R.G. n.34214/2012

TRIBUNALE di ROMA SEZIONE Sez.XIII°

All'udienza odierna davanti al Giudice dott.Massimo Moriconi sono comparsi i difensori delle parti che si riportano e chiedono che la causa sia decisa.

Il Giudice,

datone atto,

decide la causa come da dispositivo e motivazione che seguono ai sensi dell'art.281 sexies cpc.

Roma, 27/09/2018

Il Giudice

IN NOME del POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE di ROMA SEZIONE Sez.XIII°
N. RG.34214-2012
REPUBBLICA ITALIANA
Il Giudice ***dott. cons. Massimo Moriconi***
nella causa tra

Parte_1 (avv.to [redacted]
attrice

E

Controparte_1 in persona del legale rappresentante pro tempore (avv.ti [redacted] e [redacted]
convenuta

E

Controparte_2 in persona del legale rappresentante pro tempore (avv.to [redacted] e [redacted]
terza chiamata

ha emesso e pubblicato, ai sensi dell'art. 281 sexies cpc, alla pubblica udienza del 27.9.2018 dando lettura del dispositivo e della presente motivazione, facente parte integrale del verbale di udienza, la seguente

S E N T E N Z A

letti gli atti e le istanze delle parti,

osserva:

-1- **La vicenda**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

Parte_1 veniva ricoverato presso il reparto di Cardiochirurgia [redacted] *Con* *Controparte_1* di Roma per *disfunzione protesi mitroaortica*

In data 31.12.2008 veniva sottoposto ad intervento chirurgico e gli venivano impiantate le valvole meccaniche in posizione aortica e mitralica previa resternotomia mediana suturata al termine dell'intervento con punti metallici sullo sterno e piani superficiali

Insorta infezione della ferita sternale veniva accertata la presenza di *Corynebacterium Amycolatum* e sottoposto a terapia antibiotica mirata associata a *Org_1*

Ottenuta la risoluzione dell'infezione della ferita veniva rimossa la VAC e praticata sutura della ferita.

Veniva quindi dimesso in data 18.2.2009.

In data 12.1.2010 a seguito di un recidiva dell'infezione veniva ricoverato presso il *Controparte_3* dove veniva sottoposto in data 15.1.2010 a nuovo intervento chirurgico per rimozione dei fili metallici della sternotopia e nell'occasione si accertava la presenza dell'infezione da *Corynebacterium Amycolatum*

Lamentava diastasi a livello sternale con dolori sternali persistenti, accompagnati spesso da rialzi febbrili tanto da rendersi necessaria terapia antibiotica

L'attore non lamentava l'esecuzione in sé dell'intervento, che non riceveva censure *di merito*, quanto la contrazione a causa e durante il ricovero di un'infezione ospedaliera.

Il nosocomio si costituiva contestando la domanda ed evidenziano che al paziente erano state somministrate le migliore terapie per debellare l'infezione insorta, mentre non vi era nessuna correlazione con l'infezione insorta e diagnosticata presso il *[...]* *CP_3*

In ogni caso invocava la polizza assicurativa contratta con la *Controparte_2* *[...]*

La quale, costituitasi, eccepiva, fermamente che la polizza (n [redacted] con decorrenza 31.12.2009 fino al 31.12.2011 e successiva proroga fino al 29.01.2012 non era operativa, essendo esaurito il massimale (di €.3.500.000,00) assicurato.

Mediante pagamenti che la *CP_2* aveva effettuato per il c.d.periodo di retroattività della polizza ai sensi dell'art. 20 del contratto

Per l'esattezza la *CP_2* segnalava che aveva pagato l'importo totale di €.3.791.842,08 per i sinistri ricadenti sul c.d. periodo di retro della polizza con l'impegno totale del massimale; e che il sinistro in questione rientrava in tale periodo (ricovero del 24.11.2008 intervento del 31.12.2008 e dimissioni del 18.2.2009)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

Veniva svolta una prima consulenza d'ufficio ad opera del dott. *Controparte_4* che concludeva per l'esistenza del nesso causale fra l'intervento di effettuato presso il *[...]* *CP_1* e l'infezione della ferita sternotomica da considerarsi a tutti gli effetti nosocomiale; attestandosi su una posizione probabilistica quanto all'infezione sternale ed al ricovero del gennaio 2010

Reputava in ogni caso che l'infezione non fosse attribuibile a malpractice medica quanto a carenza strutturali e organizzative dell'ospedale.

