REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI S. MARIA CAPUA VETERE

TERZA SEZIONE CIVILE

Il Giudice onorario, dott.ssa Carmela Sorgente, ha pronunziato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa iscritta al n. R.G. 1140/2021 Gen. Aff. Cont. avente ad oggetto: "responsabilità professionale" e vertente

TRA

Parte_1 (C.F. *C.F._1* , rappresentato e difeso in virtù di procura rilasciata su foglio separato e allegata all'atto di citazione dall'avv. [redacted] presso il cui studio in Caserta [redacted] elettivamente domicilia.

- ATTORE -

E

Controparte_1 (C.F./P.IVA *P.IVA_1*), in persona del Direttore Generale e legale rappresentante p.t., Dott. *Controparte_2* rappresentata e difesa, in virtù di deliberazione di conferimento incarichi legali [redacted] dall'avv. [redacted] e con la stessa elettivamente domiciliata in S. Maria C.V. (CE) alla [redacted] pal. [redacted] giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta ed in esecuzione della determina dirigenziale [redacted] dall'avv. [redacted] tutti elettivamente domiciliati presso la Casa Comunale, in Caserta alla [redacted]

- CONVENUTA -

NONCHÉ

Dott. *Controparte_3* (C.F. *C.F._2*)

- CONVENUTO CONTUMACE -

C O N C L U S I O N I

Le parti concludevano come da verbali di causa, atti difensivi e comparse conclusive.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO

Si premette che la parte relativa allo svolgimento del processo viene omessa alla luce del nuovo testo dell'art. 132 comma 2, n. 4 C.P.C. (come riformulato dall'art. 45, comma 17 della L. 69

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

del 2009, peraltro applicabile anche ai processi pendenti in forza della norma transitoria di cui all'art. 58, comma 2 legge cit.) nel quale non è più indicata, fra il contenuto della sentenza, la "esposizione dello svolgimento del processo", bensì "la concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione", dovendosi dare, altresì, applicazione al novellato art. 118, 1° comma, disp. attuaz. c.p.c., ai sensi del quale "la motivazione della sentenza di cui all'articolo 132, secondo comma, n. 4), del codice consiste nella succinta esposizione dei fatti rilevanti della causa e delle ragioni giuridiche della decisione, anche con riferimento a precedenti conformi".
Richiamasi in questa sede il contenuto degli atti di causa tutti, delle memorie prodotte nei termini concessi, delle deduzioni svolte a verbale d'udienza, delle conclusioni rassegnate.

Per quanto utile alla decisione è sufficiente ricordare che, con atto di citazione ritualmente notificato, il sig. *Parte_1* citava in giudizio dinanzi al Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, l' *Controparte_4* ed il dott. *Controparte_3* al fine di sentire accertare in via principale la responsabilità contrattuale della convenuta *Controparte_1* anche ai sensi dell'art.7 legge n. 24/17, per gli errori commessi in ordine all'intervento chirurgico del 06/7.12.2017, nonché per una infezione del sito chirurgico, di tipo nosocomiale, contratta in seguito al successivo intervento chirurgico cui si sottoponeva presso la medesima struttura ospedaliera il data 19.12.2018, che comprometteva l'atteso esito anatomo funzionale post-chirurgica e per l'effetto, condannarla al risarcimento dei danni sia patrimoniali sia non patrimoniali subiti, come indicati nella relazione tecnica di parte a firma del dott. *Per_1* o nella misura da quantificarsi in sede di C.T.U., comunque entro i limiti di € 26.000,00; in via subordinata, chiedeva accertare la responsabilità extracontrattuale del dott. *CP_3* per gli errori commessi nel trattamento sanitario riservato all'attore e, per l'effetto, condannarlo, in solido con l' *CP_5* onvenuta o in via esclusiva, al risarcimento di tutti i danni subiti e subendi dallo stesso, oltre interessi e rivalutazione monetaria ex lege; in via ancor più subordinata, chiedeva accertarsi il diritto dell'attore al risarcimento per perdita di chance subita in ragione delle maggiori sofferenze patite durante il trattamento sanitario in oggetto e, previa quantificazione dello stesso in via equitativa, condannare i convenuti al relativo pagamento.
Nello specifico, deduceva l'attore di essere stato ricoverato in data 06.12.2017 presso l' *[...] Controparte_6* , alle cure del dott. *CP_3* , per la distorsione e distrazione del legamento crociato anteriore del ginocchio destro, e di essere stato ivi sottoposto ad intervento di ricostruzione del legamento in artroscopia ma che, a seguito di tale operazione, il problema fisico invece di risolversi, peggiorava, posto che, dopo il predetto intervento veniva rilevata la presenza, all'interno dell'articolazione operata, di numerosi corpi estranei metallici con elevata probabilità dovuta dalla rottura della fresa utilizzata durante l'operazione, nonché dal mancato controllo intraoperatorio della cavità articolare al termine della procedura artroscopica; deduceva altresì l'attore che, in virtù di tale peggioramento delle proprie condizioni fisiche, veniva nuovamente ricoverato in data 19.12.2018 per la "rimozione della testa del cross pin femorale riassorbibile", ma che tuttavia, a tale seconda operazione conseguiva una grave deiscenza di tipo settico della ferita chirurgica, che rendeva urgente e necessario un ulteriore ricovero ed ennesima operazione in data 07.02.2019 per revisione della ferita chirurgica e ulteriore terapia antibiotica soppressiva e

