

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI AVELLINO

Il tribunale di Avellino, II sezione civile, nella persona del giudice monocratico dott. Sossio Pellecchia, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 681/2020 R.G.A.C.C., avente ad oggetto “colpa medica” e vertenze

TRA

Parte_1, c.f. *C.F._1*, rappresentato e difeso dall’Avv. *F. [REDACTED]*
[REDACTED] in virtù di procura in atti,

ATTORE

E

Controparte_1

[...] p.iva *P.IVA_1* in persona del legale rapp.te p.t.,
rappresentata e difesa dagli Avv.ti *S. [REDACTED]* in virtù di procura in
atti;

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Come da note di trattazione scritta.

MOTIVI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione ritualmente notificato in data 17.02.2020 l’attore *Parte_2*
[...] conveniva in giudizio *Controparte_2*
[...] al fine di sentir accertare e dichiarare la responsabilità della convenuta “nella determinazione degli eventi lesivi dedotti in lite in conseguenza dei comportamenti gravemente negligenti, imprudenti ed imperiti tenuti ... e per l’effetto condannarla al risarcimento di tutti i danni ..., patrimoniali e non, tenendo conto delle diverse componenti di danno biologico, esistenziale, morale, da perdita di chance, provocate al sig. *Parte_1* per tutte le causali di cui in premessa, oltre interessi e rivalutazione monetaria nell’importo di € 13.405,00 come prudenzialmente quantificato in atti o in quell’importo che sarà determinato nel corso di giudizio anche a mezzo CTU, ovvero in via equitativa secondo il giudizio dell’adito tribunale”.

Come emerge dalla relazione di CTU, l'attore in data 5.10.2017 veniva ricoverato presso la **Controparte_1** per sottoporsi a trattamento di *“meniscectomia selettiva interna artroscopia ginocchio dx”*.

L'intervento veniva eseguito il 10.10.2017 e il paziente veniva dimesso in data 17.10.2017 con diagnosi di *“lesione corpo corno posteriore menisco interno, osteocondrite II CFI ginocchio dx”*.

Dopo tale intervento, sostenuti i regolari controlli postoperatori, l'attore continuava ad avvertire forti dolori al punto che, in data 10.11.2017 si rivolgeva al reparto di Ortopedia del **Controparte_3** ove lo specialista di turno consigliò il ricovero nel reparto di Ortopedia, per poi venire dimesso in data 14.11.2017 con terapia domiciliare.

In data 23.11.2017 si rivolgeva al Dott. **Persona_1**, specialista in Ortopedia e Traumatologia per un ulteriore consulto il quale, posta diagnosi di *“Sinovite post-chirurgica (infettiva?)”*, consigliò una terapia antibiotica, oltre ulteriori esami clinici.

In data 27.11.2017 veniva ricoverato nuovamente presso la **Controparte_4** [...] con diagnosi di ammissione di *“Sospetta sepsi al ginocchio destro”*, rendendosi necessario un secondo intervento consistente in *“lavaggio articolare, sinoviectomia, meniscectomia selettiva mediale per via artroscopica”*, per poi essere dimesso in data 02.12.2017 con diagnosi di *“Sinovite settica ginocchio destro”*.

Di seguito, si certificava da esame colturale intraoperatorio una positività per *Pseudomonas aeruginosa* ed a seguito di visita specialistica in malattie infettive presso la Dott.ssa **Per_2** si certificò *“Artrite settica post-chirurgica ginocchio destro dopo intervento di meniscectomia in artroscopia. Dolore indici di flogosi alterati; sottoposto a lavaggio articolare con isolamento di Pseudomonas aeruginosa da materiale intra-operatorio.”*

Con comparsa di costituzione e risposta in data 11.05.2020 si costituiva **CP_1** [...] già **Controparte_5** soggetta alla Direzione e coordinamento da **CP_6** [...] eccedendo l'inammissibilità ed improcedibilità della domanda, oltre che l'infondatezza della stessa e chiedendone pertanto il rigetto.

