilizzazione passiva di gomito e polso. *CP_2* locale. Rimozione punti di sutura tra 10-12 giorni presso il medico curante. Si consiglia periodo di riposo di 30 (trenta) giorni" e successiva visita specialistica entro 25-30 giorni
Il 14.03.2017, *Pt_1* si sottoponeva a visita medica presso il Dott. *Persona_1* di [redacted] (FC), specialista in ortopedia, terapia fisica e riabilitazione, il quale, atteso il dolore manifestato dal paziente, disponeva il rinvio di una settimana del trattamento rieducativo, prescrivendo una cura di crioterapia e *Org_2* .
Il giorno successivo il paziente si rivolgeva al Dott. *Pt_3* di [redacted] (TV), il quale gli prescriveva dei miorilassanti.
In data 18.3.2017, constatata l'insorgenza di febbre elevata, *Pt_1* si rivolgeva al Pronto Soccorso dell' *Org_3* di [redacted] ove veniva ricoverato per "sospetta infezione spalla destra in recente acromioplastica".
Nei giorni successivi veniva sottoposto a lavaggi articolari e il successivo 10.04.17 veniva dimesso.
Era tuttavia nuovamente ricoverato il 15.4. 2017, per un rialzo febbrile, quindi dimesso il successivo 18.04.17, con consiglio di rivolgersi alla struttura sanitaria in cui era stato sottoposto ad intervento di riparazione.
Pertanto, dal 20 al 22.04.17 egli veniva ricoverato presso il *Controparte_1* e qui sottoposto ad "asportazione mezzi di sintesi e toilette in artroscopia della spalla destra".
Dopo la dimissione egli eseguiva diversi cicli di fisioterapia riabilitativa; tuttavia continuava ad avvertire dolore e difficoltà nei movimenti della spalla destra, con impossibilità a muoverla come in precedenza.
Richiedeva pertanto lo svolgimento di una consulenza a uno specialista ortopedico di propria fiducia (Dott.ssa *Persona_2*).
Quest'ultimo, pur condividendo la scelta terapeutica e le modalità dell'espletamento dell'atto chirurgico, ha concluso per la sussistenza di una responsabilità dei sanitari della struttura sanitaria *Controparte_1* per infezione nosocomiale, e, più precisamente, del sito chirurgico, ritenendo che, per effetto di detta infezione, l'iter clinico del paziente si era prolungato rispetto alla normale decorrenza conseguente a un intervento di tale genere.
Determinava pertanto il danno biologico nonché l'inabilità lavorativa sofferti dal paziente per effetto della descritta attività medica colposa.

Seguivano le conclusioni più sopra indicate.

Si costituiva la convenuta, *Controparte_1* contestando integralmente la prospettazione di parte attrice.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

In particolare, evidenziava che l'intervento chirurgico cui *Pt_1* è stato sottoposto presso la struttura il 16.2.2017 venne correttamente eseguito e nel periodo immediatamente successivo non erano emerse complicanze di sorta.
Anche all'atto delle dimissioni la ferita chirurgica risultava in ordine, senza che emergessero all'osservazione fenomeni infettivi od infiammatori.
Nei giorni successivi il *Pt_1* si sottopose a visita presso il proprio medico di base che, a fronte di sintomatologia dolorosa, gli prescrisse un antibiotico (*Per_3*).
In occasione del nuovo ricovero presso *Controparte_1* in data 20/04/2017, *Pt_1* venne sottoposto ad intervento di "asportazione di mezzi di sintesi e toelette in artroscopia della spalla destra".
Dalla lettura del referto operatorio emerge che il chirurgo riscontrò uno stato infiammatorio e tessuto fibrotico in corrispondenza della sede dell'operazione. Si procedette pertanto ad asportazione del tessuto in questione, con shaving tendineo, esecuzione di lavaggi multipli, sutura degli accessi e medicazione. Durante l'operazione fu eseguito anche un esame colturale del liquido sinoviale, dal quale non emerse la presenza di germi patogeni.
Il secondo ricovero procedette senza complicazioni e il paziente venne dimesso il 22/04/2017.
Parte convenuta contesta quindi che vi sia dimostrazione di un rapporto causale tra l'infezione occorsa al paziente e il primo intervento chirurgico cui questi fu sottoposto presso *[...]* *Controparte_1* soprattutto in assenza di una precisa diagnosi e dell'isolamento del germe responsabile.
In ogni caso si osserva che *Controparte_1* ha garantito al paziente il massimo livello di protezione dal rischio d'infezioni, tramite la concreta attuazione delle prescrizioni normative in tema di igiene ambientale.
Si contestano inoltre le voci di danno e la quantificazione al proposito operata da parte attrice.

