

N. R.G. 5612/2022



TRIBUNALE ORDINARIO di PALERMO

TERZA SEZIONE CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. **5612/2022**

IL Giudice, lette le note di trattazione scritta con cui le parti hanno rassegnato le rispettive conclusioni , si ritira in camera di consiglio, all'esito della quale si dà lettura del dispositivo e della motivazione contenuta nel presente verbale di causa.

Il Giudice

Cristina Denaro





REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI PALERMO

SEZIONE III CIVILE

Il Tribunale di Palermo, in composizione monocratica, nella persona del giudice Cristina Denaro, lette le note di trattazione scritta sostitutive dell'udienza ex art 281 sexies cpc ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 5612/22 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi vertente

TRA

[REDACTED],
[REDACTED] elettivamente domiciliato in Palermo, via
Maggiore Toselli n. 66, presso e nello studio dell'Avv. Alessandro Violo del Foro di Palermo che lo
rappresenta e difende giusta procura in calce all'atto di citazione

ATTORE

CONTRO

l'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE"
(PALERMO), in persona del legale rappresentante *pro tempore* (C.F. 05841790826) rappresentata
e difesa dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Palermo (PEC:
ads.pa@mailcert.avvocaturastato.it; C.F. 80027950825) presso i cui uffici siti in Palermo, via V.
Villareale n. 6 domicilia *ex lege*

CONVENUTA

OGGETTO: risarcimento danni

MOTIVI DELLE DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato [REDACTED] e ha convenuto in giudizio
l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo (d'ora in avanti
Policlinico), chiedendone la condanna al risarcimento dei danni non patrimoniali patiti in
conseguenza dell'intervento cui si era sottoposto in data 30.3.19 .



In particolare, l'attore ha esposto che:

- a causa di una caduta accidentale, egli aveva riportato *una frattura 1/3 distale dialisi perone + frattura malleolo tibiale caviglia sinistra* , per correggere la quale, in data 30.3.19 , si era sottoposto, presso il Policlinico, ad intervento chirurgico di *“riduzione e sintesi con placca e viti Zimmer al perone, 2 viti con rondella al malleolo tibiale e vite tricorticale”*;
- tuttavia, la frattura si era complicata per *“osteomielite hemolyticus”*;
- conseguentemente, egli, dopo avere effettuato per vari mesi terapia antibiotica, con scarsi risultati, il giorno 16/06/2020 era stato nuovamente operato presso la chirurgia plastica del Policlinico di Palermo per *“bonifica ossea perone e tibia sx con posizionamento di cemento antibiotato e autoinnesto di lembo muscolare e cutaneo per la perdita di sostanza”*;
- nonostante l'intervento, egli aveva continuato ad accusare algie persistenti in sede di innesto; pertanto, nel luglio 2020, presso la chirurgia plastica di Palermo, veniva sottoposto a toilette della ferita chirurgica ed autoinnesto cutaneo medicato;
- nel dicembre 2020, persistendo la perdita di liquido dalla ferita, veniva sottoposto a visita ortopedica presso il centro Rizzoli di Bagheria (Pa), dove veniva posta diagnosi di *“osteomielite cronica, trattata con autoinnesto cutaneo non attecchito con presenza di stafilococco aureus all'esame batteriologico”*;
- a causa delle predetta diagnosi, nell'ottobre 2021, dopo varie medicazioni con “pico” (apparecchiatura a pressione negativa con antibiotico) effettuate sia presso l'ospedale Rizzoli sia a casa con assistenza domiciliare (ADI), veniva ricoverato presso l'ortopedia generale del Rizzoli Sicilia di Bagheria per *“amputazione trans-tibiale gamba sx in soggetto con osteomielite cronica gamba sx in esiti a frattura caviglia sx trattata con mezzi di sintesi e rimozione di questi ultimo, con intervento di autoinnesto cutaneo medicato non attecchito per presenza di stafilococcus hemolyticus post-operatorio e aureus da giugno 2020 (rectius 2019)*;
- , nel mese di aprile 2022, a causa della persistenza dell'infezione, egli veniva sottoposto ad ulteriore intervento chirurgico di riduzione del moncone sinistro;
- la perdita dell'arto aveva determinato l'insorgenza di una grave crisi ansiosa, una grave depressione reattiva al danno traumatico”;
- ad oggi i postumi si erano stabilizzati, avendo egli subito , per effetto della amputazione della gamba e della grave sindrome depressiva, un danno biologico permanente pari al 70% (oltre a danno temporaneo).



