

N. 4540/2023 R.G.



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI SALERNO
SEZIONE SECONDA CIVILE

Il Tribunale di Salerno, Sezione Seconda Civile, in persona del Giudice Unico,
dr.ssa Giuseppina Valiante, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa civile in I grado iscritta al ruolo al n. 4540/2023 R.G., avente ad
oggetto: responsabilità professionale

CP_1 [REDACTED] C.F.
C.F._1 [REDACTED], ivi residente alla Poseidonia n° 135, rappresentato e difeso nel
presente procedimento dall'Avv. [REDACTED] c.f.
C.F._2 [REDACTED], con il quale elettivamente domicilia ai presenti fini presso il
suo studio legale in Cava de' Tirreni, [REDACTED] giusta procura
speciale rilasciata in data odierna, 12.06.2023, in calce al ricorso introduttivo;

RICORRENTE

E

Controparte_2 [REDACTED], P.
Iva *P.IVA_1* [REDACTED], auto-assicurata per il rischio RCT/RCO, in persona del legale
rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliato per la carica presso la sede in
Salerno, [REDACTED] - [REDACTED] avente indirizzo pec
Email_1 [REDACTED] difesa, rappresentata e domiciliata nel giudizio di
ATP ex art. 696 bis c.p.c., iscritto al n. 10364/2021 R.G.C.C. del Tribunale di Salerno, presso

l'Avv. [REDACTED] ([REDACTED] CodiceFiscale_3), avente indirizzo pec:
[REDACTED] Email_2

OSSERVA

Con ricorso ex art. 281 undecies c.p.c. depositato in data 12.06.2023 [REDACTED] CP_1
[REDACTED] [...] ricorreva al Tribunale di Salerno per agire nei confronti dell' [REDACTED] [...]
[REDACTED] Controparte_2 ”, in persona del
legale rappresentante *pro tempore*, per sentire nei confronti di quest'ultima accolte le
seguenti conclusioni: “I. ritenere e dichiarare l'esclusiva responsabilità della
resistente [REDACTED] Controparte_2
[REDACTED] [...] P.Iva [REDACTED] P.IVA_1 in persona del Direttore Generale e legale
rappresentante *pro tempore*, auto assicurata per il rischio RCT/RCO, in ordine ai
danni subiti dal ricorrente [REDACTED] CP_1 che si quantificano in complessivi euro
555.927,93, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali dal dì del dovuto al
saldo, come da allegata perizia espletata nel corso del procedimento di cui all'art.
696 bis c.p.c.; per l'effetto, II. emettere sentenza di condanna della resistente
[REDACTED] Controparte_2 , P.Iva
[REDACTED] P.IVA_1 , in persona del Direttore Generale e legale rappresentante *pro tempore*,
auto assicurata per il rischio RCT/RCO, al pagamento del suddetto importo di
complessivi euro 555.927,93, per le causali di cui in premessa, in favore del
ricorrente [REDACTED] CP_1 III. condannare la resistente soccombente, [REDACTED] [...]
[REDACTED] Controparte_2 , P.Iva
[REDACTED] P.IVA_1 , in persona del Direttore Generale e legale rappresentante *pro tempore*,
auto assicurata per il rischio RCT/RCO, alla rifusione delle spese legali e
processuali, sia del giudizio di ATP 696 bis c.p.c. n. 10364/2021 che del presente
giudizio di merito, in favore del ricorrente (ammesso al patrocinio gratuito)
disponendo che lo stesso sia eseguito a favore dello Stato ex art. 133 d.p.r.115/2002”.
Allegava il ricorrente che, in data 30.11.2015, egli, a seguito di incidente stradale,
veniva trasportato, previo intervento dell'ambulanza 118, al [REDACTED] [REDACTED]
dell' [REDACTED] Org_1 [REDACTED] Controparte_2 di Salerno, ove faceva

ingresso alle ore 18.00. Ivi giunto, lamentava dolore diffuso alle costole, al bacino ed all'arto inferiore sinistro, per tanto veniva sottoposto ad esame radiologico RX del ginocchio e del femore sinistro, nonché ad esame TC del bacino, con esito di "Frattura scomposta del tetto e del pilastro posteriore dell'acetabolo a sinistra". Il trauma riportato (frattura scomposta dell'acetabolo sinistro) rendeva indispensabile ed immediato il ricovero (30.11.2015) del CP_1 presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dello stesso nosocomio, in attesa di intervento chirurgico.

In data 21.12.2015 (dunque a distanza di ventuno giorni dall'ingresso in reparto), il paziente, odierno ricorrente, veniva sottoposto ad intervento chirurgico di osteosintesi, consistito nella sutura con placca a 10 fori della frattura della colonna posteriore dell'acetabolo sinistro. La chirurgia veniva eseguita dall'equipe dei sanitari del reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'CP_2 resistente. Il paziente veniva dimesso in data 28.12.2015 con prescrizione di "divieto di carico a sinistra".

Il decorso postoperatorio era gravato da algia e dolore vivo a carico dell'articolazione coxo-femorale sinistra, severa impotenza funzionale dell'anca sinistra e paresi del nervo SPE sinistro (sciatico popliteo esterno). Per tali insorte complicazioni, in data 26.01.2016, il CP_1 faceva nuovamente ingresso al Pronto Soccorso del [REDACTED] salernitano, ove veniva posta diagnosi clinica di paresi dello SPE a sinistra e refertata la lussazione dell'anca sinistra. Tali esiti rendevano necessario nuovo ricovero presso il Reparto di Ortopedia e Traumatologia in attesa di intervento chirurgico.

In data 05.02.2016, il degente veniva sottoposto ad intervento di artroprotesi dell'anca sinistra, ossia sostituzione totale dell'anca sinistra ed applicazione di protesi artificiale (PTA-protesi totale dell'anca). La chirurgia veniva eseguita dall'equipe dei sanitari del reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'CP_2 resistente. Nei giorni successivi all'operazione chirurgica, durante i controlli clinici, i medici di turno refertavano la persistenza del deficit dello SPE a sinistra, giusta annotazione nel diario clinico del dì 10 e 11 febbraio 2016. Seguivano dimissioni

l'11.02.2016 con prescrizione di divieto di carico tramite l'uso di due bastoni canadesi e *Organizzazione_2* .

