REPUBBLICA ITALIANA

TRIBUNALE DI UDINE

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Udine, in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott.ssa Alessia Bisceglia, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. R.G. 4267/16

promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentato e difeso dall'avv. [redacted]

- attore -

contro

Controparte_1

[...] (C.F. *P.IVA_1*, in persona del legale rappresentante, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

- convenuta -

oggetto: risarcimento danni

sulle seguenti **conclusioni** di parte precisate all'udienza del 27.06.19:

attore: come da atto di citazione ("…*accertata la responsabilità della convenuta nella causazione del danno patito dall'attore* *Parte_2* *condannarsi l'* *[...]* *Controparte_1* *per le causali in fatto e in diritto come esposte nell'atto di citazione, al risarcimento dei danni subiti dall'attore quantificati in €. 34.063,00, a titolo di danno biologico da invalidità permanente, €. 11.600,00 a titolo di invalidità temporanea per giorni 80, €. 2.175,00 a titolo di invalidità temporanea per giorni 20 ed €. 8.337,50*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

per invalidità temporanea per giorni 11, oltre ad €. 30.000,00 a titolo di danni morali, e così complessivamente alla somma di €. 76.175,50, salvo diversa maggiore o minore liquidazione giudiziale, oltre a interessi e rivalutazione monetaria dalla domanda al saldo. Spese di lite rifuse con distrazione a favore dell'avv. [redacted] *quale creditore antistatario. In via istruttoria: ammettersi le prove per testi sulle circostanze capitolate dal n. 1 al n. 19 della parte narrativa dell'atto di citazione* …..") e memoria n. 1 ex art. 183 c. 6 c.p.c. con rigetto delle domande avversarie e con distrazione delle spese a favore dell'avv. [redacted]

parte convenuta *Contr* nel merito, come da comparsa di costituzione ("…*Nel merito: rigettare integralmente le domande tutte svolte dal sig.* *Parte_1* *nei confronti dell'* *[...]* *Controparte_3* *in quanto assolutamente infondate in fatto ed in diritto ed in ogni caso del tutto non provate, per le ragioni di cui in narrativa. Spese di causa interamente rifuse. In via subordinata: nella non creduta ipotesi di riconoscimento della responsabilità della convenuta* *Controparte_4* *, ridurre la domanda risarcitoria nei limiti effettivamente provati e dimostrati. Spese di causa compensate*…..") e successiva memoria ex art. 183 c. 6 n. 1 c.p.c. (n.d.r. non risulta depositata).

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione di citazione dd. 29.08.16, *Parte_2* citava in giudizio l' *Controparte_5* " al fine di sentirla condannare al risarcimento dei danni subiti dall'attore a causa di un'infezione da Stafilocco Aureus contratto presso [redacted] di [redacted]

Parte attrice precisava che all'epoca dei fatti *Parte_1* *Parte_2* era affetto da insufficienza renale cronica e, nell'attesa di trapianto renale (effettuato nell'anno 2017, dopo quindi i fatti per cui è causa), si era sottoposto a trattamento emodialitico presso la *Organizzazione_1* *[...]* del suddetto [redacted] di [redacted] In data 09.02.15, quindi, l'attore si era recato alla S.O.C. di Nefrologia e Dialisi del nosocomio convenuto in giudizio e nell'occasione gli era stata accertata una trombosi del FAV attraverso il quale, al tempo, gli veniva praticata proprio la terapia dialitica. Appurato un tanto, i sanitari della *Organizzazione_1* [redacted] *[...]* *CP_5* di [redacted] avevano posizionato a *Parte_2* un catetere venoso centrale (CVC) temporaneo, che veniva applicato in giugulare destra, e ciò al fine di poter proseguire nella terapia dialitica. Quindi, l'attore era stato dimesso in data 14.02.15, ma in data 28.02.15 il personale addetto alla dialisi aveva appurato la comparsa di secrezione purulenta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

intorno al catetere venoso centrale precedentemente posizionato all'attore. Il giorno seguente *Parte_2* aveva iniziato ad accusare febbre e dolori lombari oltre ad un stato di malessere generale. Il persistere di tale condizione aveva, perciò, determinato il ricovero dell'attore in data 04.03.15, sempre presso il reparto di Nefrologia dell' *Controparte_6* ove gli era stato diagnosticato uno stato settico, originato da una infezione localizzata proprio a livello del catetere venoso che gli era stato precedentemente posizionato alla vena giugulare, e una spondilodiscite L5/S1 da MSSA. Lamentava, in conclusione, l'attore che l'infezione che gli era stata diagnosticata aveva origini ospedaliere ed era derivata del CVC infetto posizionato dal S.O.C. di *Org_1* e Dialisi [redacted] di [redacted] ed aveva causato, per diffusione ematogena, l'infezione secondaria della spondilodiscite L5/S1 che aveva provocato all'attore lombalgia cronica con limitazione della flesso estensione del busto oltre a deficit deambulatario e saltuario ricorso al busto ortopedico.

Si costituiva in giudizio l' *Controparte_5* , negando ogni responsabilità e, quindi, chiedendo il rigetto della domanda attorea.

Su richiesta delle parti, il Giudice concedeva i termini per il deposito delle memorie ex art. 183 c. 6 c.p.c..

Quindi, la causa veniva istruita documentalmente e mediante l'espletamento di CTU medico-legale.

Ritenuta la causa matura per la decisione e su conforme richiesta delle parti, veniva fissata l'udienza del 27.06.19 per la precisazione delle conclusioni.

Quindi, a tale udienza, le parti precisavano le conclusioni come riportate in epigrafe ed il Giudice assegnava i termini di legge per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica, trattenendo all'esito la causa in decisione.

II. Ebbene, tanto premesso in quanto utile alla migliore comprensione della motivazione, il Giudicante ritiene di dover accogliere la domanda dell'attore nei limiti e per i motivi che di seguito si espongono.

Per chiarezza, occorre provvedere all'inquadramento dogmatico della fattispecie qui in discussione e delineare i profili ricostruttivi della responsabilità azionata dall'attore.

Quanto al rapporto direttamente instauratosi tra paziente ed ente ospedaliero, già da prima della *[...] Pt_3* (L. 24/17), si tendeva a rinvenire il fondamento giuridico di tale relazione negoziale in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo, insorgono a carico dell'ente obblighi di prestazioni non solo diagnostiche e di cura, ma anche *latu sensu* organizzative - quali, ad esempio, l'offerta di personale qualificato in numero sufficiente e nei momenti necessari, la sorveglianza sul

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

coordinamento dei diversi servizi, la garanzia di locali salubri ed idonei, la disponibilità di attrezzature adeguate sulla base del raggiunto livello tecnologico, l'utilizzazione di prodotti sicuri - nel cui contesto l'attività del medico costituisce, allora, solo l'aspetto di una più complessa strutturazione del servizio proposto al paziente (cfr. Cass. SS.UU. 577/08).

Ne consegue, di riflesso, che la responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente medesimo non solo può derivare dall'accertato inadempimento ex art. 1218 c.c. delle predette obbligazioni, in quanto autonomamente poste a diretto carico dell'ente medesimo, ma pure si giustifica, ai sensi dell'art. 1228 c.c., in ragione del diverso inadempimento della prestazione medico-professionale svolta dal sanitario quale ausiliario della succitata struttura, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, a fronte del collegamento necessario tra la prestazione da costui effettuata e l'organizzazione aziendale di riferimento (cfr. *ex multis*, Cass. 8826/07).