Parte convenuta chiedeva altresì la chiamata in causa del dott. *Persona_4* autore dell'intervento chirurgico del 16.02.2017.
Con ordinanza del 2.7.2019, il Giudice rigettava tale istanza, rilevando che il dott. *Per_4* non era un litisconsorte necessario e reputando inoltre detta chiamata contraria a esigenze di economia processuale.

Concessi alle parti i termini ex art. 183 c.p.c., il giudice disponeva c.t.u. medico legale, nominando al riguardo i dr. *Persona_5* (medico legale) e *Per_6* (specialista in malattie infettive).
Nel loro elaborato, i c.t.u. ripercorrevano l'iter clinico del *Pt_1* in relazione al quadro patologico emerso dalla RMN effettuata il 21.1.17: "fenomeni flogistico degenerativi a carico dei tendini della cuffia dei rotatori. Lacerazione completa del tendine del sovraspinato in sede preinserzionale con distensione dei recessi articolari della spalla e della borsa sub acromiale".
In particolare evidenziavano:

- [redacted] *Controparte_1* di [redacted] con diagnosi di: lesione sovraspinoso in conflitto sub acromiale spalla dx;
- Intervento chirurgico di reinserzione del sovraspinoso ed acromion plastica in artroscopia della spalla dx eseguito il 16.2.17;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

- decorso post operatorio regolare; paziente dimesso con indicazione a riposo con braccio al collo e tutore per 25-30 gg., consigliato periodo di riposo di gg. 30, ghiaccio, terapia antidolorifica;
- [redacted] *Per_1* il quale stabiliva di soprassedere per una settimana al trattamento rieducativo, a causa del dolore conseguente e prescriveva un trattamento con crioterapia tre volte al giorno e *Org_2* 1x2 cp al giorno;
- 18.3.17: il paziente si reca al pronto soccorso dell'ospedale di [redacted] (PD), ove era posta diagnosi di: sospetta infezione spalla dx in recente acromion plastica; nei dati anamnestici era indicato: "piressia, algie spalla dx. in pregresso intervento sovraspinato. Il 16.2 acromion plastica artroscopica, 10 gg. fa ha iniziato FKT con mobilizzazione passiva, al 4° giorno ha accusato gonfiore a livello del bicipite, dolore, da lunedì anche febbre a 38°, 5 gg. fa valutazione del fisiatra con riscontro di rottura del c.l.b. Ora dolore a livello dell'articolazione acromion claveare ….". Gli esami ematochimici mostravano la presenza di valori alterati per neutrofili 8.52 x10^3 /UL (VN 1.80-8.20), leucociti [redacted] *Pt_1* veniva quindi ricoverato presso la Div. ORT dello stesso ospedale fino al 10.4.17 con diagnosi di: sospetta infezione spalla dx. in recente intervento di acromion plastica e sutura cuffia eseguita presso altra sede;
- 14.4.17: *Pt_1* si recava a visita al PS OC [redacted] con diagnosi di: artrite spalla dx; nei dati anamnestici era indicato: "Pz. si presenta per riscontro di febbre da lunedì scorso con testa che esplode e dolore alla spalla dx. In terapia con *Org_4* (valutazione ortopedica in data 10.4) e possibile terapia con Teicoplanina ev presso il Centro. All'EO lievemente tumefatta la spalla dx;
- dal 15.4.17 al 18.4.17 il paziente veniva ricoverato presso la divisione ortopedica dell'OC [redacted] con diagnosi di: sospetta infezione post operatoria. Nel corso della degenza il Pz. si manteneva apiretico, era praticata la terapia farmacologica del caso. Alla dimissione miglioramento sia della sintomatologia algica che della mobilità di spalla. In data 15.4.17 i valori ematologici della proteina C reattiva erano di 4.36 mg/dl (VN 0.1). Alla dimissione del 18.4.17 il valore si era ridotto a 1,22 mg/dl. Il Pz. veniva dimesso con indicazione a terapia antibiotica per 7 gg;
- [redacted] *Organizzazione_5* *[...]* con diagnosi di: infezione della spalla dx. in esiti di intervento di reinserzione del sovraspinoso (eseguito in febbraio 17 presso la ns struttura)già sottoposto a lavaggio articolare in artroscopia il 21.3.17 c/o altra struttura; il 20.4.17 veniva eseguito intervento chirurgico di asportazione dei mezzi di sintesi e toelette in artroscopia della spalla dx; nella cartella clinica si annotava tra l'altro: "artroscopia spalla dx. Si invia per esame culturale il liquido sinoviale. Si evidenzia stato infiammatorio e tessuto fibrotico diffuso. Si reperta parziale riassorbimento nel tessuto tendineo nella cuffia dei rotatori anteriore"; Il referto microbiologico del tampone articolare mostrava assenza di flora batterica e miceti assenti;

  Le condizioni attuali del soggetto sono così descritte (p. 11 relazione):