Il 20.02.2016, il *CP_1* rientrava d'urgenza, in regime di ricovero, nel reparto di Ortopedia e Traumatologia, a causa di picco febbrile serotino ed episodio di lussazione della protesi impiantata all'anca sinistra. L'arto inferiore sinistro si presentava extrarotato, accorciato e dolente. Al che il sanitario di turno decideva di praticare una manovra ortopedica di riduzione della lussazione della protesi. Durante l'intervento il chirurgo eseguiva drenaggio di ematoma ed effettuava prelievo di materiale nel sito chirurgico per esame infettivologico e colturale, il cui esito positivo rivelava la presenza di batterio *Staphylococcus Lugdunensis*, germe caratterizzato da una spiccata patogenicità e aggressività.

Il 22.02.2016 persisteva il rialzo termico (temperatura corporea 39°), per cui si disponeva esame degli indici di flogosi VES e PCR, che risultavano molto elevati: VES pari a 79 mm (a fronte di un valore normale inferiore a 12); PCR pari a 18,30 mg/dL (a fronte di un range di normalità fino a 0,500).

In data 24.02.2016, si refertava la persistenza della paralisi dello SPE.

In data 26.02.2016, a sei giorni dall'intervento, la ferita chirurgica presentava secrezioni siero ematiche, al che, alla medicazione, si decideva di svuotare l'ematoma formatosi in sede cicatriziale.

In data 27.02.2016, previa consulenza infettivologica, si disponeva terapia antibiotica con Rifampicina e Levofloxacina per il trattamento dell'infezione insorta (*St. lugdunensis*). A distanza di poche ore dalla prima somministrazione di Rifampicina, il *CP_1* presentava reazione con rush cutaneo, senso di costrizione alla gola e reazione asmatica, per cui si decideva di sospendere l'assunzione del farmaco antibiotico (Rifampicina).

Durante tutta la degenza ospedaliera persistevano la paralisi dello SPE, le secrezioni siero ematiche a livello della ferita chirurgica ed i picchi febbrili serotini. Al punto che il 29.02.2016 si ripeteva esame degli indici infiammatori, il cui esito rivelava un progressivo aumento della VES a 95 mm.

Il 3.03.2016, il CP_1 a causa di una crisi ansiosa, veniva sottoposto a visita psichiatrica, al cui esito il medico refertava "... mimica incentrata a tristezza. Ideazione a contenuto depressivo e ipocondriaco. Riduzione dell'appetito e insonnia marcate. Ansia libera. Si prescrive Org_3 , 3 gtt dopo pranzo e dopo 5 giorni 5 gtt (sempre dopo pranzo)".

Il 5.03.2016 si ripeteva l'esame colturale della ferita mediante tampone, il cui esito confermava la presenza del germe Staphylococcus Lugdunensis.

Nei giorni successivi veniva somministrata altra terapia farmacologica (inefficace) per il trattamento dell'infezione nosocomiale. Il paziente veniva così dimesso in data 17.03.2016 con prescrizione di terapia riabilitativa FKT attiva e passiva con stampelle, da intraprendere presso altra struttura.

In data 29.03.2016 il CP_1 veniva ricoverato presso il Organizzazione_4 con diagnosi di "zoppia", al fine di intraprendere percorso riabilitativo. Ivi, eseguiva, tra l'altro, esame di stimolazione motoria del nervo peroneo e tibiale sinistro con esito negativo. Nel corso della degenza proseguiva la terapia farmacologica impostata dai medici del CP_2 Ciononostante gli indici di flogosi risultavano ancora elevati (VES: 31 mm/h). Alla dimissione del 14.06.2016 veniva repertato il grave deficit della deambulazione e la persistenza della paresi dello SPE: il CP_1 difatti deambulava con l'ausilio di due bastoni canadesi per i brevi tratti di marcia e necessitava di carrozzina manovrabile da un operatore per i lunghi tratti. Per tanto, si consigliava il prosieguo della terapia riabilitativa.

Dal 05.05.2016 al 16.11.2016 rientrava nuovamente al Organizzazione_4 per il secondo ciclo di fisiokinesiterapia ed elettrostimolazione dell'arto inferiore sinistro con esiti insufficienti. Alle dimissioni persistevano la condizione di plegia e la paresi dello SPE a sinistra, divenuta irreversibile. Erano impossibili i movimenti ELA (estensore lungo dell'alluce), ECD (estensore comune delle dita), e TA (tibiale anteriore). Gli indici infiammatori (PCR 22,30 mg/L e VES 31,00 mm/h), monitorati il 30 e 31 agosto 2016, erano in costante aumento, alché il medico infettivologo, dott.ssa Persona_1 , alla visita del 14.09.2016, refertava la presenza di infezione

protesica (“infezione di protesi articolare anca sx”) e consigliava di “procedere a riprotesi in two-stage (con posizionamento di spaziatore antibiotato)”.

La revisione chirurgica veniva confermata in data 20.09.2016 anche dal dott. *Persona_2*, medico chirurgo specialista in Ortopedia e Traumatologia, il quale consigliava la rimozione della protesi infetta, l’innesto di spaziatore temporaneo antibiotato e riprotesi (in due tempi).

Riferiva il ricorrente che la diagnosi di infezione protesica (*Staphylococcus lugdunensis*) e la necessità di intervento di riprotesizzazione lo gettavano e questi aveva altre strutture accreditate, auspicando nella soluzione del danno patito.

Il 12.12.2017 si ricoverava presso *Org_5* di Milano per sottoporsi ad intervento di espianto della protesi infetta (espianto PTA e placca) ed impianto di spaziatore antibiotato cementato. Veniva eseguito esame colturale intraoperatorio risultato ancora positivo per *Staphylococcus Lugdunensis*.

Il decorso postoperatorio risultava nuovamente complicato da febbre serotina, per cui effettuava consulenza infettivologica in data 21.01.2018 presso l’ *CP_3* di Salerno che prescriveva: “aspirazione e svuotamento della raccolta con isolamento colturale e scintigrafia con leucociti marcati”.

Il 13.02.2018 si ricoverava presso l’U.O. di Ortopedia dell’ *Controparte_4* [...] di Benevento, dove, in data 20.02.2018, veniva sottoposto ad intervento di rimozione degli spaziatori e riprotesizzazione con impianto *Org_6* (innesto di nuova protesi all’anca sinistra). Seguivano dimissioni in data 28.02.2018 con prescrizione di rieducazione motoria dell’arto inferiore sinistro e terapia farmacologica.