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

prolungata, venendo dimesso in data 12.02.2019.
Rilevava pertanto l'istante che l'infezione, risolta solo con l'ultima operazione sul ginocchio, era stata causata dalla condotta colposa dei sanitari durante l'intervento chirurgico del 19.12.2018, riconducibile sia alla mancata adozione delle norme e misure igienico-sanitarie, sia all'inadeguata profilassi antibiotica preoperatoria, continuando egli a soffrire ad oggi di un disturbo algo-funzionale a carico dell'articolazione del ginocchio destro oltre alla presenza di corpi estranei di tipo metallico all'interno della stessa, con un notevole pregiudizio alla mobilità dell'articolazione ed all'estetica della gamba.
Il sig. *Pt_1* ascriveva pertanto ai sanitari la responsabilità per i lamentati danni, derivanti dai predetti inadempimenti qualificati commessi dagli stessi.
Istauratosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio l' *Controparte_7* *[...]*, che negava la sussistenza dei prospettati inadempimenti, deducendo l'assenza di ogni responsabilità in ordine ai fatti contestati, ritenendo l'operato dei propri sanitari adeguato alle esigenze cliniche; chiedeva quindi il rigetto della pretesa attorea per carenza del nesso di causalità tra l'evento dedotto in giudizio e il complesso delle prestazioni sanitarie rese ed in via gradata il rigetto della domanda per inosservanza dell'onere probatorio in merito all'an ed al quantum debeatur.
La causa, istruita a mezzo CTU ed assegnata alla scrivente solo in data 10.01.2025, era assunta in decisione all'udienza del 10.06.2025 con concessione dei termini ex art. 190 cpc per il deposito degli scritti difensivi conclusionali.
Preliminarmente va dichiarata la contumacia del convenuto dott. *Controparte_3* ritualmente citato e non costituitosi in giudizio.

Sempre in via preliminare deve ritenersi soddisfatta la condizione di procedibilità dell'azione invocata, atteso che l'attore, in ossequio a quanto disposto dall'articolo 5, comma 1 bis, D.lgs. 28/2010, ha puntualmente provveduto ad esperire preventivamente il tentativo obbligatorio di mediazione nei confronti dell' *[...]* *CP_1* e del dott. *CP_3* odierni convenuti, con esito negativo per mancata adesione degli invitati, come comprovato dal verbale di mediazione del 15.10.2020 versato in atti.