Ritenuta la necessità di approfondire tale ultimo aspetto, solo supposto dal CTU il giudice disponeva nuova consulenza.

-2- Gli accertamenti effettuati

Con l'ordinanza del 17.7.2014 infatti così provvedeva:

" Ritiene il giudice che la consulenza d'ufficio effettuata mediante il CTU dott. *Controparte_4* specialista in malattie infettive, non sia sufficientemente motivata su un punto decisivo.

Si reputa che i limiti dei risultati dell'indagine (di cui si dirà di seguito) non siano necessariamente conseguenti a incapacità del consulente di fornire una adeguata e veramente esaustiva risposta, potendo, in tesi, tale lacunosità, derivare anche da una formulazione dei quesiti migliorabile ed estensibile ad aspetti che pur fondamentali sono stati obliterati dalla relazione peritale.

Che l'infezione sternale *"in due tempi"* di *Corynebacterium amycolatum* possa essere di origine nosocomiale appariva verosimile fin dalla lettura degli atti introduttivi, che appuntavano proprio su questa evenienza l'asserita responsabilità dell'Azienda convenuta.

Non è stata viceversa contestata, da parte dell'attore, la diligenza e la competenza dei medici nell0effettuazione dell'intervento causato da disfunzione della protesi mitroaortica, e consistente nella installazione di valvole meccaniche in posizione aortica e mitralica.

Il C.T.U. ha concluso il suo lavoro escludendo *ogni responsabilità professionale medica dell'equipe chirurgica e/o del personale sanitario in senso lato (l'intervento chirurgico si è svolto con regolarità e successo e la successiva infezione della ferita sternale è stata trattata adeguatamente)*

Ha ritenuto con decisa convinzione, per quanto riguarda l'infezione concomitante l'intervento chirurgico del gennaio 2009, e in modo più sfumato per quanto riguarda il ricovero del gennaio 2010, che entrambi gli episodi, verosimilmente legati fra loro da un nesso che il CT.U. definisce patogenetico e medico legale, siano stati causati da *carenze strutturali e organizzative della struttura ospedaliera.*

Scarsi o nulli i pur doverosi approfondimenti su natura, etiogenesi, stato dell'arte e della scienza sulle I.C.A. (infezioni correlate all'assistenza sanitaria)

Il ragionamento del C.T.U. è viziato da un salto logico che inficia il processo deduttivo del quale il predetto si è avvalso.

Nella sostanza il consulente ha così articolato il suo pensiero:

- non vi siano dubbi, opina l'ausiliario, che il batterio in questione abbia origine nosocomiale. Quanto al primo contagio è concomitante all'intervento chirurgico e quindi la convinzione dell'ausiliario non è peregrina, quanto al secondo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

contagio il C.T.U. è cauto ma motiva ampiamente (anche in forza dell'identità di batterio) per affermare che anche il secondo episodio infettivo è legato al primo, mancando il quale non vi sarebbe stato neppure il secondo.

- In secondo luogo ritiene che il contagio ad opera di un batterio tipicamente nosocomiale (vale a dire che vive, prolifera, si rafforza e si caratterizza per la sua presenza in ambito ospedaliero) presuppone indefettibilmente una qualche carenza, una deficienza di attenzione e di messa in opera in ordine alle procedure di sanificazione e di asetticità che devono costantemente garantire la sicurezza del paziente contro i contagi da infezioni nella struttura ospedaliera.

Esclusa l'imputabilità ai medici ed al personale ospedaliero, il C.T.U. la attribuisce per consequenziale esclusione, ad altre non meglio identificate carenze.

Il ragionamento è viziato.

Va evidenziato, che in questo come in altri casi, è pressoché impossibile, anche laddove sia accertata la natura e provenienza nosocomiale del batterio che ha contagiato il paziente ricoverato, ed anche laddove sia certo che il medesimo non era affetto prima del ricovero dalla relativa patologia infettiva, individuare specificamente il luogo e il momento, il settore di attività, la causa scatenante, il punto debole della catena di protezione delle misure di sanificazione.

In altre parole, la mancata identificazione del dove e del quando e del come il batterio, proliferante in ambiente ospedaliero, sia stato trasmesso al paziente è una costante di tali vicende, anche in sede giudiziale.