Dal 19.03.2018 al 10.04.2018 si ricoverava al *Organizzazione_4* dove praticava fisiokinesiterapia al fine di recuperare una deambulazione autonoma. All’uscita dalla struttura ospedaliera il *CP_1* deambulava con girello per lunghi perimetri di marcia.

Nei mesi successivi, il decorso postoperatorio risultava ulteriormente complicato da una recidiva di infezione cronica della (seconda) protesi (two-stage), con netta

ripresa del dolore, PCR elevata e grave difficoltà alla deambulazione. Del che si sottoponeva ad una serie di cicli di antibiotico terapia.

Il 17.11.2018 il *CP_1* si recava a visita presso il Prof. *Persona_3* Specialista in Ortopedia e Traumatologia presso l' *Organizzazione_7* di Bologna, il quale stante il “nuovo quadro infettivo, con dolore e impotenza funzionale e rialzo PCR” consigliava al paziente di eseguire una scintigrafia ossea e disponeva l'inserimento in lista d'attesa del paziente per intervento di espianto della seconda protesi infetta.

In data 28.11.2018 il *CP_1* si sottoponeva ad esame di “scintigrafia ossea total body” con leucociti marcati presso il centro polidiagnostico *Org_8* di Salerno, il cui referto ha documentato un “[...]incremento della captazione del tracciante a carico del bacino, prevalentemente in prossimità della regione dell'anca sinistra ed in prossimità della regione intetrocanterica del femore sinistro [...] Si segnalano aree di aumentata attività a carico del rachide in toto, dei capi ossei ed articolari delle spalle delle articolazioni steno-claveari, dei gomiti, dei polsi (prevalentemente a sinistra) delle mani, delle ginocchia (porevalentemente a destra) e dei piedi, ascrivibili in prima ipotesi a patologia degenerativo-infiammatoria”.

In data 15.12.2018, il *CP_1* entrava in regime di ricovero presso la [...] *Controparte_5* dell' *Organizzazione_7* di Bologna in attesa di intervento chirurgico di espianto della seconda protesi infetta. All'esame obiettivo dell'anca sinistra, i sanitari riscontravano la “limitazione della flessione a 70°, limitazione antalgica della intra-extrarotazione ai minimi gradi e dell'abduzione/adduzione ai medi gradi”. Come pure riscontravano la paralisi del nervo sciatico, insorta successivamente al primo intervento del 2015: “obiettivamente si riscontra deficit della dorsiflessione della caviglia e dell'alluce, lieve deficit flessione attiva della coscia”. Il paziente presentava una fistola a livello della precedente ferita chirurgica con evidente secrezione di materiale purulento. Localmente la superficie epidermica laterale dell'arto sinistro si presentava arrossata e tumefatta con continue secrezioni. In data 17.12.2018 seguiva intervento chirurgico

di rimozione dell'intero impianto protesico infetto all'anca sinistra (testina femorale, stelo femorale, viti e cotile) e rimozione della fistola con numerosi prelievi colturali intraoperatori risultati positivi per *Staphylococcus epidermidis* e *Streptococcus mitis/oralis* multi resistenti. Veniva dimesso il 28.12.2018 con prescrizione di terapia antibiotica endovenosa a domicilio, riposo, verticalizzazione senza carico dell'arto operato e mobilizzazione a letto.

Dall'intervento di espianto della seconda protesi infetta (17.12.2018), il CP_1 rientra periodicamente in regime di ricovero all'ospedale Org_7 per sottoporsi a costanti operazioni di pulizia chirurgica dell'anca con prelievi colturali intraoperatori sempre positivi al germe *Staphylococcus lugdunensis*. Precisamente si segnalano i seguenti ricoveri, esami e visite di controllo avuti dal 2019: - dal 25.03.2019 al 08.04.2019 ricovero per pulizia chirurgica; - 11.06.2019 visita fisiatrica: "E.O. pz sovrappeso, parzialmente dipendente nelle attività di vita quotidiana, necessita di assistenza per vestirsi, deambula a fatica con instabilità ed alto rischio di caduta con due antibrachiali, si sposta per tratti lunghi con la carrozzina"; - 17.10.2019 visita ortopedica: "... dismetria – 8 cm a sinistra, estensione attiva della gamba sinistra non concessa ma evocabile, paralisi dello SPE in esiti primo intervento, difficoltà i passaggi posturali legati all'ipotrofia muscolare, si sposta in carrozzina [...] si spiega al paziente i rischi legati ad una nuova protesizzazione dell'anca sinistra sia infettivi che ortopedici. Per tale motivo si decide in comune accordo con il Paziente di procedere con ciclo di fisioterapia intensiva volta a migliorare la qualità della vita, l'autonomia nelle comuni attività quotidiane e ai cambi posturali. Se con tale ciclo si ottenesse una soddisfacente qualità di vita si potrebbe evitare un intervento di reimpianto che presenta notevoli rischi per il paziente";

Il ricorrente, quindi, riferiva che, in conseguenza dei riferiti fatti, egli aveva riportato un aggravamento delle proprie condizioni psicofisiche ed una grave limitazione della propria autonomia personale nello svolgimento degli atti quotidiani. Lamentava. In particolare: il grave deficit del nervo SPE all'arto inferiore sinistro, comparso a

seguito delle chirurgia del 21.12.2015; il contagio del batterio nosocomiale *Staphylococcus Lugdunensis* insorto nel corso delle degenze ospedaliera presso l' *Controparte_6* , e, medio tempore, aggravatosi, nonostante le terapie antibiotiche praticate e praticande; il deficit totale della deambulazione e la compromissione definitiva delle capacità motorie, essendo costretto all'uso quotidiano della carrozzina, anche per i brevi tratti. Allo stato, difatti, é stata esclusa una nuova protesizzazione dell'anca sinistra per i notevoli rischi infettivi ed ortopedici ad essa legati”.

Lamentava il ricorrente altresì il danno estetico dovuto alla cicatrice chirurgica costantemente edematosa e purulenta con secrezioni siero ematiche per la ancora attuale formazione di raccolta flogistica nel sottocute.

Nonché gli ulteriori danni patrimoniali e non patrimoniali, subiti e subendi, niuno escluso, di cui il ricorrente rivendicava l'integrale risarcimento nei confronti della *Controparte_2* resistente, anche per le condotte tenute dai sanitari ausiliari, del tutto imperite, negligenti e non conformi alle buone pratiche mediche.