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

"Esame obiettivo: *Arto superiore destro: atteggiato indifferentemente, normotermico. Ispettivamente apprezzabile lieve ipotrofia della regione sovra e sottospinosa. Braccio ed avambraccio eutonomiotrofici (+ 1 cm al terzo medio di braccio e terzo superiore di avambraccio). Spalla abbassata, solcata da multiple cicatrici da accesso artroscopico. Funzionalmente, attivamente, articolarità SO limitata per 2/3 in elevazione anteriore ed abduzione; passivamente, articolarità SO grossolanamente scrosciate, limitata per circa 20° in elevazione anteriore ed abduzione. Arco doloroso a circa 90°. Rotazioni limitate per circa 1/3, postergazione concessa per pochi gradi.*
Tutti i movimenti avvengono con l'impegno dell'articolazione scapolo toracica. Test contro resistenza positivi per lesione della CR. Al braccio si apprezza formazione a batacchio di campana del bicipite in esiti di tenotomia del CLB. Nulla più distalmente. Mano eutonomiotrofica. Chiusura a pugno della mano possibile e valida […]
Diagnosi medico legale: *sindrome algicodisfunzionale limitante della spalla dx secondaria a intervento chirurgico di riparazione di lesione degenerativa del sovraspinoso ipsilaterale complicato da infezione del sito chirurgico che ha reso necessario ulteriore trattamento artroscopico di asportazione tessuto fibrotico, shaving tendineo, asportazione di materiali protesici precedentemente infissi*".

[redacted] *CP_1* *[…]* del 16.2.2017 sino all'accesso al pronto soccorso dell'ospedale di [redacted] del 18.3.2017, i c.t.u. così si esprimono (p. 14): "*La profilassi antibiotica posizionata per l'intervento chirurgico del 16.2 con* *Org_6* *è corretta e condivisibile.*
La comparsa entro 30 giorno dall'intervento di sintomatologia clinica e di indici di flogosi alterati fanno porre diagnosi di infezione del sito chirurgico e il sospetto di infezione protesica (per materiale protesico si intendono: protesi articolari, innesti vascolari non umani, valvole cardiache, fili, viti, placche e reti che vengono lasciate permanentemente nel corpo umano) precoce (in quanto esordita entro le quattro settimane dall'intervento).
Al momento della dimissione del 18.2 è segnalato "Rimozione punti di sutura tra 10-12 giorni presso il Medico Curante" (quindi verso il 28.2-2.3). Nulla è riportato agli atti di quella visita, ma verosimilmente in quella data non vi erano ancora segni/sintomi di alcun tipo, il quanto dall'accesso al Pronto Soccorso del sabato 18.3 risulta che solo da sabato 11 marzo "ha accusato gonfiore a livello del bicipite, dolore" e dal lunedì 13 marzo "anche febbre a 38°".
Il fisiatra il martedì 14.3 riscontra una rottura sc del CBL e consiglia l'esecuzione degli indici di flogosi. Tali indici vengono eseguiti il sabato 18.3 ("articolazione acromio-claveare tumida, calda, dolente"), e mostrano una leucocitosi neutrofila con PCR 16.16, confermando così il sospetto di un quadro infettivo precoce in essere.
Le infezioni precoci si considerano normalmente acquisite durante l'intervento anche se, più a livello teorico che altro, non conoscendo il germe responsabile, non si può

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

escludere a priori, per quanto improbabile, il momento della rimozione dei punti del 28.2-2.3 da parte del Medico Curante".

Per quanto concerne i periodi 18.3.2017-10.4.2017 e 15.4.2017-18.4.2017 (ricoveri all'ospedale di [redacted] i c.t.u. osservano (p. 17): "*Il tampone del 18.3 è risultato negativo (posizionata Amoxacillina/acido clavulanico dal giorno precedente), per cui nulla possiamo dire relativamente al germe in causa (complicanza vs nosocomialità).*

I clinici decidono esclusivamente per un lavaggio e per il posizionamento di una terapia antibiotica empirica (prima Organizzazione_7 , poi Org_8 e Org_9): in realtà, essendo già trascorse più di quattro settimane dall'intervento del 16.2, si presuppone che in quel momento il biofilm fosse già ben strutturato, per cui era già indicato in quella data un approccio combinato medico-chirurgico, con rimozione dei mezzi di sintesi, come poi correttamente effettuato il 20.4".

E p. 18: *"Gli eventi dall'11.4 al 18.4 confermano il quadro infettivo in essere, e dimostrano come l'approccio conservativo con sola terapia antibiotica, per quanto in grado di migliorare la clinica e gli indici di flogosi, non potesse avere ragione del quadro infettivo, e che era necessario rimuovere i mezzi di sintesi, come poi effettuato il 20.4*".

