



TRIBUNALE DI TRAPANI

Sezione civile – in composizione monocratica in persona del Giudice

dott. Carlo Salvatore Hamel, nella causa iscritta al n. 1326 dell'anno
2022 promossa

DA

Parte_1 (Avv. [REDACTED] e Avv. [REDACTED])

– *ricorrente* –

CONTRO

Controparte_1 (Avv. [REDACTED])

– *resistente* –

Letti gli atti;

lette le note di udienza;

ha emesso la seguente

ORDINANZA

Con ricorso ex art. 702-bis cpc, a seguito di procedimento di ATP ex
art. 696 bis cpc, *Parte_1* conveniva in giudizio l' *CP_2*
esponendo che:

- in data 15.12.2016, a seguito di incidente domestico, veniva traspor-
tata presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero [REDACTED]
di *CP_1* con diagnosi di “frattura pertrocanterica anca destra”;

- disposto il ricovero, in data 17.12.2016 veniva sottoposta ad inter-
vento chirurgico di sintesi ossea (osteosintesi) con inserimento di chiodo
endomidollare e di due viti cefaliche, con dimissioni in data 28.12.2016;

- in data 30.01.2017, la ricorrente, lamentando continui ed acuti dolori

e non riuscendo ad alzarsi in piedi, si sottoponeva a visita specialistica

ortopedica presso il reparto di Ortopedia della Casa di Cura “Villa dei Gerani”, con diagnosi di mobilizzazione dei mezzi di sintesi e sospetta infezione del campo operato; veniva, quindi, suggerito un ulteriore intervento chirurgico di revisione;

- che, dal giorno 1.2.2017 al 9.2.2017, la ricorrente veniva ricoverata presso l'Unità Funzionale di Ortopedia della Casa di Cura “Villa dei [REDACTED] ni” e, oltre agli esami di laboratorio, veniva effettuato l'esame radiografico RX bacino da cui emergeva “a destra esiti di frattura pertrocanterica trattata con infibulo endomidollare e con 2 viti cefaliche. Si segnala il non corretto posizionamento di entrambe le viti”;

- che veniva, inoltre, constatata la presenza di infezione da parte di *Proteus Mirabilis*;

- che, dimessa con terapia medica, la ricorrente veniva rinviata ad un ulteriore controllo ortopedico da effettuarsi dopo trenta giorni;

- in data 8.3.2017, veniva suggerito intervento chirurgico per rimozione dei mezzi di sintesi (due viti cefaliche) mobilizzate ed infette ed eventuale valutazione di impianto di spaziatore;

- in data 24.03.2017 la ricorrente veniva sottoposta ad intervento chirurgico di “revisione chiodo ed impianto di distanziatore con cemento antibiotato, emotrasfusione, terapia medica”;

- perdurando il processo infettivo e la sintomatologia dolorosa, la ricorrente veniva ricoverata dal 30.11.2017 al 19.02.2018 presso [REDACTED] [...]

Controparte_3 di Milano *Controparte_4*, dove veniva sottoposta ancora una volta ad intervento chirurgico per “Rimozione

spaziatore, bonifica ossea ed appoggio libero secondo *Persona_1* in lussazione spaziatore e infezione tessuti molli anca dx”;

- durante la suddetta degenza, la ricorrente seguiva “Programma terapeutico/riabilitativo: Controllo farmacologico del dolore; Programma di prevenzione TVP (eparina a basso peso molecolare, calza elastica, ginnastica vascolare; Recupero articolare e del trofismo muscolare; Training passaggi posturali e trasferimenti: Educazione ad evitare posture e movimenti a rischio (pericolose per la patologia). Deambulazione con girello con carico a tolleranza”;

- all’esito degli interventi veniva riscontrata la “necessità di sedia a rotelle pieghevole con poggiapiedi e braccioli regolabili, senza autospinta”.