Lamentava, ancora, il ricorrente, che la gravissima menomazione insorta ha completamente alterato le sue abitudini e gli assetti relazionali, inducendolo a scelte di vita diverse da quelle antecedenti al fatto dannoso. In particolare, oltre alla compromissione totale della deambulazione, il danneggiato, non può più attendere autonomamente agli ordinari atti di vita quotidiana (vestirsi, lavarsi etc.) essendo costantemente assistito dai propri familiari conviventi; in epoca antecedente agli interventi chirurgici del 21.12.2015 (osteosintesi) e del 05.02.2016 (artroprotesi anca sinistra), ha svolto attività di bracciante agricolo alle dipendenze di varie aziende. Ad oggi, lo stato invalidante impedisce lo svolgimento di tale mansione, versando il ricorrente in stato di inoccupazione dal 2015, con conseguente grave contrazione economica reddituale per sé ed il proprio nucleo familiare.

Riferiva, poi, il ricorrente che, sottoposto a visita collegiale, la Commissione Medica competente nella seduta del 22.07.2021 ha riconosciuto il Sig. *CP_1* soggetto PORTATORE DI HANDICAP in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3,

della L. 5.02.1992 n. 104 e nella stessa seduta lo ha riconosciuto “INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani (L.18/80)”.

In data 31.12.2021, il ricorrente promuoveva, dinanzi all’intestato Tribunale, nei confronti dell’ *Controparte_2*

[...] P.Iva *P.IVA_1* ricorso ex art. 696 bis c.p.c. e art. 8 e ss. L. 24/2017 (cd. Legge Gelli – Bianco).

Lamentava il ricorrente che, benché il collegio peritale nominato avesse affermato la responsabilità dei sanitari che lo avevano avuto in cura, alcun risarcimento ne era seguito.

Tanto premesso, il ricorrente articolava le conclusioni già sopra articolate.

Instaurato il contraddittorio, si costituiva in giudizio la struttura resistente, in persona del l.r.p.t., con memoria di costituzione e risposta, con cui, in via preliminare, faceva istanza di mutamento del rito, posto che il caso di specie richiederebbe una completa istruttoria per la natura delicata e tecnicamente complessa.

La resistente, quindi, eccepiva la infondatezza della domanda, per avere i sanitari adempiuto in modo esatto le obbligazioni derivanti dal contratto di ospedalità .

Evidenziava la resistente come non fossero rilevabili spunti censurabili nell’operato dei sanitari che ebbero in cura il Sig. *CP_1* nel corso dei suoi ricoveri presso la *Contr* di Salerno e durante i suoi accessi al PS.

Contestava la resistente che sussistesse nesso eziologico tra la condotta dei sanitari ed i danni asseritamente risentiti, posto che, dalla disamina dell’atto introduttivo di controparte è emerso che il ricorrente, dopo essersi sottoposto ai primi due interventi presso l’ *CP_7* , si sia ricoverato presso altre strutture specializzate, ovvero

Org_5 di Milano, l’ *Controparte_4* , l’ [...]

Controparte_4 di Benevento, l’ *Organizzazione_9* *CP_8*

Secondo la difesa della resistente struttura sanitaria l’operato dei sanitari che ebbero in cura il sig. *CP_1* nel corso della degenza, è da considerare esente da censure in quanto essi utilizzarono terapie idonee al caso in esame ed indispensabili per evitare

future complicazioni. Non sarebbe, invece, possibile accertare quale fattore abbia concretamente inciso sul corretto decorso delle condizioni di salute del paziente.

Eccepire la resistente, poi, che parte ricorrente aveva già presentato ed ottenuto richiesta di risarcimento danni dalla Compagnia Assicurativa competente, relativamente al sinistro di cui è stato vittima il 30.11.2015, come emerso da informazioni acquisite, con conseguente rischio di duplicazione del risarcimento.

La resistente, in particolare, evidenziava che, sulla scorta di informazioni assunte, era emerso che la compagnia assicurativa CP_9 aveva provveduto al risarcimento delle lesioni di invalidità permanente nella misura del 45,50% per un importo pari ad € 400.000,00 a seguito di transazione stragiudiziaria.

In subordine, la difesa della struttura sanitaria resistente contestava la sussistenza dei danni lamentati, in quanto privi di riscontro e generici.

Tutto ciò premesso, la resistente articolava le seguenti conclusioni: “in via preliminare e pregiudiziale: -disporre il mutamento del rito da cognizione semplificata a cognizione piena, in quanto il caso di specie richiede una completa istruttoria per la natura tecnicamente complessa della vicenda de quo; in via principale: - respingere, in quanto infondate in fatto ed in diritto, le domande formulate dal ricorrente nei confronti della CP_7, in persona del suo legale rappresentante pro tempore, per i motivi tutti di cui in narrativa; -nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda di parte ricorrente, contenere la stessa e le relative richieste nella reale ed effettiva sola entità del danno differenziale residuo, in quella misura che risulterà in corso di causa. Con vittoria di spese diritti ed onorari”.

In prima udienza le parti insistevano nelle rispettive istanze.

In particolare, la difesa della struttura sanitaria chiedeva, ai sensi e per gli effetti dell'art. 210 c.p.c. e/o 213 c.p.c. al ricorrente e/o alla competente Compagnia Assicurativa, CP_10 e/o al Casellario Centrale Infortuni, in persona del legale rappresentante p.t. (con sede in Roma alla [REDACTED], l'esibizione in giudizio di copia: a) della lettera di costituzione in mora del Sig. CP_1 relativamente al sinistro stradale avvenuto in data 30.11.2015 b) della consulenza

medica di parte eseguita dal fiduciario della Compagnia di Assicurazione sulla persona del Sig. CP_1 relativamente al sinistro stradale avvenuto in data 30.11.2015 c) dell'atto di transazione/ quietanza di pagamento del risarcimento pagato al Sig. CP_1 relativamente al sinistro stradale avvenuto in data d) dell'attestazione relativa alla percentuale di danno biologico riconosciuto al Sig. CP_1 relativamente al sinistro stradale avvenuto in data 30.11.2015 ; e) dell'attestazione delle lesioni risarcite al Sig. CP_1 relativamente al sinistro stradale avvenuto in data 30.11.2015. Chiedeva, altresì, disporsi la rinnovazione delle operazioni peritali nominando un nuovo collegio che riesamini la vicenda alla luce della valutazione dei protocolli medici relativi ai rischi infettivi offerti in produzione.