In corso di causa, ai sensi dell'art. 15 della l. 24/2017, veniva conferito incarico a un collegio di consulenti composto dal Dott. **Per_3** quale specialista in Ortopedia e dalla Dott.ssa **Per_4** quale specialista in Medicina Legale, *“affinché visitato il periziando, analizzati gli atti di causa e compiute tutte le opportune indagini specialistiche, dica il collegio: se dall'evento descritto in citazione siano derivate lesioni fisiche e/o psichiche (con particolare attenzione alla verifica della compatibilità e, dunque, del collegamento causale tra le lesioni accertate e l'evento), indicandone, in caso positivo, la natura,*

l'entità, la loro evoluzione e lo stato attuale; descriva gli eventuali precedenti morbosi interessanti la validità del periziando al momento dell'intervento e ne tenga conto nelle valutazioni elencate di seguito; verifichi se il periziando abbia subito lesioni e/o patologie causalmente ricollegabili ad una condotta dei sanitari, attiva od omissiva, non conforme alle regole dell'arte medica, precisando eventualmente il tipo di responsabilità a ciascuno ascrivibile; indichi se vi fu una invalidità temporanea (assoluta e parziale) e se siano derivati postumi di invalidità permanente, indicandone, nell'ipotesi affermativa, la durata, l'incidenza percentuale e la quantificazione in relazione all'integrità psico-fisica del soggetto leso; precisi, per ciascuna delle voci suindicate, tenuto conto della personalità del soggetto, della sua età e di ogni altra circostanza ritenuta utile, le menomazioni considerate limitative per lo svolgimento delle quotidiane attività di vita; indichi la congruità delle spese mediche e di cura sostenute, se documentate, e il prevedibile ammontare di quelle eventualmente da sostenere, indicando, altresì, il grado di probabilità di miglioramento o di peggioramento dello stato del periziando, nonché il costo e la presumibile efficacia degli interventi che si ritengono necessari; indichi il livello di sofferenza che, secondo le conoscenze mediche, è conseguito alle lesioni subite e all'iter diagnostico-terapeutico decorso e futuro; dica, infine, quanto altro utile ai fini della decisione della presente controversia.”

Assegnata di seguito la causa al sottoscritto giudice, all'udienza del 10.10.2024 la poneva in decisione, con i termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

2. La domanda di parte attrice è fondata per i motivi e nei limiti di seguito esposti.

Innanzitutto, nella fattispecie in esame si osserva che la domanda fatta valere in giudizio da parte del Sig. **Pt_1** deve essere intesa come volta a far valere una responsabilità di natura contrattuale della convenuta **CP_1**, sia in ragione del contratto atipico di ospitalità tra paziente e struttura sanitaria, sia in forza di quanto specificamente disposto dall'art. 7 della l. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco) - applicabile ai fatti posti in essere successivamente alla sua entrata in vigore - il quale stabilisce 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*”.

L'inquadramento della domanda in termini di responsabilità contrattuale ha degli importanti risvolti anche sull'onere probatorio gravante sulle parti.

Infatti, in applicazione della normativa sui rapporti contrattuali, il paziente, quale creditore della prestazione sanitaria, è tenuto a dimostrare l'esistenza del rapporto contrattuale e può limitarsi a dedurre l'inadempimento del debitore che deve essere astrattamente efficiente alla produzione del danno.

Al contrario, il debitore della prestazione, nel caso di specie la struttura sanitaria, deve provare in giudizio, per andare esente da responsabilità, che non vi è stato inadempimento o che è dipeso da fatto ad esso non imputabile ovvero che, pur esistendo, non è stato causa del danno. (Cass. Civ. n. 13066/2004).