Occorre altresì previamente inquadrare la presente fattispecie nella tematica della responsabilità medica e delle strutture sanitarie.
Secondo l'insegnamento consolidato della giurisprudenza, confermato dalle Sezioni Unite della Cassazione (si v. sent. 1/7/2002 n. 9556 e sent. 11/1/2008 n. 577), il rapporto che lega la struttura sanitaria, pubblica o privata, al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico - cd contratto di "spedalità" o di "assistenza sanitaria"- che si perfeziona, anche sulla base di fatti concludenti, con la sola accettazione del paziente presso la struttura. Da detto contratto, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del *Controparte_8* *[...]* insorgono, a carico della struttura sanitaria, sia obblighi di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), sia di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., Cass., sez. Un., n. 9556/2002, cit.; in senso conforme, Cass. Sez. III, 11 maggio 2009, n. 10473; si vedano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Cass. Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698, Cass., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066). Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità, va inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c.

È bene precisare che nessun rilievo assume il fatto che la struttura - sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato - per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni (esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario) e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro. Allorché il ricovero sia avvenuto poi presso una struttura sanitaria gestita da un ente pubblico, perché a quest'ultimo si renda imputabile la responsabilità civile conseguente al fatto illecito, si rende sufficiente che la condotta posta in essere dal sanitario rappresenti una manifestazione del servizio di cui il paziente è stato ammesso a fruire, giacché, per imputare la responsabilità all'ente pubblico ospedaliero, è necessario che l'azione od omissione sia riconducibile ad un'attività di un organo dell'ente (Cass., Sez. III, 1.9.1999, n. 9198; Cass., Sez. III, 19.4.2006, n. 9085).

L'esposto inquadramento giuridico non è mutato in seguito all'introduzione della nuova normativa sulla responsabilità sanitaria (Legge 8 marzo 2017 n. 24) che, anzi, sotto detto aspetto, conferma la responsabilità contrattuale della struttura ospedaliera, assumendo il concorso cumulativo della medesima con la responsabilità aquiliana dell'esercente la professione sanitaria.

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 ancorché 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.

Detta normativa trova certamente applicazione nel caso di specie, trattandosi di eventi avvenuti nel dicembre 2017 e nel dicembre 2018, e dunque dopo l'entrata in vigore della Legge n. 17 dell'8 marzo 2017 (cd. Legge Gelli Bianco).

Orbene, dalla natura contrattuale della responsabilità della struttura *CP_1*, alla luce della normativa applicabile al caso de quo, 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 (legale 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 estintivo, 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*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale 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 allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento 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 complessità 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, 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 (cfr. Cass. SS.UU. Sent. n. 581/2008). 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, inadempimento qualificato che nel caso di specie è stato espressamente contestato dall'attore ai sanitari, ascrivendo agli stessi sia l'incompleta esecuzione dell'atto operatorio nell'intervento del 6-7.12.2017, che l'inadeguato dosaggio della profilassi antibiotica nell'intervento del 19.12.2018, nonché la mancata adozione di tutte le norme igienico sanitarie atte ad evitare l'insorgenza dell'infezione di origine nosocomiale nel predetto intervento.

Compete pertanto al debitore e nel caso de quo alla struttura ospedaliera, dimostrare o che tale inadempimento non vi fu proprio ovvero che, pur esistendo, non era stato nella fattispecie causa del danno. In definitiva, anche in ambito di responsabilità professionale sanitaria, la previsione dell'art. 1218 cod. civ. 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 (cfr., ex multis, Cass. n. 18392/2017 e Cass. n. 29315/2017).

Chi invoca il risarcimento, pertanto, deve sempre dimostrare che il peggioramento dello stato di salute del paziente sia dipeso dalla condotta dei sanitari.