La difesa del ricorrente, invece, così deduceva: “I. quanto alla domanda di mutamento del rito dedotta da controparte, deve rilevarsi la assoluta inammissibilità, improcedibilità, illegittimità, oltre che infondatezza della richiesta, atteso che il procedimento semplificato costituisce il RITO ESCLUSIVO per la trattazione e la decisione delle cause di risarcimento del danno da responsabilità sanitaria disciplinate dalla l. 8 marzo 2017, n. 24 (art. 8, comma 3), le cui disposizioni sono state corrispondentemente modificate all’art. 15 del d.lgs. 149/2022.

Ne consegue la inammissibilità della richiesta ex adverso di passaggio al rito ordinario, in quanto non conforme al dettato normativo di recente introduzione. Nel merito, II. quanto all’asserito esatto adempimento da parte dei sanitari delle obbligazioni derivanti dal contratto di ospedalità, nonché all’esclusione di responsabilità per ricovero presso altre strutture ospedaliere – interruzione nesso di causalità, anzitutto questa difesa eccepisce la assoluta inammissibilità delle allegazioni difensive di controparte, e della relativa documentazione prodotta, poiché affacciate per la prima volta nella presente fase di merito, anziché nella precedente fase dell’accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c., giudizio in cui l’A.O.U. ha preso parte a mezzo difensore e proprio consulente tecnico. Del che controparte è decaduta dalla proposizione di tali eccezioni e dalla possibilità di

depositare, in questa fase, documentazione non più ammissibile all'esame tecnico già espletato dai consulenti dell'Ufficio. Detta documentazione, pertanto, deve essere espunta dal fascicolo d'ufficio. Nel merito, le generiche eccezioni avversarie sono prive di fondamento giuridico e fattuale. Esse sono facilmente confutabili alla semplice lettura della consulenza tecnica d'ufficio resa dai CC.TT.UU. dott. **Per_4** e **Per_5** nel giudizio di ATP 696 bis c.p.c., le cui conclusioni sono di estrema chiarezza e linearità: “Per quanto concerne le Responsabilità della Struttura, non è stato fornito alcun elemento di valutazione che consenta di stabilire la correttezza e l'adeguatezza dell'attivazione di tutti i protocolli relativi a disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione di ambienti e materiali. In ogni caso, è indiscutibile che l'infezione venne contratta a seguito dell'intervento di artroprotesi d'anca del 05/02/16 e nessuna condizione predisponente o concausale preesistente è stata rilevata dagli atti. 3) Pur trattandosi di intervento complesso, quello surriportato, non comportava la soluzione di problemi tecnici di “speciale difficoltà” ed era ampiamente proporzionata allo specifico livello di competenza dei sanitari della Struttura; 4), 5) Posto che non sono stati ravvisati errori medici specifici ma che le lesioni riportate dal ricorrente sono ascrivibili ad oggettiva Responsabilità della Struttura Sanitaria. 6) Lo stato psicofisico del periziando all'epoca non presentava alcuna criticità, né patologie incidenti sulla disabilità oggi accertata. 7) L'infezione nosocomiale, causa dell'attuale disabilità del periziando, ha comportato un Danno Differenziale (rispetto a quello atteso dalle lesioni per cui venne trattato) consistente in: Danno Biologico Temporaneo 1002 giorni di ITT; Danno biologico Permanente 50% (sul 60% complessivo attuale). Non vi sono sufficienti elementi documentali per stabilire se sussista un effettivo Danno Lavorativo Specifico (il “generico” rientra nel DBP), tuttavia rispetto all'attività lavorativa dichiarata di giardiniere si potrebbe considerare una “Personalizzazione” del danno nella misura massima. A parte va considerato il Danno Morale, da riconoscere nella misura massima in considerazione della gravità delle limitazioni esitate e della incidenza su tutte le attività del quotidiano.[...]” (cfr. pg. 30 e 31 doc. 3, allegato al ricorso introduttivo). Per giunta,

si evidenzia che, nel giudizio di ATP preventiva 696 bis c.p.c. (r.g.10364/2021), l' *Controparte_2* per mezzo del proprio CTP dott. *Persona_6* ha CONFERMATO ed ADERITO alle valutazioni tecniche dei CC.TT.UU. relativamente all'infezione nosocomiale. Tanto si evince dalle "Note alla bozza di CTU *Persona_7* (RG 10364/2021 – Trib. Salerno)" datate 08.03.2021, rese e sottoscritte dal dott. *Testimone_1* CT dell' *CP_2* il quale testé osservava: "Dopo attenta lettura della bozza della CTU inviata dai consulenti, si rileva quanto segue.

Pur genericamente concordando coi CCTTUU relativamente alla eziologia della infezione nosocomiale ed alla sua valutazione medico-legale, appare indispensabile chiarire con estrema urgenza se e in che misura il periziando sia stato già risarcito in ambito RCA da una Compagnia Ass.va e quali fattispecie di danno e lesioni siano state valutate. Solo in tal modo potrà essere determinato un eventuale danno differenziale a carico della *CP_2* anche ai fini di una eventuale conciliazione".

Quanto all'asserito divieto di locupletazione del danno ed alla richiesta di ordine di esibizione di documenti ex art. 210 c.p.c. dedotti da controparte, la difesa del ricorrente ne eccepiva la inammissibilità, atteso che l'eventuale indennizzo percepito dal *CP_1* a seguito del sinistro stradale nulla a che vedere con il presente giudizio afferente parti e fatti di causa del tutto distinti, posto che la presente controversia attiene ad altri profili, ovvero al danno patito e patiendo dal ricorrente a seguito dell'infezione nosocomiale contratta presso la struttura ospedaliera convenuta in giudizio.

Alla prima udienza le parti insistevano nelle rispettive richieste; il Tribunale, accolta l'istanza ex art. 210, a seguito della esibizione della documentazione ad opera del terzo, rinviava la causa per discussione orale e decisione e la causa era riservata in decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Occorre richiamare gli approdi delle giurisprudenza in tema di responsabilità sanitaria, nonché valutata l'incidenza che sulla stessa può assumere la legge del 17.03.2017 n. 24 (cd. legge Gelli), entrata in vigore il 1° aprile 2017, che a breve distanza dalla cd. legge Balduzzi (art. 3, comma 1, del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189) ha ridisegnato il regime della re-sponsabilità sia delle strutture sanitarie sia degli esercenti la professione sanitaria.