[redacted] Controparte_1 (20.4.2017-22.4.2017) i c.t.u. osservano (p. 20):

"*Correttamente vengono rimossi i mezzi di sintesi. Anche in questo caso il colturale negativo (paziente in terapia antibiotica da un mese, non ci permette esprimerci relativamente al germe responsabile dell'infezione (complicanza vs nosocomialità)*".

Ciò posto, i c.t.u. hanno risposto nei seguenti termini ai quesiti posti dal giudice in merito alla ricostruzione della vicenda e alla presenza di eventuali profili di colpa dei sanitari che hanno operato presso Controparte_1

1) *Dalla disamina della documentazione medica versata in atti risulta che il P. ha sviluppato una infezione della spalla dx dopo intervento chirurgico artroscopico spalla dx eseguito c/o Controparte_1 [redacted] dettagliatamente descritto nelle pagine che precedono. Non è mai stato isolato il germe responsabile dell'infezione; tuttavia la cronologia di comparsa della sintomatologia clinica e dell'alterazione degli indici di flogosi consentono di formulare diagnosi di infezione precoce; le infezioni precoci come dettagliatamente più sopra esposto si considerano acquisite durante l'intervento; ciò posto si può affermare che vi è nesso di causalità materiale fra intervento chirurgico artroscopico del 16.2.17 e infezione della spalla dx secondo il criterio del più probabile che non.*

2) *Possiamo affermare che la profilassi antibiotica preoperatoria messa in atto è [redacted] Organizzazione_10 abbia posto in essere tutte le procedure e misure di prevenzione al fine di scongiurare o ridurre le infezioni nosocomiali; parte convenuta ha versato in atti attestati di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

sterilizzazione del materiale utilizzato nell'intervento (artroscopio, ferri chirurgici, fili, ecc.); ha versato inoltre in atti risultati di esami relativi a rilevamento delle portate di aria e di determinazione di contaminazione ambientale delle sale operatorie relativi ai mesi maggio 17, giugno 17, novembre 17, quindi relativi a periodi cronologicamente molto lontani dal febbraio 17 e per questo motivo non utili alla risposta al quesito. In ogni caso è comunque impossibile valutare altri fattori che potenzialmente possono essere causa di infezione, quali l'adeguatezza della preparazione del campo operatorio e il monitoraggio del traffico, dell'abbigliamento e del comportamento del personale in sala operatoria. L'infezione per quanto desumibile dalla documentazione esaminata ha [redacted] *Orga [...* *Pt_4* *datata 18.3.17. Si sottolinea che nessun controllo intermedio veniva* [redacted] *Controparte_1* *di* [redacted] *come desumibile dalla lettura della lettera di dimissione; si può ritenere che la programmazione di un più attento monitoraggio post operatorio avrebbe consentito un trattamento della infezione maggiormente tempestivo. Si può quindi ritenere che sussistano profili di responsabilità in capo alla* *CP_3* *convenuta per i motivi sopra indicati.*

Tanto premesso, ad avviso dello scrivente, le valutazioni espresse nella richiamata C.T.U. appaiono pienamente condivisibili, avendo i consulenti attentamente esaminato la storia clinica del paziente, dalla diagnosi della patologia, a seguito della *Parte_* del 21.1.2017 sino al termine del secondo ricovero presso il *Controparte_1* il 22.4.17, operando una consapevole e ponderata valutazione dei referti in atti e pervenendo infine a conclusioni logicamente argomentate.

Parte convenuta, sottolineato che, come riconosciuto dagli stessi c.t.u., la profilassi antibiotica svolta per l'intervento chirurgico del 16/02/2017 era corretta, ha evidenziato le seguenti circostanze:

- a) alla data delle prime dimissioni dalla convenuta, la ferita chirurgica risultava in ordine e, durante la degenza postoperatoria, essa non mostrò alcun segno infettivo e/o infiammatorio;
- b) la lettera di dimissioni da *CP_1* prevedeva un controllo a distanza di 25/30 giorni, salvo problematiche particolari che avrebbero dovuto essere prontamente [redacted] *Pt_1* si sia messo in contatto con la struttura o con il medico, in conformità a quanto prescrittogli;
- c) il paziente fu visitato dall'ortopedico il 15/03/2017, che gli prescrisse soltanto miorilassanti, in assenza, appunto, di segni clinici d'infezione. Inoltre, posto che una sensazione di dolore e/o di tumefazione a livello della zona operata è da ritenersi normale nel postoperatorio di interventi del genere, tali sintomi non possono interpretarsi come indicativi di processi infiammatori od infettivi in corso;
- d) dopo la citata visita ortopedica, il medico di base prescrisse al paziente una terapia antibiotica, non giustificata da evidenze cliniche o laboratoristiche di infezione;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

- [redacted] *Controparte_1* non emersero evidenze laboratoristiche di un'infezione, risultando lievemente alterato soltanto il valore della proteina C reattiva.