Sulla base di tali premesse l'attore, rilevando come egli avesse contratto l'infezione stafilococco hemolyticuscn , che aveva condotto all'amputazione, durante il primo intervento , ha rassegnato le seguenti conclusioni:

- dire e dichiarare ammissibili proponibili e procedibili le domande tutte avanzate dal sig. [REDACTED]

[REDACTED] merito, accoglierle perché fondate in fatto e in diritto, ed in particolare:

- dire e dichiarare che i danni psicofisici lamentati dal sig. [REDACTED] e ed in particolare l'infezione intraoperatoria "OSTEOMIELITE HEMOLYTICUS" ed i danni conseguenti di amputazione della gamba sx per osteomielite post chirurgica, nonché grave crisi di ansia con insonnia e grave depressione endoreattiva post traumatica, sono imputabili ad esclusiva responsabilità oggettiva, di natura contrattuale, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore;

- dire e dichiarare il sig [REDACTED] invalido del 70%, secondo le tabelle invalidità permanente - Ronchi 200 e tabelle di menomazione art. 138 del settembre 2005 n. 209, con TPA gg. 30 (primo intervento chirurgico) + gg. 30 (secondo intervento chirurgico di amputazione); TPP gg. 100 al 75% (assistenza domiciliare A.D.I.); TPP gg. 100 al 50% A.D.I.; TPP gg. 100 al 25% (FKT A.D.I.); Spese sanitarie € 1547,14 (v. all. n. 1) con un conseguente risarcimento del danno a carico della convenuta, esclusiva responsabile dell'accaduto e dei conseguenti danni, pari ad € 542.331,14 cfr. (all. n. 4), o quella maggiore o minore somma che l'autorità giudiziaria riterrà dovuta.

- Conseguentemente, condannare l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore del sig. [REDACTED] della somma pari ad € 542.331,14 cfr. (all. n. 4), o quella maggiore o minore somma che l'autorità giudiziaria riterrà dovuta. Con il favore delle spese tutte di giudizio da distrarsi in favore del sottoscritto difensore, il quale dichiara di averle anticipate e di non aver percepito alcun acconto".

Con comparsa di risposta del 15.9.22 si è costituito in giudizio il Policlinico eccependo, in via preliminare, l'improcedibilità della domanda per mancato esperimento della mediazione obbligatoria (o della atp conciliativa) e chiedendo, nel merito, il rigetto della domanda proposta da parte attrice, già carente in punto di allegazione dell'inadempimento e, in ogni caso, infondata per carenza di prova del nesso causale .

Nello specifico , l'Azienda convenuta ha rilevato:

- di avere adottato tutte le linee guida per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza riguardanti aspetti strutturali, organizzativi, assistenziali e comportamentali, prestando una costante sorveglianza attiva, con un sistema di alert per gli



isolamenti microbiologici o multiresistenti e con indicazione di tutti gli interventi di prevenzione da effettuare a seguito della presenza di un germe;

- di avere garantito e attivato, in assenza di segnalazione di disservizi, l'attività di pulizia e sanificazione della Sala Operatoria così come quella di manutenzione degli impianti.

Sotto il profilo causale, poi, la convenuta ha precisato :

- come non vi fosse prova che l'infezione fosse stata contratta durante il ricovero presso la propria struttura (*Risulta del tutto aleatorio presumere che i batteri dai quali sarebbe insorta la malattia siano stati veicolati dai sanitari dell'ospedale convenuto nel presente giudizio. Infatti, è da tenere in considerazione come lo sviluppo delle infezioni possa essere il risultato dell'interazione tra caratteristiche del paziente (status immunitario, ecc.), caratteristiche intrinseche dell'intervento (introduzione di materiale estraneo, entità del danno tissutale) e caratteristiche del microrganismo (grado di contaminazione, virulenza e patogenicità).* Onde, l'insorgenza della patologia "osteomelite hemolyticus" può avere altre cause eziologiche che esulano da una qualunque forma di negligenza dei medici e dei sanitari del Policlinico "Paolo Giaccone".