Costituisce, quindi, onere della struttura sanitaria e del medico, per evitare la condanna in sede risarcitoria, provare che l'insuccesso dell'intervento è dipeso da fattori indipendenti dalla propria volontà, avendo egli osservato, nell'esecuzione della prestazione sanitaria, la diligenza normalmente esigibile da un medico in possesso del medesimo grado di specializzazione.

In punto di causalità, compete poi al paziente provare, anche attraverso presunzioni, il nesso eziologico tra condotta del medico in violazione delle regole di diligenza e l'evento dannoso, consistente nella lesione della salute ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia.

Si precisa ancora che il nesso di causalità va accertato attraverso un criterio necessariamente probabilistico - cd. regola della preponderanza dell'evidenza o "del più probabile che non", cioè probabilità logica desumibile dagli elementi di conferma disponibili nel caso concreto e dalla contemporanea esclusione di possibili elementi alternativi - e sussiste qualora si ritenga che l'opera del professionista abbia causato o concorso a causare il danno verificatosi oppure, in caso di condotta omissiva, se quell'opera, ove correttamente e prontamente svolta, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi.

Ciò premesso, dalla documentazione in atti, è provato che: a) Il *Pt_1* ricorreva alle cure dei sanitari della *Controparte_1* per intervenire sulla lesione corpo-corno posteriore menisco ginocchio destro attraverso un trattamento di meniscectomia selettiva interna artroscopia ginocchio destro; b) seguivano dei controlli di routine presso la *CP_1* di *Cont*ra convenuta; c) a seguito di persistente dolore si recava presso l'ambulatorio di Ortopedia dell'Ospedale Landolfi in Solofra, dove in conseguenza veniva ricoverato con diagnosi di 'Sospetta sepsi ginocchio destro'; d) veniva sottoposto ad un successivo intervento chirurgico in data 27.11.2017 per '*lavaggio articolare, sinoviectomia, meniscectomia selettiva mediale per via artroscopica*' ed in quella sede veniva prelevato materiale per esame col-

turale che riscontrò la presenza di Pseudomonas aeruginosa; e) dopo un decorso regolare veniva dimesso con terapia farmacologica domiciliare; f) in sede di controllo, il dott. [...] Per_ certificò in data 05.01.2018 la positività dell'esame colturale intraoperatorio per P. aeruginosa, prescrivendo pertanto, oltre ad ulteriore terapia medica, anche visita infettivologica; g) in conseguenza in data 10.01.2018 veniva consultata la Dott.ssa Persona_5 [...] specialista in Malattie Infettive, che certificò *“Artrite settica post-chirurgica ginocchio destro dopo intervento di meniscectomia in artroscopia. Dolore indici di flogosi alterati, sottoposto a lavaggio articolare con isolamento di Pseudomonas aeruginosa da materiale intra-operatorio.”*

Ebbene, dal punto di vista giuridico, occorre rammentare che in tema di infezioni nosocomiali, ferma la necessità per il paziente di provare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie e la condotta del sanitario, alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione oppure la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione, in conformità ai sopra richiamati oneri probatori.

In materia di responsabilità contrattuale la struttura sanitaria dovrà, quindi, dimostrare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle linee guida, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; 2) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico.

Ciò detto, in ordine all'an debeatur, alla luce dell'espletata CTU medico-legale si deve ritenere provato il danno alla salute da infezione post-operatoria insorta in occasione della degenza del Sig. Pt_1 presso la Controparte_1 ove fu sottoposto il 10.10.2017 ad intervento chirurgico di Meniscectomia mediale ginocchio destro.

I CC.TT.UU. confermavano infatti un prolungamento del periodo di cure mediche a cui l'attore ha dovuto sottoporsi, nonché del successivo nuovo intervento eseguito il 27.11.2017 presso l'Ospedale Landolfi di Solofra, conseguendone un prolungamento del periodo di inabilità temporanea totale e parziale.

Veniva altresì specificato che il Pt_1 subiva *“una quota di postumi maggiore per numero di entità, rispetto a quelli che sarebbero residuati se l'intervento chirurgico, praticato presso CP_1 fosse andato a buon fine”*.