Proprio tale carenza è tale da introdurre un elemento di rottura della concatenazione dei fatti del processo deduttivo che conduce il consulente ad affermare *tout court* la responsabilità della struttura ospedaliera (l'accertamento suppletivo che si dispone serve anche, ma non solo, ad affrontare e risolvere tale problema)

Le domande da porsi infatti sono le seguenti:

Tutte le I.C.A. – quand'anche prevedibili- sono prevenibili ?

Ovvero questo tipo di infezioni possono sfuggire al controllo anche in presenza di una soddisfacente concreta e fattiva attenzione da parte dell'ospedale alle problematiche relative alla sanificazione degli ambienti, del personale, dei mezzi e di ogni altra possibile fonte di contatto e di contagio ?

O piuttosto, invece, le I.C.A. sono controllabili selettivamente, ad esempio quelle attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza, attraverso una riduzione delle procedure non necessarie, la scelta di presidi più sicuri, l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano condizioni asettiche e via dicendo..

E se vale tale ultimo criterio, come può il C.T.U. escludere che in questo caso il contagio sia avvenuto proprio in quell'ambito percentualistico di non imputabilità, di non prevenibilità e quindi di non imputabilità al nosocomio dell'infezione a titolo di colpa ?

Fermo restando quanto precede, va ritenuto che una volta accertato che il paziente abbia contratto un'infezione nosocomiale, in virtù dei principi che regolano l'onere della prova, in materia contrattuale (qual'è quella che ci occupa, , *ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale")* non vi può essere alcun dubbio che incombe alla struttura ospedaliera provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta sanificazione ambientale, al fine di evitare la contaminazione.

In altre parole la convenuta doveva fornire la prova che l'evento dannoso (contagio) non rientra fra le complicanze prevedibili ed evitabili.

Qual'è il modo di adempiere a tale prova *negativa* ?

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

Quello di fornire la prova *positiva* di aver fatto tutto quanto la scienza del settore ha finora escogitato per evitare o quanto meno ridurre al massimo il rischio di contaminazione e di diffusione del contagio.

Si può dire che la convenuta abbia fornito tale prova ?

Riservando all'eventuale prosieguo la risposta, già si può dire *a contrariis* che è mancata da parte della difesa del convenuto *CP_5* anche la semplice allegazione di quelle attività di sanificazione che dovrebbero doverosamente essere state poste in essere, e non solo nella fase dell'intervento chirurgico.

A *fortiori*, si può dubitare che sia stato costituito nell'ospedale un *C.I.O. "organismo multidisciplinare responsabile dei programmi e delle strategie di lotta e di contrasto contro le infezioni ospedaliere* così come che nell'ambito delle funzioni di tale comitato o in qualsiasi altro modo siano stati predisposti percorsi di formazione e di sensibilizzazione del personale a vario titolo operante nella struttura al problema delle infezioni Ospedaliere (IO) o Correlate all' Assistenza (ICA)"

Con tali premesse il giudice si proponeva di appurare se

.."oltre alle necessarie ordinarie cautele verosimilmente adottate presso l' *CP_1* convenuta siano stati attuati specifici protocolli diretti all'applicazione, monitoraggio, aggiornamento e verifica dei risultati delle pratiche dirette ad evitare o contenere le infezioni nosocomiali, se è stato istituito un comitato o gruppo di lavoro a ciò deputato, se e come abbia operato e quant'altro.

Il tutto al fine di pervenire a una ragionevole e motivata valutazione - non fondata su un inaccettabile principio di responsabilità oggettiva- sulla sussistenza del nesso causale fra evento (infezione) e deficit di sanificazione.

Ovvero per escluderlo, mediante l'affermazione che avendo adempiuto il *CP_5* a quanto era possibile ed esigibile allo stato dell'arte, l'evento danno vada ascritto nel novero delle complicanze imprevedibili ed inevitabili collegate alla presenza del paziente nel nosocomio.

Tale esclusione andrà rapportata all'accertato raggiungimento dell'obiettivo del c.d. minimo rischio (consistente nell'effettiva adozione di un insieme di procedure e di protocolli elaborati allo stato attuale dalla scienza del settore per ridurre al minimo il rischio di esposizione ad infezioni nosocomiali dei pazienti) "

La consulenza depositata dalla dott. *Persona_1* medico legale e dallo specialista infettivologo ha fornito fruttuosi e interessanti risultati.