Ed invero, nessun problema si pone ai fini dell'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria, in quanto il relativo regime che, sin dalla sentenza a Sezioni Unite della Corte di Cassazione, n. 577/2008, è stata strutturato come responsabilità contrattuale da inadempimento dell'atipico "contratto di ospedalità" e che può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., oltre che all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, anche, ai sensi dell'art. 1228 c.c. all'inadempimento della prestazione medico professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, anche se in assenza di un rapporto di lavoro subordinato (cfr. tra le ultime pronunce quella di Cass., sez. III, 05/12/2013, n. 27285).

L'art. 7 della cd. Legge Gelli, infatti, ha pienamente recepito tale indirizzo giurisprudenziale prevedendo, al primo comma, che "la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorchè non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose", ed estendendo, al secondo comma, tale disciplina anche alle ipotesi di prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Da ciò deriva che non essendo intervenuto il legislatore in senso innovativo, non si pone alcuna questione di diritto intertemporale in materia di responsabilità della struttura sanitaria.

Dalla natura contrattuale della responsabilità discende l'applicazione dei più generali principi affermati dalle Sezioni Unite nella nota sentenza n. 13533 del 2001, secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione del contratto, per il risarcimento del danno o per l'adempimento, ha l'onere di provare la fonte (le-gale o negoziale) del proprio diritto, mentre può limitarsi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento dell'altra parte, gravando su quest'ultima (ovvero sul debitore convenuto) l'onere di provare l'esistenza di un fatto estin-tivo, ovvero dell'avvenuto adempimento. La Suprema Corte, a Sezioni Unite, ha, poi, confermato, con la nota sentenza n. 577 dell'11/01/2008 l'applicabilità di questi principi anche alla responsabilità medica prevedendo che "in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professio-nale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed alle-gare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimen-to non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante".

Resta, invece, a carico del debitore l'onere di provare il proprio esatto adempimento.

Con la conseguenza per cui la distinzione tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessi-tà non rileva più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma deve essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario allegare e provare che la prestazione era di particolare difficoltà.

In buona sostanza, al paziente è richiesto di provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza dover provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale; il medico (ovvero l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria) deve dimostrare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi furono determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (cfr. sul punto Cass., sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997).

Da ultimo, tale impostazione è stata recepita dalle Sezioni Unite della Suprema Corte (cfr. sentenza 11 gennaio 2008, n. 588), che hanno altresì affrontato la questione della dimostrazione del nesso di causalità, rilevando che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno". In definitiva, nell'ambito di responsabilità professionale sanitaria, la previsione dell'art. 1218 cc solleva il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento.

Chi invoca il risarcimento, pertanto, deve sempre dimostrare che il peggioramento dello stato di salute del paziente sia dipeso dalla condotta dei sanitari. Con la sentenza n. 6593/19 la Corte di Cassazione ha, infatti, statuito che "è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento", onere che

va assolto "dimostrando con qualsiasi mezzo di prova che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno" (Cass. n. 18392/17).

La Suprema Corte individua un "doppio ciclo causale" (Cass. 18392/2017) così strutturato:

1. il creditore-danneggiato deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza o l'aggravamento della patologia o la morte e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto),
2. il debitore-danneggiante deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto).

Nella ricostruzione del nesso causale, sul piano probatorio, ciò che muta sostanzialmente tra il processo penale e quello civile è che nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (cfr. Cass. Pen. S.U. 11 settembre 2002, n. 30328, Franzese), mentre nel secondo vige la regola della pre-ponderanza dell'evidenza o "del più probabile che non".

Nel caso in esame, non è in contestazione l'esistenza del contratto, avendo il ricorrente comprovato i plurimi ricoveri presso la struttura resistente.

Il ricorrente – quanto alla allegazione di un profilo di inadempimento specifico – lamenta che dalla osteosintesi cui fu impropriamente sottoposto in data 21.12.2015 (a distanza di ventuno giorni dall'ingresso in reparto), consistito nella sutura con placca a 10 fori della frattura della colonna posteriore dell'acetabolo sinistro, sarebbero sorte conseguenze nefaste con peggioramento del proprio stato di salute.

Invero, dalla impropria osteosintesi sarebbero seguite la diagnosi clinica di paresi dello SPE a sinistra e referto di lussazione dell'anca sinistra⁵, tali da rendere necessario nuovo ricovero per la sottoposizione, in data 05.02.2016, ad intervento di artroprotesi dell'anca sinistra, ossia sostituzione totale dell'anca sinistra ed applicazione di protesi artificiale (PTA-protesi totale dell'anca).

Neppure tale intervento sarebbe stato risolutivo, in quanto sarebbe stato necessario ulteriore ricovero con manovra ortopedica di riduzione della lussazione della protesi ed insorgere di infezione da batterio *Staphylococcus Lugdunensis*, germe caratterizzato da una spiccata patogenicità e aggressività.

Dopo varie altre vicissitudini, il paziente era sottoposto presso altra struttura e nel persistere della infezione protesica, ad intervento chirurgico di rimozione dell'intero impianto protesico infetto all'anca sinistra (testina femorale, stelo femorale, viti e cotile) e rimozione della fistola con numerosi prelievi colturali intraoperatori risultati positivi per *Staphylococcus epidermidis* e *Streptococcus mitis/oralis* multi resistenti²⁹; dimissione il 28.12.2018 con prescrizione di terapia antibiotica endovenosa a domicilio, riposo, verticalizzazione senza carico dell'arto operato e mobilizzazione a letto.

Il ricorrente ha, dunque, chiaramente individuato il profilo di inadempimento qualificato ascritto ai sanitari.

E' necessario muovere ogni considerazione partendo dall'esame dell'elaborato peritale depositato nell'ambito del procedimento per a.t.p., ritualmente acquisito agli atti del presente giudizio.

Si legge nella perizia, a firma dei dottori *Persona_8* e *Persona_9*, che "Sulla base degli atti esaminati, il solo intervento chirurgico del 05/02/16 è idoneo ad acquisire valore di momento causale nella produzione della infezione da *Staphylococcus Lugdunensis*. Dalla documentazione sanitaria, infatti, non si evincono altri momenti causali che potrebbero aver determinato una tale contaminazione: all'epoca del primo intervento non era presente febbre, né fratture esposte né vi sono stati ulteriori interventi chirurgici prima dell'accesso del 26/01/16 in cui veniva diagnosticata e trattata chirurgicamente la lussazione d'anca; è evidente che si tratti di "infezione esogena".