La *Pt_1* chiedeva, quindi, il risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patiti a causa dell’errore nel primo intervento subito presso l’Ospedale di *CP_1* e la successiva infezione del sito operato, determinate perdita della funzionalità dell'anca destra con impossibilità alla stazione eretta, nonché alla deambulazione, con gravi ripercussioni esistenziali e morali.

Si costituiva l’*CP_2* contestando le pretese avverse, anche per il profilo del quantum debeatur.

La causa viene ora in decisione.

Va ricordato, in punto di diritto, che, secondo l’ormai consolidato orientamento della giurisprudenza (che nella riforma attuata con la legge 8.3.2017 n. 24 “*Pt_2* – *Pt_3*” ha trovato ulteriore avallo normativo, almeno relativamente all’inquadramento del rapporto tra il paziente e la struttura sanitaria), in ipotesi di danni riportati a seguito errato tratta-

mento sanitario e comunque di inesatta esecuzione della prestazione medica il titolo della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria è di natura contrattuale.

Come noto, a partire dalla nota sentenza 1luglio 2002, n. 9556, la Suprema Corte ha definitivamente sposato l'orientamento alla stregua del quale il rapporto che lega la struttura sanitaria pubblica o privata al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di «spedalità» o di «assistenza sanitaria») che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti — con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13 aprile 2007, n. 8826) — e che ha ad oggetto l'obbligo di quest'ultima di adempiere sia alle prestazioni principali di carattere strettamente sanitario, sia alle prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero, ecc.).

Si tratta di un contratto a prestazioni corrispettive da cui, a fronte dell'obbligazione di pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale) insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo alberghiero (somministrazione di vitto e alloggio), obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista del manifestarsi 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 devano anche Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, 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 ospedalità, va inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine 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, sicché neppure rileva la circostanza che il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (rectius, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, Cass., sez. III, 17.5.01 6756; 24.1.2007 n. 1516; vds. anche Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

Inquadrata nell'ambito dell'art. 1218 c.c., la responsabilità sanitaria dell'azienda ospedaliera soggiace al noto criterio in tema di riparto

dell'onere probatorio tra il debitore e il creditore (paziente-danneggiato) della prestazione; tuttavia, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza astrattamente efficiente alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno (Cass. civ. sez. un. 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. civ. 26 febbraio 2013, n. 4792; Cass. civ. 21 luglio 2011, n. 1593; 12 dicembre 2013 n. 27875).

L'inadempimento del professionista e, in specie, del sanitario (e dunque della struttura sanitaria pubblica o privata che di esso si sia avvalsa) alla propria obbligazione deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale (v. sent. Cass. 9.11.2006, n. 23918). L'inadempimento consegue infatti alla prestazione negligente, ovvero non improntata alla dovuta diligenza da parte del professionista (e/o della struttura sanitaria) ai sensi dell'art. 1176 c.c., comma 2, adeguata alla natura dell'attività esercitata e alle circostanze concrete del caso. Per cui, provati dal paziente la sussistenza ed il contenuto del contratto, se alla prestazione dell'attività non consegue il risultato normalmente ottenibile in relazione alle circostanze concrete del caso, incombe invero

al medico (o alla struttura pubblica o privata presso la quale abbia operato) dare la prova della conformità del proprio operato ai canoni di diligenza, prudenza, perizia, e in particolare alle linee guida e ai protocolli accreditati presso la comunità scientifica, in una parola alle *leges artis* che all'epoca del fatto, disciplinavano l'esercizio della prestazione, nonché dell'eventuale particolare difficoltà della stessa e della mancanza di colpa grave nel suo espletamento, ovvero del verificarsi di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza che abbia reso impossibile il conseguimento del risultato sperato.