A ciò si aggiunge che non è stato isolato il germe responsabile, per cui non è possibile stabilire l'effettiva fonte di contagio, potendo l'infezione essere stata contratta anche in epoca successiva all'intervento o comunque determinata da cause/fattori da esso indipendenti.

Le citate osservazioni della difesa di parte convenuta non persuadono.

La giurisprudenza di legittimità ha ripetutamente affermato 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'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (cfr. Cass. civ. Sez. 3, n. 26700 del 23/10/2018).

Per quanto concerne, in particolare, l'accertamento del nesso causale, sempre la S.C. ha affermato che, qualora l'evento dannoso sia ipoteticamente riconducibile a una pluralità di cause, si devono applicare i criteri della "probabilità prevalente" e del "più probabile che non"; pertanto, il giudice di merito è tenuto, dapprima, a eliminare, dal novero delle ipotesi valutabili, quelle meno probabili (senza che rilevi il numero delle possibili ipotesi alternative concretamente identificabili, attesa l'impredicabilità di un'aritmetica dei valori probatori), poi ad analizzare le rimanenti ipotesi ritenute più probabili e, infine, a scegliere tra esse quella che abbia ricevuto, secondo un ragionamento di tipo inferenziale, il maggior grado di conferma dagli elementi di fatto aventi la consistenza di indizi, assumendo così la veste di probabilità prevalente. (cfr., tra le altre: Cass. civ. Sez. 3 , n. 25884 del 02/09/2022).

Ciò posto, è incontestato che il *Pt_1* in data 16.02.2017 veniva ricoverato presso *[...]* *Controparte_1* con diagnosi di "rottura cuffia dei rotatori spalla dx…lesione del sovraspinoso in conflitto subacromiale …spalla dx… reinserzione del sovraspinoso …acromionplastica in artroscopia …spalla dx" e sottoposto lo stesso giorno a intervento chirurgico di "Artroscopia di spalla dx".

Non vi è alcuna evidenza che al momento del ricovero il paziente avesse infezioni in atto.

All'atto dell'accesso al pronto soccorso dell'ospedale di [redacted] del 18.03.2017, si evidenziava tra l'altro che il paziente: "*10 gg fa ha iniziato fkt con mobilizzazione passiva, al 4° giorno* [ossia dal 11.3.2017, n.d.r.] *ha accusato gonfiore a livello del bicipite, dolore, da lunedì* [ossia dal 14.3.2017, n.d.r.] *anche febbre a 38°* […]".

Tale quadro clinico, unitamente alla rottura sc del CBL riscontrata alla visita fisiatrica del 14.3.2017 induceva nei sanitari del nosocomio il sospetto di flogosi, puntualmente confermati dagli esami eseguiti lo stesso 18.3.2017, che evidenziavano "articolazione acromio-claveare tumida, calda, dolente" e mostrano una leucocitosi neutrofila con PCR 16.16, ossia per l'appunto un quadro infettivo precoce in essere.

Premesso pertanto che "l'infezione per quanto desumibile dalla documentazione esaminata ha dato segni clinici in data 11.3.17" (p. 21 consulenza), i c.t.u. evidenziano che "*la cronologia di comparsa della sintomatologia clinica e dell'alterazione degli indici di flogosi consentono di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

formulare diagnosi di infezione precoce; le infezioni precoci come dettagliatamente più sopra esposto si considerano acquisite durante l'intervento; ciò posto si può affermare che vi è nesso di causalità materiale fra intervento chirurgico artroscopico del 16.2.17 e infezione della spalla dx secondo il criterio del più probabile che non" (p. 20).
Di contro, l'unica altra possibile occasione di infezione menzionata (la rimozione dei punti del 28.2-2.3 da parte del medico curante) viene espressamente qualificata dai c.t.u. come "improbabile" (p. 14).
Appare irrilevante evidenziare, come fa la convenuta, che all'atto del secondo ricovero presso il *Controparte_1* (20.4.2017) i parametri del paziente (all'infuori di quello relativo alla proteina C reattiva) apparissero nella norma, essendo pacifico che l'infezione si fosse manifestata in precedenza (come detto, a partire dall'11.3.2017), così come inconferente risulta la circostanza che alla data delle prime dimissioni dal *Controparte_1* la ferita chirurgica risultasse in ordine, essendo ben possibile che l'infezione fosse insorta nei giorni successivi (i c.t.u. hanno specificato che per infezione "precoce" si intende quella insorta entro 4 settimane dall'intervento: p. 14).
E' inoltre smentita dai documenti acquisiti l'asserzione della convenuta che, in occasione della visita ortopedica del 15/03/2017 il paziente non presentasse segni d'infezione, essendosi appunto accertato che l'infezione iniziò a manifestarsi già dall'11.3.2017 e che in occasione della visita del 14.3.2017 venne riscontrata rottura sc del CBL; tenuto conto che gli esami effettuati il 18.3.2017 evidenziavano leucocitosi neutrofila con PCR 16.16, appare evidente che i predetti sintomi erano ascrivibili all'infezione in atto.