Fino alla L. Gelli (L. 24/17), poi, la prevalente giurisprudenza ha configurato, pur in assenza d'un vincolo negoziale, una responsabilità - non già extracontrattuale da fatto illecito - ma di natura contrattuale da c.d. "contatto sociale" anche nell'ambito del diverso rapporto tra medico e paziente, configurandosi quest'ultima responsabilità ogni qualvolta il danno di cui si chiede il risarcimento sia derivato dalla violazione di una precisa regola di condotta, imposta dalla legge allo specifico fine di tutelare i terzi potenzialmente esposti ai rischi dell'attività svolta dal danneggiante (cfr., ad esempio, Cass. 11642/12).

Con la *Pt_3* (L. 24/17), attesa l'ambigua formulazione dell'art. 7, si è iniziato a discutere, invece, se, per il medico sia stato effettivamente superato l'indirizzo giurisprudenziale che vedeva il legame contrattuale fondato sul c.d. "contatto sociale" fra medico-ausiliario e paziente, a favore di una responsabilità di tipo extracontrattuale.

Pacifico è, comunque, che il concorso di convergenti responsabilità - della clinica, da un lato, e del medico, dall'altro - determina l'insorgere di un vincolo di solidarietà passiva tra i diversi soggetti coinvolti, azionabile come tale dall'attore, anche a prescindere dalla diversità dei titoli (contrattuale ed extracontrattuale), se l'unico evento dannoso è imputabile a più soggetti (cfr. *ex multis* Cass. 27713/05, 23918/06, 286/15).

Peraltro, nel caso concreto, l'attore ha inteso agire solo nei confronti dell' *[...]* *Controparte_3* (tale essendo la corretta denominazione di parte convenuta, visto che dal 01.01.15, ai sensi dell'art. 5 della L.R. FVG 17/2014, i rapporti giuridici attivi e passivi del *Controparte_7* fanno capo all' *[...]* *Controparte_3*).

Dall'inquadramento sopra illustrato deriva, allora, che nel caso di cui si tratta, la ripartizione dell'onere probatorio segue i criteri fissati in materia contrattuale, dovendo il creditore (che agisce

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

per la risoluzione del contratto o per l'adempimento o per il risarcimento del danno) dare prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, nonché del danno patito e del nesso causale fra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, spettando al debitore (la struttura ospedaliera) la prova della impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (cfr. Cass. 18392/17).

Da ultimo, si evidenzia come l'accertamento della responsabilità in ambito civilistico si fonda su un giudizio di probabilità del nesso causale e non, invece, di certezza assoluta.

In particolare, quanto al nesso causale, si richiama la giurisprudenza della Corte di Cassazione secondo cui "…*in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso*…..." (cfr. Cass. 16123/10).

Ancora, con specifico riferimento alle ipotesi in cui l'eziologia del danno sia ricondotta alla contrazione di una patologia infettiva in ambiente ospedaliero (c.d. infezione nosocomiale), applicando il ricordato criterio di riparto dell'onere probatorio, graverà sulla struttura sanitaria convenuta, una volta che sia stato accertato il nesso causale tra il lamentato pregiudizio e l'infezione *de qua*, l'onere di dimostrare di avere diligentemente adempiuto la "prestazione" offerta al paziente, anche sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e delle *leges artis* onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico, nonché della prestazione, ad opera del proprio personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico successivo all'eventuale contrazione dell'infezione da parte del paziente (cfr. Tribunale di Roma, Sez. III civ., 22 novembre 2016, n. 21481).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ciò premesso e precisato, sono gli elementi probatori e descrittivi di cui all'elaborato del CTU dott. *Persona_1* depositato in atti, che accreditano la fondatezza della domanda dell'attore, nei limiti e come di seguito riconosciuta.

Rilevato che non vi è ragione di dubitare della validità della consulenza tecnica d'ufficio del CTU in quanto svolta con apprezzamento tecnico e scientifico immune da vizi e censure, nel rispetto del contraddittorio, dando atto dell'iter logico seguito, fino a pervenire a conclusioni coerenti ed appropriate, ritiene, quindi, il Giudice di poter recepire le valutazioni peritali, per quanto necessario ai fini della decisione.

Innanzitutto, quanto allo svolgersi degli accertamenti medici cui è stato sottoposto l'attore, ritiene il Giudicante che si possa fare richiamo alla descrizione contenuta nell'elaborato redatto dal CTU dott. *Persona_1* alle pagine da 10 a 27: trattasi di elementi obiettivi, desunti integralmente dai referti medici relativi ai trattamenti sanitari ai quali è stato sottoposto *Parte_2* *[...]* (cfr. pg. 10-27 della CTU in atti).

In particolare, il CTU, dott. *Persona_1* - per quanto interessa rispetto alla valutazione del nesso di causalità tra comportamento tenuto dai sanitari della struttura convenuta ed evento di danno lamentato - così si è pronunciato:

"…L'attore era, ed è, un paziente complesso, affetto da pluri-patologie, segnatamente da:
- ipertensione arteriosa;
- insufficienza renale grave cronica, in stadio avanzato (diagnosticata nel 2010-2011), per nefroangiosclerosi (degenerazione vascolare a livello renale, generalmente indotta da una ipertensione arteriosa, specie se datata e non ben controllata);
- si associavano crisi ipertensive e ripetuti episodi di scompenso cardiaco;
- la gravità dell'insufficienza renale rendeva necessario un trattamento emodialitico, in attesa di trapianto del rene, al quale il paziente veniva candidato.

Per la dialisi, e generalmente per seguire l'insufficienza renale, il paziente era stato preso in carico inizialmente presso la dell *Controparte_8* , e quindi presso la *Organizzazione_1* dell *Organizzazione_2* di [redacted]

In tale ultima sede veniva appunto sottoposto a dialisi e pure alla cura delle varie patologie correlate, ipertensione arteriosa in primis.

La dialisi viene fatta con apposite complesse strumentazioni, con cadenza plurisettimanale (in genere tre volte alla settimana, con durata di tre-quattro ore per ogni seduta).

Indispensabile per la dialisi la creazione di un collegamento tra macchinario e paziente, attuato mediante la creazione di una fistola artero-venosa, cioè vascolare, a livello di un arto superiore del dializzato.

===...===

Per comprendere quanto accaduto, e i motivi che hanno portato alla presente vertenza, analizziamo le circostanze del ricovero avvenuto dal 9/2 al 14/2/2015, presso la struttura sanitaria convenuta.

Il ricovero era motivato dal verificarsi di una trombosi a livello della fistola vascolare presente all'arto superiore destro, fistola, come si è già detto, necessaria per consentire il trattamento dialitico.

La trombosi della fistola, complicanza che può accadere indipendentemente da qualsiasi colpa (stenosi, eccessivo aumento dell'ematocrito, ipotensioni improvvise e importanti, ipercoagulabilità, infezioni, microlesioni del vaso da ripetute punture), è un'evenienza abbastanza frequente (anzi la più frequente) nei dializzati (sino al 19%, o anche più, a seconda delle fonti di letteratura).

Può essere utilmente prevenuta, però senza azzeramento del rischio (che permane con un tasso sino al 12%, sempre a seconda delle fonti di letteratura), dall'assunzione di farmaci antiaggreganti piastrinici, che il nostro paziente correttamente assumeva.

La trombosi occlude la fistola e la rende inutilizzabile per la dialisi.