- che il danno doveva, comunque, ascriversi alla condotta del paziente, il quale non aveva dato seguito ai consigli dei medici e dei sanitari della struttura ospedaliera di abbandonare il tabagismo, al fine di favorire la guarigione dei tessuti (*Giova ancora una volta richiamare la relazione del Dott. Camarda (già All. 1), responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia: «Il paziente era fumatore, e veniva invitato più volte a smettere di fumare per permettere la guarigione dei tessuti e della frattura. La deiscenza della ferita rappresenterebbe il motivo della successiva infezione, ovvero la contaminazione dei tessuti profondi e la successiva osteomielite. La non guarigione della ferita chirurgica e la successiva infezione profonda e l'osteomielite riportata dal Sig. ██████ non è da imputare a un errore di tecnica chirurgica e/o posizionamento della placca di sintesi ma da fattori biologici locali individuali del paziente stesso. Infatti, da come si evince nella cartella clinica, il Sig. Schiavo era fumatore. Il fumo come fattore di rischio di sviluppo di mancata guarigione dei tessuti e di pseudoartrosi è ormai riportato da diversi anni in letteratura da diversi autori» L'abitudine tabagica del Sig. ██████ è testimoniata da un'ulteriore relazione tecnico-illustrativa del percorso assistenziale del paziente redatta dalla direttrice dell'Unità Operativa di Chirurgia Plastica, Prof.ssa Adriana Cordova (All. 3): «Il decorso post- operatorio precoce è stato regolare, ad eccezione di un ritardo di guarigione della ferita verificatosi durante il ricovero in malattie infettive, in seguito alla ripresa assidua del fumo di sigaretta da parte*



del paziente, nonostante i continui inviti ad astenersi dal fumo di sigaretta». e che, nonostante i diversi solleciti, non si era presentato alle visite di follow up post-operatorie («Il paziente è stato poi dimesso dall'U.O.C. di Malattie Infettive e Tropicali in data 28.07.2020 con un appuntamento per visita di controllo presso l'U.O.C. di Chirurgia Plastica. Il paziente non si è presentato nel giorno concordato ma in altra data, adducendo la motivazione della difficoltà di spostamento dal proprio domicilio per l'assenza di ascensore, e nonostante sollecitato telefonicamente più volte, non si è più presentato per medicazione e visita di controllo».

Dette circostanze , laddove non ritenute da sole idonee a determinare l'evento, rilevavano comunque ex art. 1227 cc per il riconoscimento di un concorso di colpa del danneggiato .

Infine, l'Azienda ha contestato la sussistenza di colpa e ,in ogni caso, “ *il quantum oggetto di domanda.*

Concessi i termini ex art 183 cpc , la causa, istruita a mezzo CTU, all'udienza del 18.12.25 è stata posta in decisione.

La domanda è fondata nei termini che seguono.

Preliminarmente va dato atto dell'assolvimento della condizione di procedibilità avendo parte attrice esperito infruttuosamente il procedimento di mediazione .

Ciò precisato, premesso che la vicenda di specie si colloca in un arco temporale successivo all'introduzione della legge Gelli - Bianco (legge 24 dell'8.3.2017), va ricordato che ai sensi dell'art 7 della legge 8 marzo 2017, n. 24 “*la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di professionisti anche in regime di libera professione, risponde in ogni caso ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose*”.

Dalla qualificazione della responsabilità della struttura sanitaria in termini di responsabilità contrattuale discendono le conseguenze in punto di valutazione della diligenza e di ripartizione dell'onere probatorio, illustrate da numerosi recenti arresti della giurisprudenza di merito e di legittimità, alla luce del cd. principio di vicinanza della prova.

È ormai pacifico, infatti, che spetta al paziente provare l'esistenza del contratto o del contatto sociale (allegandone la violazione) e l'evento dannoso, mentre a carico del sanitario, o della struttura, è lasciato l'onere di provare che la prestazione professionale sia stata eseguita secondo la migliore scienza ed esperienza medica e che l'evento infausto sia stato determinato da un evento imprevisto e imprevedibile (cfr. Cass. civ. n. 975/2009), ovvero causalmente estraneo al suo operato, ovvero che l'inadempimento, ove pur esistente, non sia stato la causa dell'evento dedotto, o



comunque sia rimasto alieno alla sua sfera soggettiva di signoria, non essendo a lui imputabile (cfr. Cass. civ. n. 11488/2004).