Ciò premesso in diritto, l'addebito mosso dall'attore alle condotte del personale sanitario dell' *Controparte_5* ha trovato conferma nell'ampia ed esaustiva relazione medico-legale redatta dai dr. *Per_2* e *Per_3* [...] da cui risulta, con argomentazioni condivisibili, logicamente coerenti e sorrette da dati scientifici obiettivi, pertinenti e verificabili, l'imperita esecuzione dell'intervento del 17.12.2016, ed in particolare che "la condotta dei sanitari della struttura convenuta sia da ritenersi censurabile dal punto di vista tecnico, e segnatamente in riferimento all'errato posizionamento delle due viti cefaliche di stabilizzazione". L'intervento chirurgico si è caratterizzato, in altri termini, per un errore tecnico di esecuzione, esitato in uno scorretto posizionamento delle viti cefaliche di stabilizzazione.

I consulenti nominati hanno evidenziato come nell'arco temporale tra il 12/2016 e il 2/2018, la ricorrente "sia stata sottoposta a plurimi interventi chirurgici volti a trattare il focolaio infettivo originatosi a seguito dell'intervento di osteosintesi con chiodo endomidollare e viti di stabilizza-

zione effettuato presso il P.O. [REDACTED] di CP_1 .

Dall'erronea esecuzione del primo intervento chirurgico il Collegio peritale ha ritenuto potersi ricavare il nesso eziologico con la successiva infezione del sito chirurgico, sostenuto dal batterio *Proteus mirabilis*, che ha reso necessaria la sottoposizione agli ulteriori interventi sopra indicati, con esito comunque infausto per la ricorrente.

In particolare, gli ausiliari dell'ufficio hanno precisato che l'infezione è riconducibile "con probabilità logico-scientifica prossima alla certezza, ad una contaminazione del sito chirurgico in occasione dell'intervento oggetto di causa".

Le conclusioni dei consulenti resistono alle osservazioni critiche dei CTP di parte convenuta, che hanno posto l'attenzione sulle possibili conseguenze negative del secondo intervento subito dalla ricorrente presso la Casa di Cura [REDACTED] di impianto di distanziatore cementato antibiotato. I consulenti, in particolare, hanno risposto che l'infezione del sito chirurgico, a seguito del primo intervento, ha assunto ruolo centrale nella vicenda oggetto di causa, innescando la serie di eventi culminata nella scelta di intervenire con la tecnica di Girdlestone. D'altronde, l'intervento di impianto di distanziatore cementato antibiotato rappresenta una delle tecniche adottabili a fronte dell'infezione contratta dalla ricorrente. I consulenti, infatti, hanno esposto che "Dal punto di vista generale, secondo una metodologia operativa ormai consolidata, il trattamento si può articolare in passi successivi:

1) associazione della terapia antibiotica con un debridement del sito chirurgico; una buona risposta a tale tipo di trattamento, valutabile in

una percentuale di casi dello 80%, si ha quando il trattamento viene effettuato entro le 5 settimane successive all'impianto;

2) rimozione dell'impianto e sostituzione in un solo tempo (one stage).

Tale opzione terapeutica trova applicazione nei casi in cui vi sia stata l'identificazione del patogeno, in tal modo potrà essere utilizzato un cemento addizionato con antibiotico specifico mirato;

3) rimozione della osteosintesi e impianto di uno spaziatore antibiotato. Tale tecnica prevede l'identificazione del patogeno, l'uso di un cemento antibiotato specifico e successivo reimpianto effettuato a distanza di a distanza di 8-12 settimane dall'espianto (two stage). Tanto la tecnica one stage quanto quella two stage prevedono una terapia antibiotica di supporto da effettuare per un periodo minimo di 6-8 settimane, dapprima per ev e successivamente per os;

4) tecnica di Girdlestone".

Ancora, anche a voler ritenere che l'intervento effettuato presso [REDACTED]

[REDACTED] abbia avuto un'incidenza causale in termini di aggravamento delle conseguenze dannose del primo intervento, ciò non sarebbe sufficiente ad escludere il nesso eziologico tra le condotte dei sanitari dell' *Controparte_5* e i pregiudizi subiti dalla ricorrente, evidenziano al massimo ipotesi di corresponsabilità solidale.