In secondo luogo parte convenuta sostiene di avere adottato le necessarie misure di profilassi per rischi di infezione sia con riguardo al materiale impiegato per i trattamenti (compreso l'intervento chirurgico) praticati al paziente, sia in relazione alla sanificazione delle sale operatorie.
Tuttavia, se è vero che i c.t.u. hanno dato atto (p. 21) che la profilassi antibiotica preoperatoria messa in atto è corretta e che la convenuta ha versato in atti attestati di sterilizzazione del materiale utilizzato nell'intervento (artroscopio, ferri chirurgici, fili, ecc.), al tempo stesso gli stessi consulenti hanno rilevato che la convenuta "[…] *ha versato inoltre in atti risultati di esami relativi a rilevamento delle portate di aria e di determinazione di contaminazione ambientale delle sale operatorie relativi ai mesi maggio 17, giugno 17, novembre 17, quindi relativi a periodi cronologicamente molto lontani dal febbraio 17 e per questo motivo non utili alla risposta al quesito*").
Hanno infine chiarito che (p. 21 e 29) "è impossibile valutare fattori che potenzialmente possono essere causa di infezione quali l'adeguatezza della preparazione del campo operatorio e il monitoraggio del traffico, dell'abbigliamento e del comportamento del personale in sala operatoria. Ciò che è eventualmente valutabile è l'adeguatezza del protocollo emanato ai fini della prevenzione del rischio infettivo; ma non certamente l'effettiva corretta applicazione dello stesso."
Va a tal proposito rilevato 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, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

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 (Cass. civ. Sez. 3, n. 5490 del 22/02/2023)
Ciò posto, nel caso di specie la convenuta non solo non ha fornito la prova della impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente, ma neppure ha dato compiuta dimostrazione della predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni, atteso che, come detto, con riferimento al rilevamento delle portate di aria e di determinazione di contaminazione ambientale delle sale operatorie le verifiche documentate riguardano accertamenti compiuti in epoche diverse e lontane rispetto a quella dell'intervento chirurgico effettuato nei confronti dell'attore.

Evidenziano ancora i c.t.u. (p. 21) che "*nessun controllo intermedio veniva programmato c/o la struttura Controparte_1 di [redacted] come desumibile dalla lettura della lettera di dimissione; si può ritenere che la programmazione di un più attento monitoraggio post operatorio avrebbe consentito un trattamento della infezione maggiormente tempestivo*".
Al riguardo parte convenuta ha osservato che la lettera di dimissioni da CP_1 prevedeva un controllo a distanza di 25/30 giorni, salvo problematiche particolari che avrebbero dovuto essere prontamente segnalate dal paziente.
Tuttavia, come efficacemente replicato dal C.T.U. (p. 29) "*la programmazione di un più attento monitoraggio post operatorio avrebbe potuto consentire un trattamento della infezione maggiormente tempestivo, al di là delle previsioni del DRG*".

La difesa del convenuto ha richiamato il passaggio della C.T.U. (p. 17) in cui si evidenzia che, in data 18/03/2017, i sanitari della Parte_6 decisero esclusivamente per il lavaggio e per il posizionamento di una terapia antibiotica empirica, ma "essendo già trascorse più di quattro settimane dall'intervento del 16/02/2017 si presuppone che il biofilm fosse già ben strutturato per cui era già indicato in quella data un approccio combinato medico – chirurgico con rimozione dei mezzi di sintesi, come poi effettuato il 20/04", per ricavarne che anche tale condotta dei sanitari può avere inciso in qualche misura (quanto meno, rispetto all'invalidità temporanea) sul danno complessivamente quantificato.
A tale osservazione i c.t.u. hanno condivisibilmente replicato la descritta condotta dei sanitari [redacted] non ha essenzialmente influito sull'evoluzione della patologia (p. 28 relazione): "*L'opinione che abbiamo espresso non identifica tuttavia condotte censurabili a carico dei Sanitari della Parte_6 i quali hanno comunque tentato un trattamento conservativo della infezione per cercare di evitare la rimozione dei mezzi di sintesi poi effettuata il 20.4.17. Il tentativo di lavaggio + posizionamento di terapia antibiotica empirica non ha in alcun modo modificato l'evoluzione del caso, pur non avendo potuto consentire l'eradicamento dell'infezione per i motivi che abbiamo illustrato a pag. 17 della nostra relazione*".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