In particolare, con riguardo al nesso causale, si ritengono condivisibili le conclusioni a cui sono pervenuti i consulenti tecnici nominati nel corso del procedimento i quali, a seguito di approfondita analisi e studio degli atti prodotti dalle parti, hanno precisato che: *“l'infezione contratta dal periziando al ginocchio destro, fu di tipo nosocomiale, contratta*

ciò durante il periodo di degenza in Reparto, o anche in Sala Operatoria, in assenza però di qualsiasi responsabilità dei Sanitari che effettuarono l'intervento chirurgico e che seguirono il paziente nel post-operatorio”, e ancora “una quota di postumi che attualmente presenta il Sig. Parte_1, è ricollegabile unicamente alla complicanza infettiva di tipo Nosocomiale, e non alla condotta osservata dai sanitari, che fu rispettosa dei canoni di perizia, prudenza e diligenza, sia nella fase di esecuzione dell'intervento chirurgico, sia nella gestione del post operatorio.”

Alla luce di quanto sopra esposto, in base al principio del più probabile che non, deve concludersi che la patologia sofferta dal Sig. Pt_1 vada ascritta ad un'infezione nosocomiale derivata dall'intervento eseguito in data 10.10.2017 presso la Pineta CP_1

Tuttavia, è bene precisare che, come rilevato dai CC.TT.UU. nominati, tale infezione non fu conseguenza di un comportamento negligente dei sanitari, ma piuttosto una complicanza infettiva sviluppatasi successivamente, a verosimile partenza dal sito chirurgico.

Orbene, dai passaggi salienti della CTU medico-legale sopra riportati si evince chiaramente che la causa del danno è, con ogni probabilità, di natura nosocomiale ed è eziologicamente riconducibile all'intervento subito presso la casa di cura convenuta.

Può dirsi, dunque, dimostrato il nesso di causalità tra l'inadempimento della struttura sanitaria e l'evento dannoso.

Una volta dimostrata l'esistenza di un nesso di causalità tra il danno e l'intervento eseguito presso la struttura sanitaria convenuta, e dunque la diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria, *“incombe sulla struttura al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato”* (Cass. Sez. 3, Ord. n. 5490 del 22/02/2023).

Relativamente a tale profilo non è stato allegato nulla che lasci ritenere che la complicanza infettiva abbia avuto natura di circostanza eccezionale, imprevedibile ed incontrollabile.

Non basta infatti avvisare il paziente, con il modulo di consenso informato, della possibile insorgenza di complicanze per andare esenti da responsabilità, dovendo invece l'ente che

fornisce la prestazione dare la prova positiva idonea a superare la presunzione che la complicanza sia frutto di errore sanitario.

Su questo punto va detto che la struttura sanitaria non ha fornito la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione dell'infezione, individuate, a titolo esemplificativo, da Cass. Sez. 3, Ord. 16900 del 13/06/2023, nell'indicazione: “a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.”

Tanto premesso, il sottoscritto Giudicante può dirsi suscettibile di accoglimento la domanda attorea, con conseguente accertamento della responsabilità della convenuta dell'evento lesivo subito dal **Pt_1**

3. Venendo alla liquidazione del danno attoreo, i CTU quantificavano la durata del prolungamento della inabilità temporanea assoluta in giorni 20 e quella parziale in 60 giorni al 50% e di giorni 36 al 25%.

Con riferimento ai postumi permanenti, individuavano un danno differenziale da invalidità permanente nella misura del 5%, con la precisazione che “La condizione clinica attuale del periziando. È espressione di un Danno Biologico Permanente, da quantificare nella misura dell'8%; da tale percentuale vanno sottratti 3 punti, relativi: sia al quadro anato-patologico preesistente al primo intervento chirurgico cui il periziando fu sottoposto in data 10.10.2017, sia ai postumi che mediamente residuano ad un intervento chirurgico di meniscectomia selettiva per via artroscopia, e che sarebbero residuati al Sig. [...] **Pt_1**

Pt_1, in assenza della complicanza infettiva; pertanto la quota differenziale dei postumi risarcibili, in quanto dipendenti dall'infezione, e responsabili di un danno biologico permanente va valutata nella misura del 5%.”