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

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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. 18392/2017).
La Suprema Corte individua un “doppio ciclo causale” (Cass. 18392/2017) così strutturato: 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), mentre il debitore-danneggiante deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto).
Fatte queste premesse in punto di diritto, stanti i profili di negligenza professionale contestata dall’attore alla struttura nosocomiale coinvolta nella fattispecie analizzata, occorre procedere ad esaminare la fattispecie concreta, prendendo in considerazione le dirimenti risultanze della c.t.u. espletata nel presente giudizio dal collegio peritale composto dal Dr. *Persona_2* (Medico-Chirurgo Specialista in medicina legale), dal Dr. *Persona_3* (Specialista in Malattie Infettive) e dal Dr. *Persona_4* (Specialista in *Controparte_9* le cui conclusioni appaiono immuni da vizi logici, adeguatamente motivate dal punto di vista argomentativo, deduttivo e scientifico e, pertanto, condivisibili.
In primo luogo, l’attore, paziente – creditore, ha senza dubbio provato l’esistenza del contratto di spedalità con l’ *Controparte_7* (circostanza peraltro non contestata dall’ospedale convenuto), risultando documentato e confermato dalla ctu, sia il ricovero presso la predetta struttura ospedaliera in data 06.12.2017 per l’intervento chirurgico di ricostruzione del LCA al ginocchio destro, che i successivi ricoveri presso il medesimo ospedale del 19/12/2018 per intervento di asportazione della testa del cross pin e regolarizzazione del profilo corticale esterno del femore destro, e del 07.02.2019, con diagnosi di ingresso in pronto soccorso per infezione ferita chirurgica di pregresso intervento di plastica LCA ginocchio destro, per nuovo intervento chirurgico per deiscenza della ferita chirurgica coscia dx e con dimissioni del 12.02.2019 (cfr. cartelle cliniche in atti e relazione di CTU).
In secondo luogo, dall’esame dell’elaborato peritale, è emerso in modo incontrovertibile la relazione causale tra i danni lamentati dall’attore e la condotta colposa dei sanitari della struttura.
Orbene, con riferimento alle doglianze di parte attorea in ordine agli errori ascritti ai sanitari che eseguivano il primo intervento chirurgico del 06.12.2017 per la presenza di numerosi corpi estranei di tipo ferromagnetico nell'articolazione del ginocchio operato, l’elaborato peritale, alla luce degli accertamenti clinico-strumentali eseguiti, ha ritenuto corretta l’indicazione all’intervento chirurgico (che, di fatto, non era contestata da controparte). Egualmente corretto è stato ritenuto l’aspetto deontologico-informativo, essendo presente in cartella clinica il modulo di consenso informato a dimostrazione di un corretto percorso informativo.
Per quanto invece attiene l’aspetto tecnico – sempre in riferimento alle doglianze espresse da parte attorea – circa la persistenza di corpi estranei metallici all’interno dell’articolazione che lo stesso attore riconduce “con elevata probabilità la rottura della fresa utilizzata per la tunnelizzazione con liberazione di frammenti metallici” la ctu, pur confermando la persistenza di corpi estranei metallici, come evincibile dagli esami eseguiti, ha escluso che la potesse essere derivata dalla rottura della fresa, atteso che in tal caso sarebbero residuati frammenti di maggiori dimensioni, “*mentre gli*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

artefatti ferromagnetici sono verosimilmente da intendere quali microframmenti che si possono distaccare nella tunnelizzazione e che non potrebbero essere rilevati ad una rivisitazione articolare (prova ne è il mancato rilievo all'intervento chirurgico di rimozione del cross-pin)". Hanno tuttavia rilevato i consulenti nominati, come una accurata pulizia articolare avrebbe potuto risolvere la problematica, pulizia che in corso di primo intervento chirurgico non risultava essere stata effettuata (mentre ve ne era menzione nel secondo intervento chirurgico, cfr. "lavaggio abbondante con fisiologica"), dunque riconoscendo l'errore medico dei sanitari già con riferimento primo intervento.
L'elaborato peritale ha poi incentrato l'attenzione valutativa sulla genesi della condizione settica presentata dal paziente, con particolare riferimento ad una sua riconducibilità causale alle attività diagnostico-terapeutiche poste in essere presso l' *Controparte_10* nel corso del ricovero del dicembre 2018 (secondo intervento), come contestata dall'attore, che attribuiva ai sanitari le responsabilità per l'inadeguato dosaggio della profilassi antibiotica e la mancata adozione di tutte le norme igienico sanitarie atte ad evitare l'insorgenza dell'infezione di origine nosocomiale contratta proprio nell'intervento del 19.12.2018, risolta solo con l'ulteriore intervento chirurgico del 07.02.2019.
Ebbene, certa è risultata anche l'infezione del sito chirurgico contratta dall'attore in occasione dell'intervento del dicembre 2018, essendo stata registrata la positività allo stafilococco aureus Meticillino-resistente (MRSA) all'esame colturale condotto sui campioni prelevati nel corso dell'intervento di intolleranza m.d.s. su pregressa LCA plastica.
Come osservato dalla CTU, "*depongono in tal senso il decorso clinico e l'esito degli esami ematologici, strumentali e colturali*", affermando i consulenti come dagli elementi circostanziali raccolti risulti dimostrato in maniera chiara lo stretto rapporto di causa-effetto tra l'intervento chirurgico cui fu sottoposto il *Pt_1* nel dicembre 2018 e la successiva comparsa della infezione profonda del sito chirurgico, nonché precisando come "trattasi in termini più espliciti di una infezione correlata all'assistenza sanitaria erogata".