Il primo trattamento della trombosi di fistola prevede procedure di disostruzione, cioè, in buona sostanza, di scioglimento del trombo (o coagulo), secondo specifici protocolli.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Questo nel caso di specie correttamente si faceva da parte dei curanti, mediante farmaci specifici, somministrati in modi e dosi adeguati, come risulta dalla documentazione prodotta.
Anche si tentava una disostruzione chirurgica, secondo procedura corretta, purtroppo senza esito.
Ci si doveva pertanto servire, per la dialisi, di una via di accesso alternativa, rappresentata da un catetere indovato nella vena giugulare di destra (CVC).
Il catetere era funzionante e la dialisi poteva essere utilmente svolta.
Fino a questo momento i vari trattamenti applicati, e la gestione complessiva del caso (diagnostica e terapeutica), era certamente corretta.
Da segnalare che durante il ricovero avvenuto dal 9/2 al 14/2/2015 neppure si verificava alcuna infezione, in quanto nel corso della degenza
parametri ematochimici di flogosi e di infezione erano sostanzialmente nella norma (solo di pochissimo aumentati, peraltro in modo compatibile rispetto ai vari gesti terapeutici, anche cruenti attuati), e non indicativi di infezione; e neppure clinicamente erano ravvisabili infezioni.
Possiamo pertanto confermare, sino a questo punto, che in occasione della dimissione del 14/2/2015 la trombosi della fistola all'arto superiore destro era stata correttamente trattata, anche se la cura purtroppo (come spesso accade) non era riuscita.
L'accesso vascolare, alternativo alla fistola, necessario per consentire l'indispensabile dialisi, era stato correttamente posizionato, e non vi erano segni di infezione, né clinici, né strumentali…..
…. In data 4/3/2015, pertanto a una ventina di giorni dalla dimissione del 14/2/2015, il paziente veniva riaccolto in ospedale, sempre presso la *Org_1* di [redacted] (con un passaggio presso l'Ospedale di *CP_8* , in gravi condizioni.
Ciò a causa di uno stato settico (= setticemia = infezione del sangue, con possibile propagazione a organi e tessuti distanti).
La sepsi era chiaramente derivata da una infezione localizzata a livello del catetere venoso posto alla vena giugulare, visto che nella cartella clinica relativa al ricovero del 4/3/2015 all'ingresso si obbiettivava una secrezione mucopurulenta, proprio in corrispondenza dello stesso catetere.
Un tampone dimostrava la presenza del germe Stafilococco aureo (che spesso si ritrova in queste situazioni), e gli indici ematici deponevano chiaramente per una importante infezione in atto (netto innalzamento ingravescente dei globuli bianchi e della PCR, caratteristici segni di infezione acuta).
Gli stessi curanti ospedalieri nelle loro note confermavano, più volte, che la sepsi derivava dal catetere venoso giugulare….
…. Poiché nel corso della degenza dal 9/2 al 14/2/2015 non si presentava un'infezione, invece eclatante e grave alla data del 4/3/2015 (ed anzi in essere, necessariamente da qualche giorno prima), dobbiamo ritenere, necessariamente, che la stessa infezione si sia innescata nel periodo intercorrente fra i due ricoveri, cioè tra il 15/2 e il 3/3/2015….
…. Interrompiamo per un momento la nostra disamina per spiegare, in via generale, l'importanza del problema infettivo a livello dei cateteri venosi (da ora CVC).
L'infezione da CVC rappresenta la principale causa di morbilità nei pazienti emodializzati con questo sistema.
E' una situazione estremamente grave per il correlato rischio di evoluzione verso la setticemia (e la morte).
La cura è difficile, richiede ospedalizzazione, la mortalità è elevata (sino al 43%); in buona sostanza il 6% di tutte le ospedalizzazioni sono causate da infezioni correlate al trattamento dialitico, con particolare responsabilità ascritta ai CVC…..
…. Seguendo autorevoli indicazioni riteniamo di poter dire che la frequenza delle setticemie nei pazienti con CVC varia da 1 a 5.5 per 1.000 giorni di cateterismo, a fronte di una variabilità di 0.04 a 0.55 per 1.000 giorni in pazienti con fistola artero venosa tradizionale (all'arto superiore).
Eclatante pertanto il maggior rischio di infezione nei pazienti dializzati con CVC.
Il germe più frequentemente coinvolto è lo Stafilococco Aureo, in particolare nel 'salvataggio' mediante uso di CVC, come avvenuto nel caso di specie.
Le cause dell'infezione in corso di dialisi sono varie e in particolare derivano:
- da cause legate al paziente: gli emodializzati sono in genere immunodepressi e malnutriti, e per questo particolarmente passibili di infezioni;
- da cause legate alla procedura, quali: inadeguato trattamento dell'acqua, inappropriate manipolazioni da parte del personale, ripetute interruzioni dell'integrità della cute per l'infissione di aghi, contaminazione da fattori locali, quali la scarsa igiene personale, l'intervallo di sostituzione della medicazione, le manovre di connessione al catetere.
Per l'eclatanza e la pericolosità del problema, e per la difficoltà della cura di una setticemia già in atto, la letteratura sull'argomento è unanime nell'indicare la prevenzione delle infezioni, definita come *"la migliore strategia"* (*Per_2* lavoro citato in calce alla bozza), che deve prevedere:
- l'istruzione dello staff e dei pazienti sulle misure di controllo dell'infezione;
- il cambio della medicazione dopo ogni dialisi;
- l'adozione di misure precauzionali da parte del personale deputato all'assistenza, quali ad esempio (obbligatorie):
1. medicazioni sterili costantemente necessarie in tutti i cateteri venosi, almeno sino a quando la sede di inserzione non sia completamente guarita;
2. medicazioni sempre da farsi con tecnica asettica, usando in prima scelta come disinfettante la Clorexidina;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