Tanto premesso, la domanda risarcitoria dell'attore merita accoglimento.
Sul piano del *quantum debeatur*, si rileva che i c.t.u. - le cui conclusioni sono, anche sul punto, condivise dal Tribunale – hanno ritenuto integrato a carico dell'odierno attore un danno biologico permanente (cfr. i superiori punti: "esame obiettivo" e "diagnosi medico legale") quantificabile nella misura del 20%, specificando che il maggior danno conseguente all'infezione nosocomiale è quantificabile come DBP differenziale/incrementale da computarsi nella fascia che si situa dall'11% al 20%.
Tanto premesso, quanto al danno biologico permanente, in applicazione delle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano (edizione 2021-2022) e tenuto conto dell'età del soggetto, lo stesso si determina in €. 67.314,00 da cui va sottratto l'importo di €. 21.382,00 (corrispondente al grado di invalidità che si sarebbe comunque riscontrato a seguito dell'intervento chirurgico, qualora non si fosse verificata l'infezione), giungendosi così all'importo di €. 45.932,00.

Per quanto riguarda il danno biologico da ITT ed ITP, applicando il valore di € 99,00 per ciascun giorno di invalidità si ha:
- ITT 30 gg = € 2.970,00
- ITP 30 gg al 75% = € 2.227,50
- ITP 30 gg al 50% = € 1.485,00

Totale danno biologico temporaneo € 6.682,50

In definitiva, sulla base della valutazione operata dal CTU, il danno biologico, permanente e temporaneo, subito da *Parte_1* , ammonta ad € 52.614,50 (€. 45.932,00 + € 6.682,50).

Quanto alla richiesta "personalizzazione" del danno, chi scrive ritiene condivisibile l'orientamento interpretativo secondo cui, in tema di quantificazione del danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge e dal criterio equitativo uniforme adottato dai giudici di merito (secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata, nella sua componente dinamico-relazionale attinente alla vita esterna del danneggiato, solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale, eccezionali e peculiari, che fuoriescono da quelle normali ed indefettibili secondo l'"id quod plerumque accidit" entro le quali non è giustificata alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento (cfr. Cass. civ. Sez. 3, n. 23469 del 28/09/2018).
Nel caso di specie, le circostanze addotte dall'attore a sostegno di tale richiesta (incapacità di guidare la moto, difficoltà a guidare l'automobile e a svolgere lavori di giardinaggio, ecc.) costituiscono una conseguenza ordinaria e non già del tutto anomala, eccezionale e peculiare, del tipo di lesioni dallo stesso riportate e risultano già risarcite attraverso la monetizzazione del grado di invalidità permanente.
La domanda di ulteriore personalizzazione del danno non può pertanto trovare accoglimento.

Quanto al lamentato danno patrimoniale per perdita della capacità lavorativa specifica, va osservato che secondo la c.t.u. espletata "il maggior danno accertato determina anche una negativa incidenza sulla capacità lavorativa specifica di meccanico del P. valutabile nella misura del 20%".
Devono essere tuttavia richiamati i seguenti principi statuiti in argomento dalla S.C.:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

- la riduzione della cosiddetta capacità lavorativa specifica non costituisce danno in sè (danno - evento), ma rappresenta invece una causa del danno da riduzione del reddito (danno - conseguenza). Pertanto, una volta provata la riduzione della capacità di lavoro, non può ritenersi automaticamente e meccanicisticamente provata l'esistenza d'un danno patrimoniale, ove il danneggiato non dimostri concretamente, anche per mezzo di presunzioni semplici, l'esistenza d'una conseguente riduzione della capacità di guadagno. (Cass. Sez. 3, n. 3961 del 21/04/1999);
- in caso di illecito lesivo dell'integrità psico-fisica della persona, il diritto al risarcimento del danno patrimoniale da lucro cessante non può farsi discendere in modo automatico dall'accertamento dell'invalidità permanente, poiché esso sussiste solo se tale invalidità abbia prodotto una riduzione della capacità lavorativa specifica. A tal fine, il danneggiato è tenuto a dimostrare, anche tramite presunzioni, di svolgere, al momento dell'infortunio, un'attività produttiva di reddito e di non aver mantenuto, dopo di esso, una capacità generica di attendere ad altri lavori confacenti alle sue attitudini personali (Cass. civ. sez. 3, n. 2758 del 12/02/2015);
- il danno patrimoniale futuro, derivante da lesioni personali, va valutato su base prognostica ed il danneggiato può avvalersi anche di presunzioni semplici, sicché, provata la riduzione della capacità di lavoro specifica, se essa non rientra tra i postumi permanenti di piccola entità, è possibile presumere, salvo prova contraria, che anche la capacità di guadagno risulti ridotta nella sua proiezione futura - non necessariamente in modo proporzionale - qualora la vittima già svolga un'attività lavorativa. Tale presunzione, peraltro, copre solo l'"an" dell'esistenza del danno, mentre, ai fini della sua quantificazione, è onere del danneggiato dimostrare la contrazione dei suoi redditi dopo il sinistro, non potendo il giudice, in mancanza, esercitare il potere di cui all'art. 1226 c.c., perché esso riguarda solo la liquidazione del danno che non possa essere provato nel suo preciso ammontare, situazione che, di norma, non ricorre quando la vittima continui a lavorare e produrre reddito e, dunque, può dimostrare di quanto quest'ultimo sia diminuito. (Sez. 3, n. 15737 del 15/06/2018: cfr. anche Cass. Sez. 3, Sentenza n. 11361 del 22/05/2014);
- la presenza di postumi macropermanenti (nella specie, del 25%) non consente di desumere automaticamente, in via presuntiva, la diminuzione della capacità di produrre reddito della vittima, potendo per altro verso integrare un danno da lesione della capacità lavorativa generica il quale, risolvendosi in una menomazione dell'integrità psico-fisica dell'individuo, è risarcibile in seno alla complessiva liquidazione del danno biologico. (Cass. Sez. 3 n. 17931 del 04/07/2019).