"Nulla è stato fornito dalla struttura per documentare la prevenzione effettuata nel "teatro operatorio": l' *CP_2* si limita a dichiarare genericamente nella propria

costituzione in giudizio che “..applica tutti i protocolli appropriati di indagine di laboratorio e strumentali, consulenza specialistiche, terapia medica antibiotica ed antibiogramma secondo le linee guida consolidate..”. La situazione delle Strutture Sanitarie, invece, è ben più complessa dal momento che neanche la detersione delle attrezzature, arredi, suppellettili ed il loro posizionamento nella camera operatoria consente di escludere che già problematiche inerenti la sala possano essere a monte dell’infezione (efficienza dei filtri, dei sistemi di ricambio d’aria o di condizionamento); per altro, in ogni caso non è possibile escludere anche altri momenti causali legati alla barriera di protezione del team chirurgico e, addirittura, alla “preparazione” del paziente. Dunque, vigendo in tale ambito di valutazione medico legale la “*inversione dell’onere della prova*”, si può a ragione concludere che nulla è stato fornito dalla Struttura che risulti idoneo ad escludere proprie oggettive responsabilità nella procurata infezione. Diversamente, per quanto concerne l’attività di stretta competenza degli operatori Chirurghi, va sottolineato che la profilassi antimicrobica pre-operatoria è da ritenersi corretta, secondo quanto previsto dalle Linee guida nazionali e internazionali (somministrazione di *Org_10* al dosaggio di 1 g eseguita). Pertanto, l’infezione insorta in ambito chirurgico, non fu eradicata (partendo dal sito di impianto) e si rese necessaria tutta una serie di interventi successivi esclusivamente intesi a contrastare i danni legati all’infezione insorta, fino a giungere alla necessità di un intervento di rimozione definitiva della protesi ed alla rinuncia (per lo meno attuale) di effettuare ulteriori ri protesizzazioni. Questo non solo comportò un abnorme incremento del periodo di cure post-chirurgico previsto per l’intervento originario, ma soprattutto determinò la perdita di effettuare passaggi posturali alla stazione eretta, di mantenere la stazione eretta e di deambulare. L’intervento iniziale di “osteosintesi dell’acetabolo” avrebbe comportato tempi di immobilizzazione assoluta per tre mesi con successivo periodo di riabilitazione di almeno ulteriori 3 mesi. Nel caso in esame, invece, il periodo di assoluta inabilità va considerato quanto meno fino alla data di stabilizzazione dei postumi, che viene convenzionalmente individuata nella dimissione del ricovero presso l’ *Org_11*

di Bologna per l'espanto definitivo della protesi: dimissione del 28/12/18. Dunque, con esclusione dei 3 di inabilità assoluta che avrebbe comportato il primo intervento di osteosintesi, il periodo di malattia da riconoscere come ITT è di 1002 giorni. Per quanto concerne il DBP, la condizione attuale coincide con la voce tabellare di *“amputazione monolaterale di coscia a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace, 45-60%”* e, considerata l'impossibilità di una futura protesizzazione, va preso come riferimento il range tabellare massimo: 60%. Naturalmente dal momento che la lesione originaria avrebbe comportato un danno biologico non inferiore al 10% in considerazione dell'estensione della frattura a livello acetabolare, il Danno Biologico Differenziale da riconoscere è del 50%. Va anche considerato che la *“Capacità Lavorativa Specifica”* del periziato (giardiniere) risulta impedita a causa della impossibilità di mantenere autonomamente la stazione eretta; tuttavia, Parte Attrice non ha adeguatamente documentato tali aspetti (la posizione contributiva, l'effettivo esercizio dell'attività in via continuativa, etc), per cui ci si trova nell'impossibilità di accluderli alla valutazione. In alternativa, questo, eventualmente, potrebbe dare seguito al riconoscimento di una *“personalizzazione”* del danno nella misura massima. A parte va considerato il Danno Morale, da riconoscere nella misura massima in considerazione della gravità delle limitazioni esitate e della incidenza su tutte le attività del quotidiano. Va per mero scrupolo evidenziato che necessiterebbe verificare se il risarcimento ottenuto in ambito di RC per il sinistro stradale è stato *“globale”*, cioè se ha contemplato anche la quota che oggi viene riconosciuta al periziato quale indennizzo per l'infezione nosocomiale. Le spese sostenute per motivi di cura agli atti, tutte compatibili, risultano complessivamente di € 1548,93.”.

Le conclusioni dei cc.tt.uu. si palesano condivisibili, per essere scevre da vizi metodologici e logici intrinseci od estrinseci.

D'altro canto, in tema di infezioni nosocomiali, secondo l'insegnamento della Suprema Corte, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della

contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico) (cfr. Cassazione civile sez. III, 13/06/2023, n.16900).

Occorre, dunque, in primo luogo vagliare se il paziente abbia, o meno, dato prova, anche presuntiva, di avere contratto l'infezione in ambito ospedaliero: la prova deve ritenersi raggiunta, aderendo alle considerazioni dei cc.tt.uu. in ordine al fatto che risultano soddisfatti il criterio causale e cronologico.

Occorre, ora, verificare se la struttura convenuta abbia o meno dato evidenza di avere adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente, come sopra chiarito, nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio, (cfr. Cassazione civile sez. III, 13/06/2023, n.16900).

Non basta, dunque, che la struttura indichi – eventuali procedure di sterilizzazione in vigore presso la stessa, e comprovi di avere adottato dei protocolli specifici diretti a scongiurare l'insorgere delle infezioni ospedaliere; occorre, altresì, che la struttura comprovi che tali procedure siano state poste in essere nel caso specifico, prova del tutto assente nel caso in esame.

Il ricorrente ha, dunque, diritto, risarcimento del danno conseguente alla infezione nosocomiale contratta nel corso del ricovero presso la struttura.

Tuttavia, deve ritenersi dimostrato – sulla scorta della documentazione depositata dall'assicuratore ex art. 210 c.p.c., che le somme già ricevute dal ricorrente dall'assicuratore del veicolo coinvolto nel sinistro, a titolo

transattivo, abbiano risarcito almeno in parte il danno alla salute lamentato dal ricorrente: invero, dall'esame della perizia del fiduciario della Compagnia, si ricava che lo stesso, ritenuta la compatibilità delle lesioni con il sinistro, teneva conto del quadro clinico come stabilizzatosi già a fine del 2016; il consulente, invero, valorizza la circostanza che il soggetto deambuli con due bastoni canadesi per tragitti medi, mentre per tragitti brevi deambula con un bastone canadese indossando la molla di Codevilla a sinistra; e che utilizza per lunghi tragitti la carrozzina; tiene conto di abduzione ed abduzione anca sinistra a 30° flessione a 90°; Plegia dello SPE a sinistra (non possibili i movimenti di Ela, Ecd, Ta), ipoestesia della gamba sinistra lungo il decorso dello spe a sinistra.