Sul piano delle conseguenze dannose ascrivibili all'operato del personale sanitario dell'^{Con}, i CTU hanno rappresentato che "seguito delle operazioni di consulenza, sulla scorta dell'obiettività rilevata, è stato possibile oggettivare in capo alla ricorrente i postumi riconducibili a una sindrome algico-disfunzionale dell'anca destra da esiti di infezione nosocomiale del

sito chirurgico, pluri-trattata e da ultimo con necessità di un'osteotomia del collo/della testa femorale con appoggio libero, secondo tecnica di *Persona_1*, in soggetto con disturbo bipolare di tipo I. Tale quadro è responsabile di una menomazione dell'integrità psicofisica, valutata in accordo ai principali barèmes di riferimento, in misura del 30% (leggasi trenta per cento). Sulla base della storia clinica e della documentazione prodotta, è rilevabile un danno biologico temporaneo assoluto di natura iatrogena, ossia scorporato da quello comunque derivante da un trattamento medico correttamente eseguito, di giorni 123 (leggasi centoventitré giorni), un danno biologico temporaneo parziale di natura iatrogena di giorni 60 (leggasi sessanta giorni) al 75%, di ulteriori giorni 60 (leggasi sessanta giorni) al 50% e di giorni 60 (leggasi sessanta giorni) al 25%".

Le conclusioni in ordine al danno non patrimoniale da lesione permanente della salute e la valutazione degli associati periodi di danno biologico temporaneo e parziale cui è pervenuta la C.T.U., coerenti e prive di contraddizioni logiche e in linea con i dati scientifici riportati, sono condizionali alla luce degli esiti e del danno riportato dalla ricorrente.

Ciò posto, va osservato che, in tema di liquidazione del danno alla salute derivato da malpractice sanitaria, la legge 8 novembre 2012 n. 189 di conversione, con modificazioni, del dl 13/9/2012 n. 158 (decreto "Balduzzi") (applicabile ratione temporis in ragione della citazione e, reobbligatoriamente per i criteri di liquidazione del danno – così Cass. n. 28990 e 28994 dell'11/11/2019 -, con riferimento all'epoca dei fatti oggetto di giudizio) stabilisce all'art. 3 che il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabel-

le di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni private).

In mancanza della tabella unica nazionale prevista dall'art. 138, per la quantificazione del risarcimento del danno non patrimoniale relativo a lesioni di non lieve entità (eccedenti i nove punti percentuali- in questo senso va guardato all'invalidità permanente complessiva e non solo al danno iatrogeno per individuare i parametri di liquidazione), risarcibile ai sensi dell'art. 2059 c.c. (secondo l'interpretazione offertane da Cass. S.U. 26972/08), quale pregiudizio derivante dalla lesione del fondamentale diritto alla salute, di rango costituzionale, il Tribunale aderisce ai criteri fatti propri dalle più recenti pronunce della Corte di Cassazione in materia; adotta, quindi, i parametri ed i valori indicati nelle Tabelle già in uso presso il Tribunale di Milano cui i giudici di legittimità hanno riconosciuto una "vocazione" nazionale, indicandoli come parametri equi, cioè idonei a garantire la parità di trattamento e da applicare in tutti i casi in cui la fattispecie concreta non presenti peculiarità che suggeriscano di incrementarne o ridurne l'entità (Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 14402 del 30 giugno 2011; conf. Cass. Civ., Sez. 3, sent. n. 12408 del 7 giugno 2011; n. 5243 del 6 marzo 2014).

I valori tabellari in questione, costruiti in guisa da assicurare che, per l'invalidità da postumi permanenti, il valore attribuito a ciascun punto sia progressivamente crescente e sia differenziato a seconda dell'età del danneggiato (dovendosi rapportare la liquidazione del danno biologico alla diversa incidenza dell'invalidità sul bene salute compromesso a seconda dell'arco vitale trascorso e dell'aspettativa di vita residua), tengono infatti