L'elaborato peritale ha poi confermato, in ordine all'infezione di origine nosocomiale contratta dall'attore, che "*nel determinismo della stessa ha assunto un ruolo etiologico sia la carente attività di prevenzione posta in essere dalla struttura nosocomiale, che una inidonea attività profilattica preoperatoria".* Nello specifico, in merito al primo aspetto, ha precisato che "*in atti non risulta prodotta alcuna documentazione utile a comprovare l'effettuazione da parte della struttura di un'adeguata attività di prevenzione mediante la disposizione e l'attuazione di tutte le opportune misure igieniche finalizzate a contrarre il rischio di contagio intraospedaliero*, *agendo su strumenti chirurgici e/o apparecchiature e materiali medicali nonché sul personale sanitario che ha prestato assistenza al paziente. Ma indirettamente dalla documentazione in atti si rileva che anche se vi fossero non vengono applicati*. *Ne sono una prova la mancanza in tutte e tre le cartelle delle etichette di sterilità della strumentazione e materiale usato in sala operatoria (vi sono solo le etichette dei mezzi di sintesi utilizzate nel primo intervento)".* Quanto invece al secondo aspetto, ovvero alla accertata inidoneità della profilassi preoperatoria adottata nei due interventi e la sua non conformità alle linee guida, ha dedotto che nel primo intervento non era stata applicata correttamente la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

somministrazione della profilassi, ovvero la tempistica non era stata corretta, mentre nel secondo intervento la profilassi impiegata era "*inidonea per dosaggio*", atteso era stata somministrata una dose di cefamezin di 1 gr, non essendone peraltro chiara la modalità di somministrazione, mentre per la cefazolina è previsto il dosaggio di 2 grammi per via endovenosa.

Alla luce delle predette considerazioni, il collegio di CTU ha in sintesi concluso che "*si ravvedono profili di responsabilità professionale di natura assistenziale a carico della struttura nosocomiale e degli esercenti la professione sanitaria ivi operante nell'insorgenza della infezione profonda del sito chirurgico. Il processo infettivo in questione è stato adeguatamente trattato secondo le linee guida mediante trattamento chirurgico e trattamento farmacologico".*

Risulta pertanto accertato, anche sulla scorta degli esiti dell'elaborato peritale, l'errore medico commesso dai sanitari dell' *Controparte_1* convenuta e la sua riconducibilità in termini eziologici ai postumi riportati dall'attore.

Avendo, dunque l'attore, dato prova del primo ciclo causale (1. il creditore-danneggiato deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), spettava al debitore ospedale (secondo ciclo causale) provare che una causa imprevedibile ed inevitabile aveva reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto).
Tale prova, però, all'esito delle indagini peritali, non ha trovato riscontro alcuno.
L'azienda ospedaliera non ha infatti addotto in atti elementi oggettivi idonei a far ritenere impossibile l'adempimento della prestazione per causa imprevedibile ed inevitabile, posto che, come confermato dalla CTU, la persistenza di numerosi piccoli corpi estranei metallici all'interno dell'articolazione avrebbe potuto essere certamente evitata con un'accurata pulizia articolare che in corso di primo intervento chirurgico non risultava essere stata effettuata, mentre l'infezione al sito chirurgico di natura nosocomiale contratta in occasione del secondo intervento che determinava la necessità per l'attore di sottoporsi a nuovo intervento presso il medesimo *CP_11* nel febbraio 2019, era derivata sia dalla carente attività di prevenzione posta in essere dalla struttura nosocomiale, che da una inidonea attività profilattica preoperatoria, come concluso dal collegio dei CTU.