Deve, dunque, ritenersi che il risarcimento già percepito abbia coperto parzialmente le lesioni patite nel complesso dal paziente, tal che dall'ammontare dell'importo che sarà ritenuto liquidabile all'esito di questo giudizio andrà defalcato quello già liquidato dall'assicuratore, onde scongiurare la duplicazione risarcitoria.

Sul danno e sulla sua quantificazione

La domanda, in definitiva, è fondata e va accolta.

Il danno da calcolare è un danno differenziale: va, in proposito, ricordato che, in tema di liquidazione del danno alla salute, l'apprezzamento delle menomazioni preesistenti "concorrenti" in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto stimando, prima, in punti percentuali, l'invalidità complessiva, risultante cioè dalla menomazione preesistente sommata a quella causata dall'illecito e, poi, quella preesistente all'illecito, convertendo entrambe le percentuali in una somma di denaro, con la precisazione che, in tutti quei casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di condurre una vita normale, lo stato di invalidità anteriore al sinistro dovrà essere considerato pari al cento per cento; procedendo, infine, a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità

complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto (cfr. Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n.28986).

Procedendo a trasformare in somme di denaro l'invalidità complessiva e quella che sarebbe residua comunque al ricorrente, si ottengono i seguenti valori, utilizzando le tabelle di Milano, in uso anche presso questo Ufficio:

€ 600.004,00 corrispondenti alla invalidità al 60%(tenuto conto anche della quota di sofferenza soggettiva ricompresa nel punto tabellate) ed **€ 26.168,00** corrispondenti alla invalidità al 10 % (comprensiva di quota di sofferenza soggettiva), tenuto conto dell'età del ricorrente al momento dell'intervento di osteosintesi (42 anni) e del valore del punto base ITT di € 115,00.

Il danno non patrimoniale complessivamente risarcibile ammonta, dunque, alla differenza tra i due valori, pari ad **€ 573.836,00**, tenendo conto del ristoro per la sofferenza soggettiva già ricompreso nel punto tabellare.

Spettano poi, a titolo di risarcimento di ITT per giorni 1002, considerando come punto base € 115,00, complessivi **115.230,00**.

Si giunge, così, al complessivo importo di € (573.836,00 + 115.230) **689.066,00**.

L'importo liquidabile ammonta alla differenza tra tale importo e quanto già ricevuto dal ricorrente, a titolo di risarcimento in via transattiva,, ovvero ad € **89.062,00**.

Sulla predetta somma di **€ 89.062,00** non è dovuta rivalutazione monetaria, trattandosi di importo già liquidato all'attualità.

Sono dovuti, invece, sulla somma di **€ 89.062,00** gli interessi al saggio legale dalla data del primo intervento di osteosintesi sulla somma devalutata a quella data e sino al soddisfo, previa rivalutazione di anno in anno della somma stessa.

Quanto alla perdita della capacità lavorativa, va evidenziato che non vi sono evidenze documentali in ordine alla capacità reddituale precedente del ricorrente; inoltre, benché il ricorrente abbia dedotto e provato di essere stato giudicato invalido

civile al 100 % dall'CP- giusta verbali di commissione medica in atti (ccrfr. Allegati 26 e 27), lo stesso non ha provato l'entità della pensione di invalidità civile riconosciutagli.

Come noto, però, la compensatio lucri cum danno si applica anche in caso di risarcimento danni da sinistro stradale con la pensione di invalidità riconosciuta dall'CP-1 il quale ha diritto di agire in surroga nei confronti del terzo responsabile e del suo assicuratore; al danneggiato spetta il solo danno differenziale ossia quello non coperto dall'indennizzo (cfr. Cassazione civile , sez. III , 19/02/2019 , n. 4734).

Il ricorrente, dunque, avrebbe dovuto provare che l'indennizzo non avesse coperto l'effettivo danno da perdita della capacità lavorativa specifica.

Quanto alle spese mediche, è attestato il pagamento di € **1548,93**.

Trattandosi di un debito di valore, all'importo di € **1548,93** deve essere applicata la rivalutazione monetaria, a partire dalla data degli esborsi alla data di pubblicazione della presente sentenza.

Sono altresì dovuti gli interessi legali sulla somma via via rivalutata dalla data degli esborsi fino alla data di pubblicazione della presente sentenza e gli interessi al tasso legale sul capitale rivalutato dalla data di comunicazione della presente sentenza fino al saldo.

Le spese di lite vanno poste a carico della resistente; tali spese (di merito e della fase di a.t.p.) sono liquidate in dispositivo tenendo conto del d.m. 147/22, tenendo conto del valore del *decisum*, dell'attività processuale effettivamente svolta, e parametrando a valori medi per tutte le voci; le spese di CTU vanno poste a definitivo carico della convenuta struttura sanitaria.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, in persona del giudice, dr.ssa Giuseppina Valiante, definitivamente pronunciando, contrariis reiectis, così provvede:

1) Accoglie, per quanto di ragione, la domanda, e per l'effetto, condanna l' [...]

Controparte_2 resistente, in persona del l.r.p.t., al pagamento in favore di

CP_1 , delle seguenti somme: a) € **89.062,00** per le causali di cui in

motivazione, oltre accessori da calcolarsi come in motivazione; b) € **1.548,93** per le causali di cui in motivazione ed accessori da calcolarsi come in sentenza;

2) Condanna l' Controparte_12 in persona del legale rapp.te p.t., al rimborso in favore dell'Erario, a) delle spese di lite del giudizio di merito, che liquida nel loro complessivo ammontare (1/1) in € 14.103,00 per compenso di avvocato, decurtato di metà ex art. 130 tusg in € **7.051,50**, oltre rimborso spese generali al 15%, iva e cpa come per legge; b) delle spese del procedimento per a.t.p., che liquida in € 3.827,00 per compenso di avvocato, decurtate ex art. 130 tusg in € **1.913,50**, oltre rimborso spese generali al 15%, iva e cpa come per legge;

3) Pone le spese di CTU a definitivo carico della Contr convenuta.

Salerno, 19.10.24

Il GU

Dr.ssa Giuseppina Valiante