3. medicazioni da sostituire almeno ogni 2 giorni;
4. gli operatori devono provvedere ad una appropriata igiene delle mani con saponi convenzionali e acqua o con soluzioni gel a base alcolica;
5. l'igiene delle mani è da farsi prima e dopo aver palpato il sito di emergenza del catetere, nonché prima e dopo l'inserzione, la sostituzione, l'accesso, la riparazione o la medicazione;
6. la palpazione del sito di emergenza non dovrebbe essere eseguita dopo l'applicazione di antisettici, a meno che ciò non sia compatibile con il mantenimento della tecnica asettica;
7. necessità di mantenere una adeguata tecnica asettica per la inserzione e la gestione dei cateteri;
8. necessità di indossare guanti puliti o sterili quando si cambia la medicazione del sito di emergenza di un catetere intravascolare.
Queste sono generalmente le raccomandazioni per la gestione del catetere CVC, nell'ambito di una strategia preventiva di norma fortemente raccomandata dalla letteratura di merito.
Concludendo questa parte delle 'generalità' sulle infezioni da catetere possiamo dire di aver appreso:
- il CVC comporta un elevato rischio di complicanza infettive;
- complicanze di tipo setticemico, frequenti e pericolose per la vita, causa di frequente ospedalizzazione e con elevato tasso di morbilità e mortalità;
- la cura delle complicanze infettive è difficile;
- pertanto le infezioni vanno evitate mediante la prevenzione;
- tra le misure migliori e più efficaci per la prevenzione trovano uno specifico e importante ruolo le procedure cautelari sopra indicate in dettaglio, procedure soprattutto relative alla correttezza asettica e alla frequenza delle medicazioni e, in genere, a norme di igiene….
…. al caso di specie… Consideriamo la gestione appunto attuata con medicazioni nel periodo di interesse, dal 17/2 al 28/2/2015 (non consideriamo il 3/3, poiché in quella data l'infezione era già evidente).
Dalla documentazione si ricava quanto segue.
Tra il 14/2 e il 4/3/2015 il paziente veniva sottoposto a dialisi, e comunque seguito dai curanti di [redacted]
Nel periodo gli accessi di interesse erano quelli del:
- 17/2, 19/2, 21/2, 24/2, 26/2, 28/2, 3/3/2015.
Per tali occasioni osserviamo:
- segnalata l'effettuazione di medicazioni in data 17/2, 19/2, 24/2/2015;
- per il 21/2, il 26/2, e il 28/2/2015 non riportate medicazioni pertanto, chiaramente e logicamente, da ritenersi non effettuate.
Dopo aver indicato queste circostanze ci dobbiamo chiedere:
- era corretto il trattamento nelle giornate sopra indicate?
Vediamo che in proposito le Linee Guida e la letteratura sulla gestione del catetere per emodialisi indicano l'applicazione delle misure cautelari preventive di infezione, sopra esposte alle pagine 35-36-37 di questo elaborato….
…. In ogni modo ribadiamo in sintesi:
- le medicazioni devono essere fatte in maniere ben determinate, seguendo una rigorosa asepsi;
- le medicazioni vanno sostituite ogni 2 giorni.
A fronte di queste cose certe, che la procedura deve prevedere, vediamo che nel periodo di interesse ai fini dell'insorgenza dell'infezione, dal 17/2 al 28/2/2015 (non consideriamo il 3/3, poiché in quella data l'infezione era già evidente) si osserva:
- mai si descrivevano, in alcun modo, le modalità di medicazione (semplicemente si annotava 'medicato'); per tale circostanza non possiamo sapere in quali modi, e se in modi corretti, il paziente sia stato medicato;
- a fronte di medicazioni da farsi almeno ogni 2 giorni, si saltavano le medicazioni del 21/2, del 26/2 e del 28/2/2015; in particolare: il 17/2 medicato, il 19/2 medicato, il 21/2 non medicato, il 24/2 medicato, il 26/2 non medicato, il 28/2/2015 non medicato….
…. Considerando l'assenza di infezione prima del 17/2/2015 e il suo concretizzarsi palese in data 3/3/2015, è logico e ovvio ritenere che l'infezione si sia innescata appunto in questo periodo, e che l'omissione di medicazioni, in modo difforme rispetto a quanto indicato dalla letteratura sull'argomento, non possa non aver contribuito nel determinarla, visto che le predette misure cautelari sono raccomandate in maniera unanime dalla letteratura e dalle linee guida sulla materia poiché ritenute efficaci strumenti preventivi…..
…. lo scrivente, nell'ambito delle proprie competenze mediche e medico legali, è in grado di affermare che l'omissione comprovata di alcune medicazioni (si veda il 'salto di medicazioni', non fatte ogni 2 giorni, contrariamente a quanto raccomandato) rappresentava una circostanza appunto contraria alle indicazioni di letteratura e di linee guida, di certo idonea nel determinare l'infezione;
- è poi molto suggestivo il vedere che una grave infezione si realizzava proprio dopo l'omissione delle medicazioni, che invece dovevano essere fatte.
Di conseguenza, se non con certezza almeno con probabilità elevata, si ritiene di poter confermare la sussistenza di nesso causale tra la predetta omissione e l'insorta complicanza infettiva (seguendo il criterio del 'più probabile che non', poiché generalmente in medicina, e segnatamente nel caso specifico, il verificarsi di una infezione è più probabile nel caso di un trattamento doveroso ed efficace omesso)…..
…*"* (vedasi pag. 29-41 della CTU in atti).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Inoltre, il CTU, dott. *Persona_1* rispetto alle osservazioni del CTP di parte convenuta su quanto finora riportato della CTU, ha ulteriormente chiarito:

"……La CTP, indicando le modalità procedurali, segnala anche che la copertura del catetere viene effettuata:
- *"…con medicazione avanzata trasparente in poliuretano, che viene sostituita ogni 7 giorni, o prima se non rimangono intatte o se si raccoglie umidità al di sotto…"*;
- *"…con garza o cerotto, se presenti sanguinamenti, che viene sostituito ogni 2-3 sedute (le sedute di dialisi erano tri settimanali: martedì, giovedì, sabato)…"*;
- *"…le medicazioni vanno, comunque, sostituite, anche prima del tempo previsto, se si bagnano, si staccano, si sporcano o se il paziente ha abbondante sudorazione…"*.

Risposta del CTU

Premettendo che non sappiamo, per quanto ci risulta, quale tipo di medicazione sia stata applicata al paziente (avanzata trasparente in poliuretano, o con garza e cerotto?), e che neppure si descrive lo stato delle medicazioni, osserviamo che la letteratura sull'argomento citata in bozza (pagina 35), dopo aver indicato che tra le cause delle infezioni vi sono quelle legate alla procedura, segnatamente ravvisate, fra l'altro, nelle inappropriate manipolazioni da parte del personale e nella contaminazione da fattori locali, ad esempio derivanti dalla scarsa igiene personale, dall'intervallo di sostituzione della medicazione, e dalle manovre di connessione al catetere, prevede anche (nell'ambito di misure precauzionali da parte del personale sanitario fortemente raccomandate):
- il cambio della medicazione dopo ogni dialisi;
- medicazioni da sostituire almeno ogni 2 giorni.

Nel caso di specie, nel periodo di interesse ai fini dell'insorgenza dell'infezione (dal 17/2 al 28/2/2015), si procedeva a dialisi in data 17/2, 19/2, 21/2, 24/2, 26/2, 28/2/2015.
Dalle cartelle cliniche risulta l'effettuazione di medicazioni il 17/2, il 19/2, il 24/2/2015.
Pertanto, contrariamente a quanto indicato dalle norme precauzionali, dopo le dialisi del 21/2, 26/2 e 28/2/2015 non si effettuava il cambio di medicazione e, in ogni modo, la medicazione non veniva sostituita ogni 2 giorni.
Per le medicazioni non effettuate, aggiuntivamente a quanto già espresso per le modalità di medicazione rimaste indescritte, lo scrivente CTU ravvisava un momento critico, poiché non rispettoso delle indicazioni proposte dalla letteratura allegata.
A questo punto giova riportare una considerazione ulteriore della CTP che ritiene non ravvisabili elementi di responsabilità a carico dei sanitari convenuti, e che pure afferma *"…non è comprovato il nesso causale tra l'infezione e la presunta omissione di alcune medicazioni, con cadenza ogni due giorni, considerando che se le medicazioni erano in poliuretano le stesse vanno sostituite ogni 7 giorni, come da protocollo…"*.
Anche significativa un'altra considerazione della *Pt_4* che scrive *"…si ribadisce che non esistono pratiche assistenziali che permettono di evitare il verificarsi di infezioni. Si può solamente ridurne la frequenza della loro comparsa…"*.
Rispondendo a queste considerazioni il sottoscritto CTU osserva quanto segue.
La CTP afferma prima (ci ripetiamo) che la copertura del catetere viene effettuata:
- *"…con medicazione avanzata trasparente in poliuretano, che viene sostituita ogni 7 giorni, o prima se non rimangono intatte o se si raccoglie umidità al di sotto…"*;
- *"…con garza o cerotto, se presenti sanguinamenti, che viene sostituito ogni 2-3 sedute (le sedute di dialisi erano tri settimanali: martedì, giovedì, sabato)…"*.