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

Accertata la responsabilità dei sanitari della struttura ospedaliera convenuta che ebbero in cura l'attore, secondo il principio della causalità civile, bisogna passare alla quantificazione dei danni.

A tal fine, si ritiene di poter far riferimento alle risultanze dell'elaborato peritale, che ha quantificato complessivamente il danno alla salute permanente subito dal *Pt_1* nella misura del 9%, precisando che di tale tasso, andrà considerata quale quota iatrogena un maggior danno del 4% (da considerare nel range 6%-9%) comprensivo del pregiudizio estetico e della persistenza dei residui ferromagnetici, quale esito conseguenza della condotta censurabile dei sanitari.

La CTU ha infine riconosciuto, una invalidità temporanea totale di giorni 5 per il periodo di ricovero e un successivo periodo di invalidità temporanea parziale (ITP) relativamente al documentato

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

percorso di guarigione, nella misura del 50% per ulteriori 20 giorni e ulteriori 30 gg al valore medio del 25%.

Al riguardo, secondo il nuovo, condivisibile indirizzo bipolare del risarcimento del danno alla persona, riconducibile ai due poli del danno patrimoniale e di quello non patrimoniale, la liquidazione del danno non patrimoniale (nel quale rientra il danno biologico, il danno morale, il danno da lesione di interessi non patrimoniali costituzionalmente protetti) può avvenire in modo unitario e complessivo, onde scongiurare duplicazioni risarcitorie (Cassazione SSUU n.26972, 11 novembre 2008). In particolare, alla luce della congiunta attribuzione del danno biologico e del danno morale, quest'ultimo non va liquidato in percentuale del primo, ma occorre procedere ad un'adeguata personalizzazione della liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza.

Ebbene, nel caso di specie il danno riportato quale esito conseguenza della condotta censurabile posta in essere dai sanitari, ha comportato una indubbia sofferenza morale del danneggiato ed ha inciso sugli aspetti dinamico relazionali dello stesso, come confermato dalla relazione medica a firma del dott. *Per_5* (psicologo e psicoterapeuta) del 20.09.2019, che ha riscontrato all'esito di un ciclo di colloqui volti ad accertare lo stato di sofferenza psicologica dell'attore, la presenza di uno stato di ansia generalizzata perdurante da diversi mesi, con difficoltà e cambiamenti del ritmo sonno veglia, e pesanti preoccupazioni per il presente e il futuro, risultando il disturbo pervasivo nelle diverse aree di vita.

Per tutti i motivi fin qui esposti, questo Giudice ritiene di operare una personalizzazione del risarcimento del danno alla persona mediante un aumento di 1/4 del danno differenziale accertato.

Per la liquidazione del danno trovano applicazione i criteri di cui alle tabelle elaborate in base agli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209 del 2005 (Codice delle assicurazioni private), come stabilito dall'art 7, comma 4, della legge "Gelli" – che ha confermato la previsione già introdotta dal ai sensi delle disposizioni del D.L. n. 158 del 2012, art. 3, comma 3, conv. con mod. in L. n. 189 del 2012 (Legge Balduzzi) - ai sensi del quale: *"Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo"*.
Va sul punto altresì sottolineato, ai fini del calcolo del cd. danno iatrogeno differenziale da liquidarsi, come la più recente giurisprudenza di legittimità si sia orientata nell'applicare il criterio della sottrazione tra valori monetari corrispondenti alle relative percentuali di IP, basandosi sulle tabelle del danno biologico. La Corte di Cassazione ha infatti affermato che "*In tema di liquidazione del danno alla salute, l'apprezzamento delle menomazioni "concorrenti" in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto stimando, prima, in punti percentuali l'invalidità*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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» (Cass. n. 18442/2023; in senso conforme, Cass., n. 28327/2022). In sostanza, il danno differenziale iatrogeno si deve quantificare sulla base degli importi monetari ricavati, e non del mero grado di invalidità.