In particolare l'infettivologo esponeva che:

*l'infezione sternale da **C. amycolatum** del Sig. Pt_1 possa essere di origine nosocomiale appare evidente dalla lettura della documentazione clinica.*

Per infezione correlata all'assistenza (ICA) *si definisce un'infezione contratta durante il ricovero in ospedale, che non era manifesta clinicamente né in incubazione al momento dell'ammissione, ma che compare durante o dopo il ricovero e da questo è determinata (Circolare Ministero Sanità n. 52/1985)*

Nonostante la riduzione della durata e del numero dei ricoveri e le ampie conoscenze disponibili in materia, in termini sia di fattori di rischio, sia di metodi appropriati di prevenzione, la frequenza delle infezioni ospedaliere non è generalmente in declino.

Le ICA rappresentano una contraddizione, un fallimento assistenziale, un peso economico, un reale problema emergente di sanità pubblica.

In Italia, nel 1983, fu effettuato lo Organizzazione_2 che coinvolse 142 ospedali (36000 letti) ed evidenziò una prevalenza di I.O. del 6,8%.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

Tali dati sono stati ulteriormente confermati da successivi studi d'incidenza condotti in alcuni ospedali italiani.

La stima numerica annua d'infezioni ospedaliere oltrepassa le 600 mila unità l'anno; tali infezioni prolungano ovviamente la degenza ospedaliera, con un aggravio di costi che oltrepassa i 1000 miliardi/anno.

Nel 2000 uno studio di prevalenza condotto in Italia fornì i seguenti dati:

- prevalenza: 5-8% dei ricoverati

- 400.000-700.000 infezioni di cui 30% prevenibile, i.e. 120.000 -210.000

Le ICA sono per lo più attribuibili ad errori nelle pratiche assistenziali e, pertanto, evitabili tanto che diversi studi hanno riportato una riduzione della frequenza, in seguito a programmi di intervento, che andava dal 10% al 70%.

Inoltre non si può non ricordare che la frequenza con cui compare una complicanza infettiva è correlata con l'aumento delle giornate di degenza e tale rischio è aumentato negli ultimi decenni.

Relativamente al Sig. *Pt_1* *, questi non presentava segni di infezione clinicamente manifesti né in incubazione al momento del suo ingresso in ospedale, ma non si può non sottolineare che l'eccessiva permanenza in ambiente ospedaliero nell'attesa di sottoposto ad intervento chirurgico (38 giorni) ha moltiplicato il 'normale' rischio di contrarre un'infezione e/o di essere microbiologicamente colonizzato.*

Per definire l'infezione della ferita chirurgica, secondo i *Organizzazione_3* (CDCi999,USA), è necessario che vi siano i seguenti criteri:

- L'infezione si sviluppa entro 30 gg dall'intervento;
- L'infezione interessa soltanto la cute oppure i piani sottostanti l'incisione;
- Presenza di almeno uno dei seguenti elementi:

secrezione purulenta dall'incisione superficiale;

isolamento di un microrganismo da una coltura ottenuta con tecniche asettiche dai fluidi o dai tessuti dell'incisione superficiale;

presenza di almeno uno dei seguenti sintomi/segni: dolore, tensione superficiale, gonfiore localizzato, eritema,etc... condizioni tutte presenti nel caso in oggetto.

Nel caso in esame non è possibile distinguere se sia trattato di una causa endogena oppure esogena; se si è trattato di infezione endogena questa è stata conseguenza di una insufficiente pulizia, disinfezione e decolonizzazione della cute del paziente mentre, se si è trattato di una causa esogena, questa si è realizzata verosimilmente attraverso le mani.

L'igiene delle mani rappresenta la precauzione standard per impedire la trasmissione di un'infezione. Infatti le mani degli operatori sanitari sulle quali colonizzano un numero e una varietà non indifferente di potenziali patogeni rappresentano un veicolo di importanza determinante.

L'importanza di tale veicolo è sottolineato dal fatto che le misure di controllo più efficaci della maggior parte delle ICA si basano proprio sul lavaggio frequente delle mani misura questa difficilmente sottoponibile a controllo anche laddove esistano rigidi protocolli di prevenzione delle ICA.

Il lavaggio delle mani rappresenta da solo il mezzo più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni.