Poi la CTP scrive *"…considerando che **se** le medicazioni erano in poliuretano le stesse vanno sostituite ogni 7 giorni, come da protocollo…"* (nostra la sottolineatura e nostro il grassetto sul termine *"**se**"*)
Da queste varie espressioni noi comprendiamo che neppure la CTP è a conoscenza del tipo di medicazione effettivamente in sede (in poliuretano? Con garza e cerotto?).
A tale proposito due elementi sono significativi:
- nelle sue note la CTP mai afferma di conoscere il tipo di medicazione effettivamente in sede;
- suggestivo per la non conoscenza, da parte della CTP, della medicazione in atto la sua frase che recita *"…**se** le medicazioni erano in poliuretano…"*; questo ci rappresenta, evidentemente, che la CTP non è a conoscenza del tipo di medicazione in atto.

E il tipo di medicazione in sede effettivamente non è ricavabile, per quanto abbiamo compreso (ed anche per quanto la CTP ha compreso), dalle cartelle cliniche, va detto, a questo punto, in molti tratti confuse e un po' caotiche.
In ogni modo, richiamandoci a quanto espresso dalla letteratura sopra citata, si raccomanda per la medicazione (indipendentemente dal tipo di copertura, in poliuretano o in garza-cerotto) di cambiarla dopo ogni dialisi, cosa che nel caso di specie non veniva fatta; certamente poi da cambiare almeno ogni 2 giorni nel caso di copertura con garza o cerotto.
Per il nostro caso va sottolineato che non sappiamo, per carenza documentale:
- in quale modo sono state fatte le medicazioni (cosa più volte ribadita);
- quale fosse lo stato locale delle medicazioni nei giorni di interesse (ad esempio dice la CTP che nel caso di copertura in poliuretano la sostituzione andrebbe fatta ogni 7 giorni *"…o prima se non rimangono intatte o se si raccoglie umidità*

Osservatorio ICA Italia
Casi Clinici Italiani

al di sotto…"; ma, sempre per i giorni di interesse, non sappiamo dai documenti nulla sull'integrità della medicazione e sull'eventuale presenza di umidità, circostanze che avrebbero dovuto indurre, seguendo le indicazioni della CTP, ad un cambio frequente).
Per quanto ci riguarda sul punto, a parte quanto relativo alle circostanze indescritte (troppe), ribadiamo che la medicazione andava fatta dopo ogni dialisi; e questo non si faceva; andava poi cambiata almeno ogni 2 giorni (anche al di fuori delle sedute di dialisi) se con copertura di garza e cerotto, laddove parte convenuta non ha provato la presenza di una copertura in poliuretano (neppure la CTP, chiaramente, è a conoscenza di questo particolare).
Merita sicuramente un commento l'affermazione della CTP relativa al fatto che *"…non esistono pratiche assistenziali che permettono di evitare il verificarsi di infezioni. Si può solamente ridurne la frequenza della loro comparsa…"*.
Ciò di certo corrisponde al vero, poiché per questo tipo di pazienti, ad alto rischio infettivo e immunodepressi, è impossibile azzerare la ricorrenza di infezioni, nonostante l'adozione di tutte le misure cautelari possibili; mediante le pratiche a disposizione il rischio può solo essere ridotto, minimizzato, ma non annullato.
In letteratura è difficile, se non impossibile, trovare dati percentuali certi e omogenei sul tasso di riduzione delle infezioni-setticemie da catetere CVC mediante l'osservanza delle procedure preventive delle quali si è discusso (per lo meno lo scrivente, che pure ha esaminato fonti molto numerose e autorevoli - riportate in calce all'elaborato - non ha trovato dati numerici adeguati; per quanto emerge neppure i CTP, attoreo e convenuto, hanno portato contributi in tal senso).
In ogni modo la letteratura citata definisce, generalmente, le misure cautelari delle quali si è detto, nell'ambito della "migliore strategia" preventiva, fortemente raccomandate, e appunto tra quelle migliori e più efficaci per la prevenzione delle infezioni; infezioni che poi, quando si verificano, sono pericolose e di difficile trattamento.
In via generale, pertanto, numeri sul tasso di efficacia della prevenzione non siamo in grado di dare; possiamo dire però che la prevenzione, comprendente le misure omesse (e quelle indescritte) nel nostro caso, è fortemente raccomandata, rientra tra le migliori cose da fare, ed è efficace.
Ciò premesso vediamo che nella situazione di specie (e sottolineiamo che poi ogni caso, anche in maniera indipendente dalle indicazioni di letteratura, va considerato nella sua peculiare realtà) per lo scrivente è cosa logica, ragionevole e congrua riconoscere la sussistenza di nesso causale tra condotta omissiva, relativa alle medicazioni non effettuate nei tempi dovuti e corretti, e l'insorta infezione, per i seguenti motivi:
- le misure omesse sono ritenute efficaci e atte a prevenire le infezioni (anche se non sappiamo, in via generale, in quale percentuale);
- il presentarsi di una qualsiasi complicanza, infezioni comprese, è più probabile nel caso in cui si omettano efficaci misure doverose di prevenzione; e questo accadeva nel nostro caso;
- nostro caso per il quale l'infezione si presentava proprio in stretta vicinanza cronologica rispetto alla condotta omissiva.
Soddisfatti pertanto sotto il profilo medico legale:
- il criterio dell'efficacia lesiva (= l'insufficienza delle misure preventive è idonea nel causare infezione, e la loro adozione è idonea nell'evitarle);
- il criterio cronologico, per infezione che cronologicamente si presentava in stretta vicinanza temporale alle omissioni;
- il criterio topografico, per infezione che si manifestava nelle sedi da medicare in un certo modo, ma in quel modo non medicate.
Stante la soddisfazione di questi criteri è affermabile il nesso causale, per lo meno seguendo il criterio del 'più probabile che non'……" (cfr. pg. 49-55 della CTU in atti),

arrivando, quindi, il CTU a concludere a pg. 65 del suo elaborato in atti che:

"…una condotta non omissiva, con il solo riferimento alle cure definite non corrette e anche senza considerare le cure indescritte, avrebbe probabilmente ('più probabilmente che non') evitato le lesioni e l'aggravamento; pertanto non irrilevante la condotta omissiva; la causa delle lesioni lamentate è stata un'infezione, con sue conseguenze descritte nell'elaborato ….." (cfr. pg. 65 della CTU in atti).

Sotto il profilo delle conseguenze derivate dalla condotta omissiva dei sanitari della struttura convenuta, il CTU ha, poi, riferito che:

"……...Come si è visto nella parte documentale l'attore riportava una setticemia e una spondilodiscite.
La setticemia (si è detto avvelenamento del sangue da parte di batteri), pur grave, per fortuna si risolveva grazie a massicce e adeguate terapie antibiotiche.
Ove non risolta avrebbe comportato il decesso.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Come complicanza, ben nota e descritta dalla letteratura, in esito alla setticemia si realizzava una spondilodiscite, per una disseminazione dei germi, attraverso il torrente ematico, a livello della colonna vertebrale, con specifico interessamento settico delle vertebre L5-S1.
La diagnosi veniva correttamente posta in sede ospedaliera, più volte, dai vari curanti e, in particolare, dagli specialisti infettivologi e dagli specialisti in chirurgia vertebro-midollare; ciò su base clinica e su base strumentale, nell'ambito di una stima complessiva degli elementi a disposizione.
La spondilodiscite è caratterizzata da una infezione batterica a livello vertebrale, atta a causare una sofferenza e una deformazione dei metameri interessati dal processo settico, ed anche un'associata sofferenza neurogena radicolare.
I sintomi prevedevano febbre, dolore vertebrale e locale limitazione funzionale, e il trattamento, adeguato, prevedeva la somministrazione di antibiotici e di antalgici, e l'uso di busto e di stampelle, e riabilitazione.
Da considerare che, come da evidenze strumentali in atti, il paziente era già affetto, prima delle spondilodiscite, da fatti degenerativi vertebrali nella stessa sede dell'infezione, e anche più diffusi.
La complicanza settica, come anche si ricava dai reperti strumentali, non poteva non aggravare lo stato anteriore, peggiorando sia la funzione osteo-articolare, per incremento di una pregressa discopatia, sia quella neurogena, per incremento di una pregressa radicolopatia, laddove in tal senso sono esaustive risonanze magnetiche di controllo del 22/5/2015 e del 12/11/2015, espressive di una avvenuta consolidazione in pejus (più evidenti fatti deformativi vertebrali, più evidente un'ernia discale in L5-S1, più evidente l'interessamento radicolare, anche dimostrato da una EMG-ENG in forma acuta in occasione della spondilodiscite).
Per tali aspetti nel complesso ammissibili postumi permanenti di rilievo biologico, con loro valore da stabilirsi in riferimento analogico e comparativo alle indicazioni delle 'Linee Guida per la valutazione medico legale del danno alla persona in ambito civilistico', edite da Giuffrè nel 2016, a cura della *Org_3* (*Organizzazione_4* *[...]* *Organizzazione_5* Linee Guida espresse da Società Scientifica accreditata dal ai sensi del D.M. 2 agosto 2017).
Le predette Linee Guida per le patologie erniarie discali lombari prevedono postumi variabili dal 6% al 12% nel caso di *"ernia discale o esiti di erniectomia a uno o più livelli, con moderato quadro clinico disfunzionale, radicolopatia strumentalmente accertata e sintomatologia algica recidivante nel distretto interessato"* (Classe II di pregiudizio da discopatie).
Per valutare il danno dell'attore, nel quale la visita clinica ha scarso rilievo, sia per le caratteristiche della patologia lombare, sia per la presenza di elementi clinici confondenti dati dalla patologia renale di base e dall'avvenuto trapianto renale, è più che bastevole l'aspetto strumentale, che bene emerge dalle varie risonanze e TAC e dagli esami EMG-ENG.
Tenuto conto che il pregresso poteva ragionevolmente avere un valore intorno al 9% (al livello intermedio del range di stima), per la quota di aggravamento indotta dalla spondilodiscite, in particolare valorizzando una avvenuta deformazione somatica in L5 e un peggioramento della compressione radicolare, pare adeguata l'ammissione di postumi aggiuntivi nella misura del 6%, appunto espressivi della quota di aggravamento rispetto allo stato anteriore, aggravamento peraltro predisponente al formarsi di fatti degenerativi ulteriori.
Per la temporanea inabilità, sempre riferita al biologico, è possibile definire:
- inabilità temporanea totale dal 4/3 al 29/4/2015, per 57 giorni, relativi a degenza resa necessaria dal trattamento della sepsi e della spondilodiscite;
- inabilità temporanea parziale, al tasso medio del 50%, per 6 mesi, utili alla sostanziale consolidazione clinica.
Contrariamente a quanto sostenuto da parte attrice la successiva sepsi del febbraio 2016 non può essere considerata, con un sufficiente grado di probabilità, correlata a una recidiva della infezione del febbraio 2015; questo perché nell'occasione si trovavano germi diversi in aggiunta allo Stafilococco aureo, quali l'Enterococco faecium e lo Strongyloides stercoralis.
Nell'occasione inoltre, come da evidenze strumentali, la spondilodiscite non recidivava, e nella risonanza del 5/3/2016 risultava ampiamente stabilizzata….
…. Pur in un contesto di complessità del paziente le terapie da praticarsi non erano di elevata difficoltà, bensì di media difficoltà, e la loro esecuzione neppure implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà….
…. Il livello di sofferenza, tenuto conto delle caratteristiche della patologia settica e da spondilodiscite intervenuta in complicanza, nell'ambito di una scala da 1 a 5 è collocabile in media al livello 4 per quanto riguarda il periodo di temporanea inabilità; al livello 2 per quanto riguarda i postumi permanenti……." (cfr. pg. 41 – 46 della CTU in atti).

Ancora, il CTU, a ulteriore confutazione delle osservazioni del CTP di parte convenuta, ha precisato, nel suo elaborato, che:

"…la spondilodiscite rientra fra le complicanze tipiche delle setticemie (e il paziente era setticemico), che le risonanze magnetiche successive dimostravano un quadro evolutivo rispetto alla prima, nell'ambito di aspetti attribuibili a un esito di spondilodiscite, e che la patologia (che va diagnosticata tenuto conto sia degli aspetti strumentali, sia di quelli clinici e di laboratorio), veniva confermata in maniera unanime e più volte, dagli specialisti infettivologi e dagli specialisti in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-472

chirurgia vertebro-midollare. Nessun dubbio pertanto sull'effettivo verificarsi della spondilodiscite ……" (cfr. pg. 55 – 56 della CTU in atti).

Alla luce della CTU è, quindi, doveroso, a parere del Giudicante, ritenere provato che, nel caso di specie, non sono stati osservati i protocolli universalmente riconosciuti come efficaci per la prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero, concludendo per la riconducibilità della complicanza infettiva (sfociata ulteriormente nella setticemia e nella spondilodiscite) alla condotta dei sanitari della struttura sanitaria convenuta.

Infatti ed in sintesi, il CTU ha chiaramente evidenziato che:

- fino alla data dimissione del 14.02.15 la trombosi della fistola all'arto superiore destro era stata correttamente trattata e non c'erano infezioni in atto;
- l'accesso vascolare, alternativo alla fistola, necessario per consentire l'indispensabile dialisi (CVC), era stato correttamente posizionato;
- in data 04.03.15 (e pertanto a una ventina di giorni dalla dimissione del 14.02.15) il paziente era stato riaccolto in Ospedale, sempre presso la *Org_1* di [redacted] (con un passaggio presso l'Ospedale di *CP_8* , in gravi condizioni, a causa di uno stato settico (= setticemia = infezione del sangue, con possibile propagazione a organi e tessuti distanti), derivato da una infezione localizzata a livello del catetere venoso posto alla vena giugulare, visto che nella cartella clinica relativa al ricovero del 04.03.15 all'ingresso si obbiettivava una secrezione mucopurulenta, proprio in corrispondenza dello stesso catetere;
- un tampone dimostrava la presenza del germe Stafilococco Aureo (che spesso si ritrova in queste situazioni), e gli indici ematici deponevano chiaramente per una importante infezione in atto (netto innalzamento ingravescente dei globuli bianchi e della PCR, caratteristici segni di infezione acuta);
- poiché nel corso della degenza dal 09.02.15 al 14.02.15 non si presentava un'infezione, invece eclatante e grave alla data del 04.03.15 (ed anzi in essere, necessariamente da qualche giorno prima), si deve ritenere, necessariamente, che la stessa infezione si sia innescata nel periodo intercorrente fra i due ricoveri, cioè tra il 15.02.15 e il 03.03.15.