Nel caso di specie, pertanto, tenuto conto dell'età di 38 anni del danneggiato al di dell'evento, la liquidazione del danno iatrogeno viene effettuata sottraendo dal valore monetario del danno biologico complessivamente quantificato in sede di ctu nella misura del 9% (pari ad € 17.150,45) l'importo monetario del danno biologico preesistente del 5% (pari ad € 6.213,93), avendo accertato la ctu un maggior danno iatrogeno del 4%.

Alla luce di tali criteri, devono quindi esser liquidate le seguenti somme a fronte del danno iatrogeno differenziale patito dall'attore per invalidità permanente, nonché per invalidità temporanea totale e parziale:

IP **4%** (quale danno differenziale calcolato su danno totale del 9%): € **10.936,52**

ITT giorni 5: € **280,90**

ITP al 50% giorni 20: **561,80**

ITP al 50% giorni 30: **421,35**

Totale danno biologico: **€ 12.200,57**

Inoltre, con il precipuo scopo di tener conto nell'ambito del risarcimento del danno non patrimoniale anche delle sofferenze soggettive e comunque del danno morale attraverso un'adeguata "personalizzazione" del danno biologico, in relazione alle sofferenze patite in via presuntiva correlabili all'entità del danno biologico temporaneo e permanente, può farsi riferimento a quanto previsto dalle richiamate tabelle, che contemplano una percentuale massima di "personalizzazione", e può quindi liquidarsi in via personalizzata, alla luce delle argomentazioni di cui sopra un'ulteriore aliquota pari al 1/4 di quanto riconosciuto tabellarmente, e quindi pari a:

Totale danno biologico: **€ 12.200,57**

Ulteriore importo per personalizzazione: **€ 3.050,14**

Totale danno non patrimoniale: **15.250,71**

Sulla predetta somma di € 15.250,71 non è dovuta rivalutazione monetaria, trattandosi di importo già

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

liquidato all'attualità.
Sono dovuti, invece, sulla somma di € 15.250,71 gli interessi al saggio legale dalla data dell'intervento sulla somma devalutata a quella data e sino al soddisfo, previa rivalutazione di anno in anno della somma stessa.
Infine, la domanda in via subordinata spiegata dall'attore anche nei confronti dell'ulteriore convenuto dott. *Controparte_3* peraltro non reiterata nelle rassegnate conclusioni, resta assorbita dall'accoglimento della domanda principale di condanna a titolo di responsabilità contrattuale della sola *Controparte_1*, anche in punto di spese di lite, in ragione della contumacia del predetto convenuto.

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo, tenendo conto dei medi per le voci di studio ed introduttiva e minimi per le voci di istruttoria e decisionale, alla stregua dei parametri di cui al D.M. 147/22, alla luce dell'attività effettivamente espletata.
Le spese per la CTU, come liquidate in corso di causa, sono poste definitivamente a carico di parte soccombente con eventuali oneri restitutori.

P.Q.M.

il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, Terza Sezione Civile, in composizione monocratica, in persona del GOP dott.ssa Carmela Sorgente, definitivamente pronunciando nel proc. n. 1140/2021 R.G., ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, così provvede:

- accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_1* e per l'effetto l'*Controparte_4*, in persona del l.r.p.t., al pagamento in favore dell'attore della somma complessiva di € 15.250,71, somma da devalutare al momento del fatto e rivalutare di anno in anno fino alla presente pronuncia, oltre interessi dalla pronuncia al soddisfo;
- condanna la convenuta *Controparte_6* in persona del legale rappresentante p.t., al rimborso in favore dell'attore delle spese di lite, che liquida in € 312,80 per esborsi(di cui € 264,00 per c.u. e marca da bollo, € 48,80 per spese di avvio mediazione), ed € 3.387,00 per compensi, oltre al 15% di rimborso forfettario, iva e cpa come per legge, oltre spese vive, con attribuzione al procuratore antistatario;
- pone le spese di CTU, come già liquidate, definitivamente a carico di parte soccombente, con oneri restitutori in favore dell'attore per fattone anticipo.

Così deciso in Santa Maria Capua Vetere il 30.09.2025

IL GIUDICE

GOP dott.ssa Carmela Sorgente

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it