Pertanto, ritenuto che, ai sensi dell'art. 7, co. 4, l. 24/2017, devono trovare applicazione le tabelle del danno biologico di lieve entità, per lesioni fino a 9 punti di invalidità permanente, dette anche *lesioni micropermanenti*, di cui all'art. 139 del C. d. A., e ritenuti non ravvisabili gli estremi di una personalizzazione del danno, si stima equo quantificare, in termini monetari attuali, ciò che esime da rivalutazione, l'ammontare del danno biologico temporaneo e permanente, unitamente al danno morale subito e come ritenuto sussistente dai CC.TT.UU. che hanno definito il livello di sofferenza presente durante il percorso clinico 'elevato', in complessivi € 16.599,40, così determinati:

Danno biologico permanente differenziale, compreso danno morale, tra 8% (15.595,96) e 3% (3.342,00) 12.253,96

Invalidità temporanea totale e parziale, compreso danno morale, € 4.345,44

TOTALE GENERALE: € 16.599,40.

Nulla ha provato l'attore circa eventuali danni subiti a causa del ritardato conseguimento del risarcimento.

Invero, nell'obbligazione risarcitoria da fatto illecito, che costituisce tipico debito di valore, è possibile che la mera rivalutazione monetaria dell'importo liquidato in relazione all'epoca dell'illecito, ovvero la diretta liquidazione in valori monetari attuali, non valgano a reintegrare pienamente il creditore il quale va posto nella stessa condizione economica nella quale si sarebbe trovato se il pagamento fosse stato tempestivo. In tal caso, è onere del creditore provare, anche in base a criteri presuntivi, che la somma rivalutata (o liquidata in moneta attuale) sia inferiore a quella di cui avrebbe disposto, alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo. Tale effetto dipende prevalentemente, dal rapporto tra remuneratività media del denaro e tasso di svalutazione nel periodo in considerazione, essendo ovvio che in tutti i casi in cui il primo sia inferiore al secondo, un danno da ritardo non è normalmente configurabile. Ne consegue, per un verso che gli interessi cosiddetti compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno da ritardo nei debiti di valore; per altro verso che non sia configurabile alcun automatismo nel riconoscimento degli stessi (in termini v. cass. 18564/2018, che in applicazione del principio ha cassato la sentenza impugnata che, con riferimento al danno derivato da anticipazioni di crediti non recuperati, aveva liquidato gli interessi, sul capitale via via rivalutato, in modo automatico, senza alcuna valutazione dell'indicato profilo probatorio).

4. Le distraende spese di lite sostenute dall'attore seguono la soccombenza della convenuta e si liquidano come in dispositivo, ai valori medi del III scaglione di riferimento.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

1. Condanna la convenuta Controparte_1
[...] a pagare all'attore [...]
Pt_1 la somma di € 16.599,40, oltre gli interessi legali dalla data della pubblicazione della presente sentenza al soddisfo;
2. Condanna la convenuta Controparte_1
[...] a pagare all'attore [...]
Pt_1 le spese di lite, liquidate in € 264,00 per esborsi ed € 5.077,00 per compensi professionali, oltre rimborso delle spese forfettarie nella misura del 15% dei compensi, IVA e CPA, se dovute, come per legge, con attribuzione all'avv. Raffaele Moretti;
3. Pone le spese della CTU, liquidate come da decreto in atti, a definitivo carico della convenuta Controparte_1
[...]

Avellino, 16.1.2025

Il giudice
dott. Sossio Pellecchia