Di seguito, il CTU, dopo aver rappresentato che l'infezione da CVC rappresenta la principale causa di morbilità nei pazienti emodializzati con questo sistema e che il germe più frequentemente coinvolto è lo Stafilococco Aureo, ha spiegato che, per l'eclatanza e la pericolosità del problema e per la difficoltà della cura di una setticemia già in atto, la letteratura sull'argomento è unanime nell'indicare la prevenzione delle infezioni come "la migliore strategia" che deve prevedere, tra l'altro, l'adozione di misure precauzionali da parte del personale deputato all'assistenza, tra le quali (obbligatorie) vi è anche la sostituzione delle medicazioni almeno ogni 2 giorni.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il CTU, quindi, ha verificato, sulla base della documentazione medica, che nel periodo di interesse, dal 17.02.15 al 28.02.15 il paziente è stato sottoposto a dialisi, e comunque seguito dai curanti di [redacted] ma che gli accessi sono stati quelli del 17, 19, 21, 24, 26 e 28 febbraio 2015 e del 03.03.15, con segnata effettuazione di medicazioni solo in data 17, 19 e 24 febbraio 2015, ricavandosi, di conseguenza, che per il 21, il 26 e il 28 febbraio non sono state fatte medicazioni.

Il CTU, pertanto, attesa l'assenza di infezione prima del 17.02.15 e il suo concretizzarsi palese in data 03.03.15, ha ritenuto logicamente che l'infezione si sia innescata appunto in questo periodo e che l'omissione di medicazioni, effettuate in modo difforme rispetto a quanto indicato dalla letteratura sull'argomento (si veda il "salto di medicazioni", non fatte ogni 2 giorni, contrariamente a quanto raccomandato), abbia contribuito a determinarla (visto che le predette misure cautelari sono raccomandate in maniera unanime dalla letteratura e dalle linee guida sulla materia poiché ritenute efficaci strumenti preventivi) e ciò, se non con certezza, almeno con probabilità elevata, seguendo il criterio del "più probabile che non", poiché il verificarsi di una infezione è più probabile nel caso di un trattamento doveroso ed efficace omesso.

In particolare e pure a confutazione delle osservazione del CTP di parte convenuta, il CTU ha ribadito l'esistenza del nesso causale tra la condotta omissiva dei sanitari e l'insorgere dell'infezione, seguendo il criterio del "più probabile che non", poichè, sotto il profilo medico legale, sono stati soddisfatti:

- il criterio dell'efficacia lesiva (l'insufficienza delle misure preventive è idonea nel causare infezione e la loro adozione è idonea nell'evitarle);
- il criterio cronologico, per infezione che cronologicamente si presentava in stretta vicinanza temporale alle omissioni;
- il criterio topografico, per infezione che si manifestava nelle sedi da medicare in un certo modo, ma in quel modo non medicate.

In conclusione, ritiene il Giudice che, sulla scorta della giurisprudenza citata e delle valutazioni istruttorie sopra riportate, l'attore abbia assolto l'onere istruttorio su di lui gravante.

Invero, è incontestata l'esistenza del contratto tra il paziente e l'azienda convenuta ed è stata raggiunta la prova dell'inadempimento colposo della prestazione sanitaria, rispetto al pregiudizievole trattamento praticato presso [redacted] di [redacted] cristallizzatosi nella infezione, causalmente collegata all'inadempimento medesimo.

D'altro canto, da parte di *CP_5* sulla quale gravava il relativo onere, è difettata la dimostrazione della impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, non avendo cioè parte convenuta provato che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (la struttura convenuta non ha, infatti,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dimostrato che l'insorgere della complicanza infettiva è stata determinata da un evento inevitabile nonostante tutti gli accorgimenti del caso, non prevenibile e dunque non imputabile, ascrivibile cioè alle percentuali di verificazione inevitabili riconosciute dalla letteratura medica).

III. Discende da quanto precede, la condanna dell' *CP_1* convenuta, al risarcimento dei danni, come di seguito accertati e quantificati, in conseguenza del trattamento sanitario praticato, patiti da *Parte_2*

Ebbene, ancora una volta, gli elementi probatori e descrittivi contenuti nell'elaborato del CTU e sopra riportati, della cui bontà ed efficacia si è già detto, unitamente alle certificazioni mediche depositate dall'attore, provano l'esistenza del danno non patrimoniale per lesioni fisiche, patite dall'attore.

In particolare, il CTU, dopo aver constatato che le conseguenze derivate dalla condotta omissiva dei sanitari della struttura convenuta sono state una setticemia e una spondilodiscite, ha valutato le lesioni patite dall'attore come segue:

- tenuto conto della pregressa discopatia dell'attore, valutata al 9%, aggravamento del 6% rispetto allo stato anteriore per postumi aggiuntivi;
- inabilità temporanea totale per 57 giorni;
- inabilità temporanea parziale al tasso medio del 50%, per 6 mesi;
- con livello di sofferenza, nell'ambito di una scala da 1 a 5, collocabile in media al livello 4 per quanto riguarda il periodo di temporanea inabilità e al livello 2 per quanto riguarda i postumi permanenti.

A questo punto, v'è da ricordare che, sotto il profilo del danno non patrimoniale, la Suprema Corte, nell'arresto a Sezioni Unite di cui a Cass. 26972/08, ha negato la correttezza della liquidazione ripartita del risarcimento, in particolare, in danno biologico, morale ed esistenziale, chiarendo che, in occasione di un illecito, il danno non patrimoniale spetta ogni volta che la legge lo preveda (ad esempio ex art. 185 c.p.) ovvero qualora si tratti di lesioni a interessi costituzionalmente protetti. Il danno non patrimoniale va, quindi, liquidato integralmente, ristorando il pregiudizio inferto al valore-uomo, ma senza attardarsi in qualificazioni del singolo pregiudizio e cioè senza riparare ogni singola lesione con valutazione parcellizzata (tot per danno biologico, tot per danno morale soggettivo, tot per danno esistenziale, tot per danno estetico ecc.).

Due sono stati, poi, i principi fondamentali nel solco dei quali si è sviluppata la successiva giurisprudenza: a) il principio di "integralità" del risarcimento che impone che nessuno degli aspetti in cui si compendia la categoria generale del danno non patrimoniale, la cui sussistenza risulti nel

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

caso concreto accertata, rimanga priva di ristoro (Cass. 10527/11); b) il principio di "unitarietà" o "onnicomprensività" per cui il danno deve essere risarcito in tutte le sue componenti, ma "non oltre" (Cass. SS.UU. 26972/08), non essendo consentite duplicazioni risarcitorie "sulla base di diverse, meramente formali, denominazioni" (Cass. 10527/2011 cit. che richiama Cass. 7844/11).

Nell'evoluzione giurisprudenziale che ha fatto seguito alle sentenze c.d. di S. Martino, fermo il filo conduttore della necessaria "integralità" del risarcimento, si sono registrate diverse pronunce che, pur riaffermando il principio di "unitarietà" del danno non patrimoniale, hanno ribadito la distinzione tra le voci di danno "esistenziale", "morale" e "biologico" e l'imprescindibilità della loro valutazione in sede di liquidazione al fine di evitare duplicazioni, ma altresì "vuoti risarcitori" (Cass. 19402/13). E ciò fino a giungere a più recenti pronunce, come in Cass. 11851/15, ove la Corte di Cassazione ha sottolineato la necessità di distinguere le differenti componenti del pregiudizio che coinvolge la persona e cioè "il dolore interiore", da un lato, e, dall'altro, la "significativa alterazione della vita quotidiana", scomponendo il danno alla persona in due fondamentali tasselli, quello relativo alla proiezione esterna dell'individuo e quello relativo alla dimensione della sofferenza interna.

L'insistenza giurisprudenziale circa la diversità di tali pregiudizi è finalizzata a far sì che il Giudice chiamato alla liquidazione equitativa del danno non patrimoniale ne valuti la sussistenza e la portata nel caso concreto quali componenti del danno alla persona affinché il ristoro sia integrale (cfr. anche Cass. 16197/15).