conto dei principi espressi dalle Sezioni Unite della Suprema Corte nelle note pronunce dell'11.11.2008 (nn. 26972, 26973, 26974 e 26975) – secondo cui il danno non patrimoniale da lesione della salute costituisce una categoria ampia ed omnicomprensiva, nella cui liquidazione il giudice deve tenere conto di tutti i pregiudizi concretamente patiti dalla vittima, ma senza duplicare il risarcimento attraverso l'attribuzione di nomi diversi a pregiudizi identici - muovendo proprio dall'esigenza di addivenire ad una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale comprensiva della componente relativa alla lesione dell'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico – legale, del danno conseguente alle medesime lesioni in termini di dolore e sofferenza soggettiva, in quanto sufficientemente allegato dal danneggiato e provato, eventualmente in via presuntiva con riferimento al tipo di lesione patita, al grado della menomazione permanente, alle ripercussioni degli uni e degli altri sulle normali abitudini di vita della persona, e della componente dinamico – relazionale di esso.

Le tabelle milanesi contemplano, altresì, mediante un incremento del valore punto di danno biologico, anche la liquidazione della componente del danno non patrimoniale costituita dal pregiudizio morale a carattere non organico, che costituisce pur sempre una voce descrittiva di alcuni dei possibili pregiudizi connessi al fare reddituale del soggetto leso. In questo senso, le tabelle meneghine precorrono quelle ora delineate nel testo dell'art. 138 novellato dalla legge 124/2017, che appunto al punto e) del comma 2 prevede che, al fine di considerare la componente del danno morale da lesione dell'integrità fisica, la quota corrispondente al danno

biologico stabilita in applicazione dei criteri di cui alle lettere da a) a d) è incrementata in via percentuale e progressiva per punto, individuando la percentuale di aumento di tali valori per la personalizzazione progressiva della liquidazione.

In applicazione di tali criteri, applicando le tabelle di Milano aggiornate al 2024, tenuto conto dell'età della parte lesa al momento del fatto (73 anni), del grado di invalidità permanente (30%), viene determinato un valore per punto danno biologico pari € 5.007,10, con un incremento per sofferenza soggettiva (+ 46%), da cui il valore per punto danno non patrimoniale di € 7.310,37. Sulla base di tali valori, va liquidato equitativamente alla ricorrente un risarcimento pari ad € 140.359,00, secondo i valori attuali.

Con riferimento al periodo di inabilità temporanea assoluta e relativa, così come accertato dai C.T.U., si liquida ad equità la somma di € 115,00 al giorno, per un totale di € € 24.495,00 per i giorni di inabilità temporanea assoluta e parziale, siccome sopra indicati.

Sono poi da aggiungere le spese mediche documentate ritenute congrue per € 91,50.

Applicando, quindi, i principi di liquidazione ormai costanti in giurisprudenza, tenuto conto della natura dell'obbligazione risarcitoria in parola, occorre devalutare la superiore somma al momento delle conseguenze dannose dell'illecito ed applicare, anno per anno sulla somma via via rivalutata, un tasso di interesse pari a quello legale.

Si giunge così alla conclusione per cui la somma spettante alla ricorrente con rivalutazione ed interessi ponderati a tutt'oggi, ascende ad €

181.050,33 (di cui € 16.104,83 per interessi).

Sulle somme in questione vanno poi riconosciuti interessi, al tasso legale, dalla data della presente sentenza fino al soddisfo.

Le spese di lite, comprensive di quelle di ATP, seguono la soccombenza e vengono liquidate come in dispositivo;

Le spese di CTU vengono poste a carico della convenuta.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa;

1) Condanna l' CP_2 al pagamento in favore della ricorrente della somma di € 181.050,33, oltre interessi legali dalla presente pronuncia al soddisfo;

2) Condanna l' CP_2 alla rifusione delle spese di lite in favore della ricorrente, comprensive di quelle di ATP, liquidate in complessivi € 7.850,00 per compensi ed esborsi, oltre rimborso forfettario per spese generali, ed oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge.

3) Pone le spese occorse per l'espletata C.T.U. nel procedimento di ATP a carico dell' CP_2

Così deciso in Trapani, il giorno 17.2.2025

Il Giudice

Carlo Salvatore Hamel