Le infezioni del sito chirurgico presentano fattori di rischio pre-operatori (antibioticoprofilassi, preparazione del personale e del paziente), intraoperatori (tecnica operatoria, asepsi intraoperatoria, numero di persone in sala, mobilità del personale), post-operatori (osservazione e cura della ferita chirurgica, applicazione di devices).

La maggior parte delle infezioni della ferita chirurgica viene acquisita durante l'intervento: se una ferita è pulita e asciutta, infatti, nell'arco di poche ore dall'intervento non è più suscettibile all'aggressione da parte di microrganismi

In fase postoperatoria, le infezioni possono essere acquisite attraverso i drenaggi chirurgici o, nel caso di ferite non ancora rimarginate al momento della medicazione.

Nel caso in esame il paziente non presentava sicuramente segni clinici d'infezione manifesta al momento del suo ingresso in ospedale.

L'infezione della ferita chirurgica riconosceva tutti i criteri definenti stabiliti dai *[...]* *Org_3* *sopra citati.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

La lunga ospedalizzazione in attesa di essere inserito in lista operatoria ha agito come fattore di rischio predisponente l'eventuale colonizzazione da C. amycolatum in associazione, verosimilmente, ad una inidonea preparazione pre-operatoria (ipotesi endogena).
In alternativa il paziente può essersi infettato nel periodo post-operatorio riconoscendo come fonte la cute del paziente non adeguatamente pulita e/o disinfettata oppure le mani del personale (ipotesi esogena).
Resta ora da stabilire se la successiva infezione di ferita sternale rilevata nel 2010 sia dovuta alla ricomparsa di un'infezione latente oppure ad una nuova infezione.
Ricordiamo che dopo l'asportazione della cicatrice post-sternotomica e la bonifica della ferita e dell'osso (corpo sternale) venivano rimossi i punti di sutura metallici precedentemente applicati.
L'esame colturale dei punti di sutura metallici metteva in evidenza isolati per C. ***amycolatum.***
La rimozione dei punti di sutura metallici associata ad un'adeguata terapia antibiotica portava alla bonifica del sito chirurgico.
È verosimile che, proprio i punti di sutura metallici insieme ai sequestri ossei persistentemente infetti a livello dei tramiti fistolosi approfonditi nel corpo sternale, costituissero la causa dell'infezione e della sua sintomatologia.
In tal senso non saremmo di fronte alla ricomparsa di un'infezione latente oppure alla comparsa di una nuova infezione bensì alla cronicizzazione dell'infezione primigenia.
Questa ipotesi appare basata sulla recente ormai nota esistenza dei biofilm microbici.
Per decenni i batteri sono stati visti come esseri viventi molto individualisti che conducono la loro esistenza come singole cellule libere in un mezzo, alla costante ricerca di nutrienti per sopravvivere e, se ci sono le possibilità, riprodursi.
Gli esami su popolazioni batteriche presenti in una grande varietà di sistemi naturali e patologici hanno mostrato che la maggior parte di questi microorganismi cresce sotto forma di BIOFILM.
Il termine biofilm è usato per descrivere comunità strutturate di cellule batteriche (microcolonie) racchiuse in matrici polimeriche (polisaccaridica ***"slime")*** *extracellulari autoprodotte e aderenti ad una superficie INERTE (dispositivi medici impiantabili e/o corpi estranei) o VIVENTE (tutti i tessuti dell'ospite) all'interfaccia con una fase liquida*
Il 65% e l'8o% delle infezioni batteriche è causata da batteri che crescono in biofilm, tutte le infezioni batteriche associate all'uso di dispositivi medici impiantabili sono da biofilm.
……omissis (spiegazione tecnica del funzionamento del biofilm)

Persino in individui con eccellenti reazioni immunitarie umorali e cellulari, le infezioni da biofilm raramente sono risolte da parte dei meccanismi di difesa dell'ospite.
La terapia antibiotica convenzionale risulta inefficace per cui la risoluzione del processo avviene solo mediante la rimozione del materiale inerte sul quale si è venuto a costituire il biofilm.
Le infezioni da biofilm sono generalmente caratterizzate da:
- *Una lenta comparsa*
- *Sintomi lievi*
- *Cronicità*
- *Risposta refrattaria alla terapia antibiotica*