Nel momento in cui il Giudice è, poi, chiamato a tradurre in una somma di denaro un danno di natura non patrimoniale, comprensivo dei diversi pregiudizi che lo compongono, necessariamente compie un'operazione di natura equitativa. Quest'ultima trova utile (oltre che dovuto, cfr. Cass. 12408/11) punto di riferimento nelle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano, anche dopo i più recenti approdi della giurisprudenza di legittimità (ad es. Cass. 11851/15 di cui sopra) visto che nella relazione esplicativa delle tabelle milanesi sono compresi nella valutazione della lesione dell'integrità psico-fisica sia la componente biologica, sia la componente morale, esistenziale e relazionale presuntivamente connesse al grado di invalidità corrispondente (cfr. anche Cass. 11754/18).

Applicando i principi di cui sopra alla fattispecie concreta, si giunge, quindi, ad affermare che *Pt_2* *Parte_2* ha patito, secondo la più recente giurisprudenza, un danno biologico e morale (quest'ultimo, in particolare, qualificato come sofferenza interiore, non necessariamente trascendente in patologia), da ritenersi almeno presuntivamente provato in base alla stessa natura e consistenza del pregiudizio alla salute patito per come descritto dal CTU dott. *Persona_1* e sopra riportato.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ritiene, inoltre, il Giudice che il fatto che *Parte_2* abbia patito una sofferenza, quanto alla inabilità temporanea, superiore alla media (grado di sofferenza indicato dal CTU in 4, in una scala da 1 a 5), giustifica una maggiorazione della liquidazione attraverso la personalizzazione del danno con un aumento del valore giornaliero di liquidazione per l'inabilità temporanea ad €. 110,00.

Sottolinea, quindi, il Giudice come, da un lato, nessun'altra circostanza di fatto è stata allegata dall'attore ai fini della personalizzazione.

D'altro canto, deve evidenziarsi come *Parte_2* prima dei fatti per cui è causa, fosse portatore di una patologia pregressa comportante già una riduzione permanente dell'integrità psico-fisica del 9 %, sulla quale l'infezione per cui è processo ha innestato un aggravamento della riduzione permanente dell'integrità psico-fisica del 6%.

Per tali ipotesi (c.d. menomazioni concorrenti), la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha statuito che le menomazioni concorrenti vanno tenute in considerazione stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo e convertendola in denaro, stimando in punti percentuali l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito e convertendola in denaro e, infine, sottraendo dal primo importo ottenuto il secondo importo (cfr. Cass. 28986/19).

Orbene, considerata l'età di *Parte_2* di 39 anni alla data dei fatti per cui è causa ed utilizzando (come d'uso in ragione della garanzia di uniformità nella valutazione dell'evento lesivo e di adeguamento a criteri di elasticità e flessibilità nella valutazione delle conseguenze dell'illecito e dell'aggiornamento periodico dei valori, comunque in via equitativa) i criteri e le Tabelle 2018 di liquidazione del Tribunale di Milano (basati sul "punto tabellare" ed ispirati alla liquidazione congiunta dell'intero danno non patrimoniale, a valori già rivalutati) anche per la liquidazione dell'invalidità preesistente ai fatti per cui è causa (non essendo riconducibile né a circolazione stradale né a malpractice medica), la liquidazione ammonta a:

€. 24.524,00 per danno differenziale da permanente menomazione dell'integrità fisica [pari a €. 43.380,00 per la complessiva permanente menomazione dell'integrità fisica da cui è affetto l'attore in seguito all'infezione per cui è processo del 15% (9% di preesistente riduzione + 6% di aggravamento) meno il danno preesistente (9% e, quindi, €. 18.856,00) e perciò indipendente dall'infezione in questione];

€. 6.270,00 (€. 110,00 x 57 gg x 100%) per inabilità temporanea totale per 57 giorni;

e di €. 9.900,00 (€. 110,00 x 180 gg x 50%) per inabilità temporanea parziale al tasso medio del 75% per 180 giorni.

La liquidazione finale per tutti gli aspetti riconducibili al danno non patrimoniale è, quindi, pari a complessivi €. 40.694,00.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Infine, sugli importi riconosciuti a titolo di danno non sono dovuti gli interessi compensativi per il mancato godimento in passato dell'equivalente risarcitorio. Si tratta, infatti, di voce di danno da lucro cessante non automaticamente riconosciuta, ma solo quando si alleghi e si provi, anche in base a criteri presuntivi, che la somma rivalutata (o liquidata in moneta attuale) è inferiore a quella di cui il danneggiato avrebbe disposto, alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo. Nel caso concreto, invece, l'attore non ha fornito alcuna prova del danno da ritardato adempimento, nemmeno presuntiva, che se le somme (non rivalutate) fossero state subito messe a sua disposizione, egli (tramite l'immediato fruttuoso reimpiego) avrebbe oggi presso di sè una somma maggiore di quella liquidata in sentenza con la rivalutazione (Cass. 3268/2008, 15823/05, 22347/07).
Dalla data di pubblicazione della sentenza, che rende liquido il credito, sono, invece, dovuti gli interessi moratori in misura legale.

IV. Da ultimo, le spese di lite del presente giudizio - separatamente liquidate essendo l'attore ammesso al patrocinio a spese delle Stato - seguono la soccombenza come da generale norma, a favore dello Stato.
Inammissibile è, invece, l'istanza del difensore attoreo di distrazione delle spese, mancando la dichiarazione del difensore di aver anticipato le spese e non riscosso gli onorari.
Non può, pertanto, a parere del Giudice, trovare applicazione la massima della Corte di Cassazione secondo cui l'eventuale richiesta di distrazione costituisce una rinuncia implicita al patrocinio a spese dello stato (cfr. Cass. 5232/18).
Attesa la soccombenza di parte convenuta, anche le spese di CTU, separatamente liquidate, restano definitivamente a carico di *CP_5* .
Da ultimo, non si ritiene di applicare l'art. 8 c. 4 bis d.lgs. 28/10 nei confronti dell' *[...] Controparte_1* visto che dal doc. 10 di parte attorea risulta che il soggetto che non ha giustificato la sua mancata partecipazione alla mediazione obbligatoria è l' *Controparte_9 [...] Controparte_5* " che, però, alla data della mediazione non esisteva come soggetto giuridico (cfr. art. 5 L.R. FVG 17/2014).

P. Q. M.

Il Tribunale di Udine, in persona del Giudice dott.ssa Alessia Bisceglia, definitivamente pronunciando ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa, così decide:

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

1. dichiara l' *Controparte_10* *[...]* in persona del legale rappresentante, responsabile dei danni patiti da *Parte_2* per come accertati in motivazione;
2. liquida il danno non patrimoniale patito da *Parte_2* in €. 40.694,00;
3. condanna l' *Controparte_10* *[...]* in persona del legale rappresentante, a pagare a *[...]* *Parte_2* gli importi liquidati al punto n. 2 che precede, oltre agli interessi moratori in misura legale dalla pubblicazione della sentenza al saldo;
4. condanna l' *Controparte_10* *[...]* in persona del legale rappresentante, a pagare a favore dello Stato le spese di lite per la difesa dell'attore nel corrente giudizio, liquidate separatamente;
5. pone definitivamente a carico dell' *Controparte_1* *[...]* in persona del legale rappresentante, le spese di CTU, separatamente liquidate.

Udine, 27.11.19

Il Giudice

dott.ssa Alessia Bisceglia

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it