Nel caso in esame, parte attrice, ha prodotto le dichiarazioni dei redditi relative ai periodi di imposta 2016-2017, nonché le buste paga delle mensilità da gennaio a dicembre 2018 e già agli atti (doc. 18-20).
Dal loro esame emerge che il *Pt_1* ha conseguito i seguenti redditi (al lordo delle ritenute): euro 24.081,41 nel 2016, ad un reddito di euro 22.648,72 nel 2017 ed euro 26.071,00 nel 2018 (importo quest'ultimo ottenuto sommando gli importi alla voce "totale competenze" per ciascun mese).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

Non trova pertanto riscontro quanto affermato dall'attore, secondo cui egli sarebbe passato, in senso decrescente, da un reddito di euro 24.081,41 nel 2016, a un reddito di euro 20.698,72 nel 2017 e a un reddito di euro 20.247,00 nel 2018.
Si noti inoltre che anche per il 2018 al *Pt_1* risultano riconosciute, in diverse mensilità, varie ore di straordinario, circostanza questa in contrasto con quanto esposto dalla sua difesa (cfr. comparsa conclusionale, p. 17: "*Inoltre, non gli è stato più richiesto lo svolgimento di lavoro straordinario, quando invece prima dei fatti de quo gli erano richieste di media 1- 2 ore al giorno di lavoro straordinario*").
Infine, non risulta provato che, come sostenuto, l'attore sia stato costretto a dimettersi dal lavoro in quanto non più utile alla cooperativa presso cui era occupato, risultando unicamente documentato un atto di dimissioni volontarie (doc. 21).
Ne consegue che la domanda di parte attrice non può, sul punto, trovare accoglimento.

La convenuta pertanto deve essere condannata al pagamento del danno non patrimoniale, per l'importo sopra indicato (€ 52.614,50).
Trattandosi di debito di valore ed essendo stata effettuata la liquidazione di cui sopra all'attualità, sulla somma anzidetta, devalutata alla data della domanda, 29/9/2017 (data di ricezione della messa in mora a mezzo racc. a.r.), e rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti, in adesione all'orientamento della S.C. (S.U. n. 1712/1995), gli interessi legali al tasso p.t. vigente, a partire dal 29/9/2017, fino alla pubblicazione della presente sentenza; da tale data, che segna la conversione del debito risarcitorio di valore in debito di valuta, sono dovuti gli interessi legali sulla somma complessivamente liquidata all'attualità fino al soddisfo.
Sono inoltre risarcibili le spese mediche sostenute dall'attore pari a €. 240,35 (cfr. consulenza tecnica d'ufficio, pag. 22).

Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate, in favore dell'attore vittorioso, come in dispositivo ai sensi dei parametri di cui al DM 55/2014.
A carico della convenuta soccombente devono essere altresì poste le spese di CTU (pari a €. 2.614,52, oltre IVA) oltre quelle per CTP (pari a €. 4.000,00 oltre IVA)

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nel giudizio iscritto al n. 613/2019 R.G., ogni diversa domanda rigettata come in motivazione, così provvede:
1. condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* , della somma di € 52.614,50, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, oltre rivalutazione e interessi come in motivazione e della somma di €. 240,35, oltre interessi e rivalutazione dal dovuto al saldo, a titolo di risarcimento per spese mediche
2. condanna *Controparte_1* al pagamento, in favore dell'attore degli attori delle spese processuali, che si liquidano in € 10.860,00 per onorari, €. 545,00 per spese vive, oltre rimborso spese generali, i.v.a. e c.p.a., nonché delle spese di CTU (pari a €. 2.614,52, oltre IVA) e di CTP (pari a €. 4.000,00 oltre IVA).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582

Ravenna, 15-3-2023

Il Giudice
dott. Piervittorio Farinella

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-582