Le infezioni batteriche croniche sono state attribuite al fatto che i microorganismi causali vivono in biofilm.
In conclusione si può affermare con elevata probabilità che l'infezione della ferita sternotomica da C. amycolatum è avvenuta nel corso del primo ricovero presso l *[...]* *Org_4* *di Roma.*
L'infezione infatti non era presente al suo ingresso presso il suddetto nosocomio e si è clinicamente manifestata successivamente all'intervento chirurgico subito dal paziente.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

La via d'ingresso dell'infezione è stata rappresentata dalla ferita chirurgica, le modalità d'infezione come abbiamo descritto possono essere state diverse.
L'infezione lamentata nel gennaio del 2010 è stata provocata dallo stesso microrganismo presente nel biofilm microbico creatosi a livello dei punti metallici di sutura precedentemente impiantati oppure nei tramiti fistolosi ossei presenti nel corpo sternale in corrispondenza dei fili metallici.
In questo senso l'infezione evidenziata nel gennaio del 2010 non è da considerarsi una nuova infezione.
Ricordiamo infine una recente revisione su migliaia di articoli pubblicati sull'argomento dal 2000 al 2013 (Monitoring of processes of care: do we need a big brother? Persona_2 , CP_6 , LA, Org_5 States) presentata all CP_7 , nella quale si evidenzia come tra medici ed infermieri il tasso di adesione alle buone pratiche (ad es. lavaggio accurato delle mani) raramente supera il 50% e che «le telecamere che riprendono e osservano gli operatori all'interno degli ospedali, controllando die si lavino le mani sono più efficaci nell'alimentare questo tipo di comportamento, da cui dipende la diffusione di molte infezioni negli ospedali, rispetto ai soli dispenser con il sapone».
Osservava il CTU inoltre, in merito alla *documentazione esibita dalla Direzione Sanitaria dell Organizzazione_4 di cui al documento n. 24326/2016 del 28/04/2016 che la stessa si riferisce alla verifica microbiologica della superficie e dell'aria, del particolato ambientale ed alla valutazione del servizio di pulizia nelle sale operatorie n. 1, 2, 3 e 4 del blocco operatorio di cardiochirurgia in periodi non attinenti al caso. Quindi tale documentazione riguarda solo il blocco operatorio e peraltro relativa a date diverse da quelle in cui il Sig. Pt_1 era degente.*

In definitiva può affermarsi, con assoluta certezza, che si aggiunge al deficit probatorio dell'Azienda convenuta, e in assenza di contributi di qualche efficacia dei CTP delle parti convenuta e terza chiamata, che già di per sé impinge verso l'accoglimento della domanda del Pt_1 , che è mancata la doverosa ed esigibile attenzione, da parte del CP_5 , alla predisposizione ed attuazione di adeguate misure di sanificazione.

E non può che apprezzarsi la sconsolata veritiera conclusione alla quale giunge il consulente infettivologo del giudice:

Da tutto quanto espresso è doveroso concludere che è completamente inutile elaborare protocolli e linee-guida da parte dei Parte_2 ma è necessario invece vigilare quotidianamente, nei modi possibili e fattibili, sull'applicazione di esse sul campo, cosa che avviene di rado, come hanno dimostrato gli studi e che evidentemente non è avvenuto nel caso che abbiamo trattato.

Si tratta, quest'ultimo, di un punto di vista che lo scrivente ha da tempo esposto e ribadito in ogni dove (sentenze, ordinanze e convegni), cfr. *ex multis* ordinanza del 27.6.2016 RG [1]

[1] *Il giudice ritiene che ove sia provato che l'insorgenza di infezione nosocomiale sia riconducibile ad evento, seppure non specificamente individuato, ma causalmente collegato al ricovero ospedaliero ed agli interventi ivi praticati, non sia sufficiente, in linea generale ed astratta, a ritenere soddisfatti gli obblighi di sanificazione la prova della emanazione da parte del CP_5 di istruzioni e circolari che elenchino e precisino, nei confronti dei vari dipartimenti e reparti, le cautele da osservarsi, dovendosi, in più, dimostrare che tali attività abbiano avuto in concreto, non rimanendo confinate nella mera burocrazia, attuazione effettiva, il che può essere evinto solo attraverso specifiche attività di monitoraggio, riscontro, elaborazione e azioni positive conseguenti.*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

-3- I danni

Invero per quanto concerne:

1. il danno biologico (temporaneo e permanente) relativo ad aree **diverse** da quella dei danni *derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti*, nonché, se superiori al 9% di invalidità permanente, *derivanti da attività medico sanitaria* [2]

2. il danno biologico permanente *derivante da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti* per il quale i postumi delle lesioni **sono superiori al 9% , il sistema seguito per la valutazione del danno non patrimoniale *muove* dal valore di punto incrementativo secondo le tabelle dei Tribunali.**

L'attore ha pertanto diritto al ristoro dei danni, per il che si ritiene di effettuare una liquidazione con un aumento del danno base (di cui all'ultimo decreto ministeriale con il quale sono stati adeguati gli importi relativi al risarcimento del danno biologico di lieve entità per lesioni fino a 9 punti di invalidità, c.d. lesioni micropermanenti)

A titolo esemplificativo (ferma restando la piena discrezionalità organizzativa dell'ente) si può pensare:
***1**) a controlli e verifiche che consentano di individuare, sempre in concreto, come e quanto l'applicazione delle buone prassi di sanificazione abbia inciso, in un trend storico da descrivere, sull' insorgenza - e controllo- delle infezioni ospedaliere. Non è infatti revocabile in dubbio che se correttamente e concretamente applicate tali buone prassi, si dovrà evidentemente evidenziare, da una verifica storica, il miglioramento - nel senso di diminuzione - del numero delle infezioni registrate nei singoli dipartimenti, unità e reparti nei quali si articola l'attività del nosocomio. Nonché*
***2**) all'adozione di provvedimenti mirati e conseguenti alle verifiche di cui al punto che precede,*
***3**) all'attuazione di periodici corsi teorico-pratici di aggiornamento obbligatori per il personale medico-sanitario che rendano icasticamente significativi e vividi i contenuti delle predette circolari e protocolli emanati dalla direzione sanitaria del nosocomio*
***4**) all' instaurazione di obiettivi che ogni dirigente di reparto debba predisporre periodicamente e preventivamente in merito alla diminuzione, a seguito delle buone prassi applicate in materia, della insorgenza di I.O.;*
***5**) alla verifica (con quanto ne consegue) di come i dirigenti dei singoli dipartimenti abbiano tradotto in pratica tali indicazioni, protocolli e circolari e del se abbiamo o meno raggiunto e soddisfatto l'obiettivo preventivamente programmato, dovendo motivare in contrario le ragioni del risultato negativo*

[2] Ed invero la legge prevede che per i danni da collocare entro il tetto del 9% la liquidazione non in base alle tabelle dei tribunali ma alle stringenti, calmierate e non modulabili dal giudice (se non in maniera fissa e contenuta, (**aumento max 1/5)** micropermanenti, di cui ai decreti ministeriali emanati ai sensi delle disposizioni in tema di RCA (cfr. art.3 comma terzo d.l.13.09.2012 n° 158 convertito dalla L. 189/2012)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

considerate tutte le circostanze del caso, le sofferenze, i patimenti e lo stress subiti dal *Pt_1*, nella misura massima di legge (1/5), per un totale di **€.9.970,00** (importo comprensivo del danno permanente al 4%, di ITA gg.50, ITP al 50% gg.60, spese di CTP ritenute rimborsabili nella misura equa di €.300,00, rivalutazione ed interessi legali)

Come è noto la liquidazione (in tal modo effettuata) ai sensi della legge di cui in nota assorbe ogni aspetto biologico, dinamico relazionale e morale. Non essendo ammissibile, secondo consolidate pronunce della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione, alcun aumento ulteriore.

Le somme per IP e IT sono la risultanza della **attualizzazione** alla data della decisione secondo le tabelle aggiornate: ed invero solo attraverso il meccanismo della rivalutazione monetaria è possibile rendere effettivo il principio secondo cui il patrimonio del creditore danneggiato deve essere ricostituito per intero (quanto meno per equivalente); essendo evidente che, pur nell'ambito del vigente principio nominalistico, altro è un determinato importo di denaro disponibile oggi ed altro è il medesimo importo disponibile in un tempo passato).

Inoltre si **è tenuto conto, dell' ulteriore danno consistente nel mancato godimento da parte del danneggiato dell'equivalente monetario del bene perduto per tutto il tempo decorrente fra il fatto e la sua liquidazione**. Ed invero devesi a tale fine fare applicazione delle presunzioni semplici in virtù delle quali non si può obliterare che ove il danneggiato fosse stato in possesso delle somme predette le avrebbe verosimilmente impiegate secondo i modi e le forme tipiche del piccolo risparmiatore in parte investendole nelle forme d'uso di tale categoria economica (ad esempio in azioni ed obbligazioni, in fondi, in titoli di Stato o di altro genere) ricavandone i relativi guadagni. Con tali comportamenti oltre a porre il denaro al riparo dalla svalutazione vi sarebbe stato un guadagno (che è invece mancato) che pertanto è giusto e doveroso risarcire, in via equitativa

Nello specifico in mancanza di una prova di un danno ulteriore, si ritiene appropriato concedere gli interessi legali (non apparendo più vantaggioso per l'attore considerare, secondo i criteri di cui alla sentenza n. 19499/2008 delle Sezioni Unite della Cassazione, i rendimenti netti dei titoli di stato di durata non superiore ai 12 mesi, ovvero tutte le tipologie di BOT emessi dallo Stato Italiano)

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

Il calcolo, quanto al risarcimento del danno alla persona, è stato effettuato in virtù della sentenza del 17.2.1995 n.1712 della Suprema Corte [3] procedendo prima alla **devalutazione delle somme** (cioè degli importi attualizzati alla data della sentenza) **alla data del fatto**; e **successivamente calcolando sull'importo rivalutato** gli interessi legali senza alcuna capitalizzazione.

Quanto all'eccezione dell'Assicurazione di esaurimento della garanzia, e in assenza di specifiche contestazioni da parte dell' *CP_1* pur a fronte di allegazione specifica e puntuale dei pagamenti effettuati da parte dalla *CP_2* fino a totale esaurimento del massimale, non può che essere accolta con quanto ne consegue; pur ritenendosi opportuna la compensazione non ricorrendo una vera e propria soccombenza.

Le spese di causa, quanto al rapporto fra l'attore e l'Azienda vengono regolate secondo le previsioni – orientative per il giudice che tiene conto di ogni utile circostanza per adeguare nel modo migliore la liquidazione al caso concreto- della l.24.3.2012 n.27 e del D.M. Ministero Giustizia 10.3.2014 n.55 e vengono liquidate come in dispositivo.

P.Q.M.

definitivamente pronunziando, ogni contraria domanda eccezione e deduzione respinta, così provvede:

1. DICHIARA l' *Controparte_1* **inadempiente agli obblighi di sanificazione,** per quanto espresso in motivazione; **e responsabile della contrazione di infezione ospedaliera a carico dell'attore;**

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[3] Cassazione civile, sez. un. 17/02/1995 n. 1712
L'equivalente pecuniario (nei debiti di valore) soddisfa il credito per il bene perduto, ma non anche il mancato godimento delle utilità che avrebbe potuto dare il bene, se fosse stato rimpiazzato immediatamente con una somma di denaro equivalente..... La prova, in proposito, può essere data anche mediante presunzioni semplici e facendo ricorso all'art. 1226 c.c. (criteri equitativi) e, quindi, in questo ambito di equo apprezzamento (art. 2056 c.c.) il lucro cessante può essere liquidato col criterio degli interessi, senza dovere necessariamente fare ricorso al tasso degli interessi legali (Cass. 1 dicembre 1992 n. 12839).
Nell'ambito della suddetta valutazione equitativa può tenersi conto .... calcolando gli interessi (per esempio, anno per anno) sul valore della somma via via rivalutata nell'arco del suddetto ritardo; oppure calcolando indici medi di rivalutazione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074

2. **CONDANNA** l' *Controparte_1* in favore di *Parte_1* *[…]* della complessiva somma di **€.9.970,00** oltre interessi legali dalla data della sentenza al saldo;

3. **CONDANNA**, l' *Controparte_1* in persona del legale rappresentante pro tempore al pagamento delle spese di causa in favore di *Parte_1* *[…]* che liquida in complessivi €.**9.000,00** oltre IVA CAP e spese generali, oltre per intero delle consulenze tecniche di ufficio;

4. **RIGETTA** la domanda di manleva dell *CP_1* contro la *CP_2* e compensa le spese fra le parti;

5. **RIGETTA** ogni altra domanda;

6. **SENTENZA** esecutiva

Roma lì 27.9.2018

Il Giudice
dott.cons.Massimo Moriconi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-074