In ordine alla prova del nesso causale la giurisprudenza ormai consolidata della Suprema Corte ha precisato che: *«sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sé, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c. solleva il creditore della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata»* (in tal senso, il principio di diritto affermato da Cass. n.18392/2017 e n. 26824/2017; conformi le successive Cass. n.29315/2017, n. 3704/2018, n.19199/2018 e n.26700/2018 cfr anche Cass. Civ. Sez. 3 - , Ordinanza n. 20707 del 17/07/2023 *“in tema di responsabilità contrattuale del professionista, il nesso causale tra inadempimento (o inesatto adempimento) e danno dev'essere provato dall'attore, in applicazione della regola generale di cui all'art. 2697 c.c., trattandosi di elemento della fattispecie egualmente "distante" da entrambe le parti, rispetto al quale, dunque, non è ipotizzabile la prova liberatoria in capo al convenuto, secondo il principio di cd. vicinanza della prova”*).

Quanto, poi, al criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente, occorre ricordare che, come più volte affermato dalla Suprema Corte *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., 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" (Cass. civ. n. 16123/2010).

Come precisato da una precedente pronuncia della Suprema Corte: "In questo modo, il nesso causale diviene la misura della relazione probabilistica concreta (e svincolata da ogni riferimento soggettivo) tra comportamento e fatto dannoso (quel comportamento e quel fatto dannoso) da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata, mentre tutto ciò che attiene alla sfera dei doveri di avvedutezza comportamentale (o, se si vuole, di previsione e prevenzione, attesa la funzione – anche – preventiva della responsabilità civile, che si estende sino alla previsione delle conseguenze a loro volta normalmente ipotizzabili in mancanza di tale avvedutezza) andrà più propriamente ad iscriversi entro l'orbita soggettiva (la colpevolezza) dell'illecito" (così la citata Cass. civ. n. 21619/2007, in motivazione).

In relazione poi allo specifico tema delle infezioni nosocomiale la Suprema Corte ha recentemente chiarito che " In tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza della corte territoriale che, in accoglimento della domanda risarcitoria spiegata dai genitori di un minore, deceduto pochi giorni dopo la nascita a causa di un'infezione contratta nel reparto di terapia intensiva, aveva ritenuto fornita la prova del fatto che la struttura



sanitaria avesse predisposto i protocolli necessari per la prevenzione di infezione correlate all'assistenza, ma non li avesse specificamente applicati nel caso specifico) ez. 3 - , Ordinanza n.

16900 del 13/06/2023

Ora, nel caso di specie, è provata per tabulas l'instaurazione del rapporto contrattuale tra [REDACTED] e l'Azienda nonché l'insorgenza del processo settico dopo l'intervento.

Al riguardo occorre valorizzare:

- il criterio cronologico: il paziente risultava in stato febbrile in data 3.4.19 (cfr relazione dott. Camarda) ; al primo controllo del 12.4.19 si evidenziavano già i primi segni di infezione e nella specie *“una lieve sofferenza cutanea in punti di sutura; in data 19 .4.19 la ferita presentava secrezioni sierose ; il 23 .4. 19 ed il 26.4.19 veniva evidenziata *“sofferenza cutanea con ferita umida e sierosa ; la ferita appariva arrossata e con secrezioni anche durante la visita del 3.5.19; in data 13.5.19 venivano effettuati tamponi sulla ferita, che in data 23 maggio 19 restituivano referto di positività allo *Stafilococco Haemolyticus (lo Stafilococo Aureus veniva invece isolato nel giugno 2019) ; infine il 24.5.19 presso il reparto di malattie infettive si accertava che il paziente era affetto Da infezione su ferita chirurgica in esiti di osteosintesi midollo femorale positività per Stafilococco su frammenti ossei multi resistenti”***;
- la tipologia dell'infezione : trattasi invero di tipica infezione nosocomiale e, in particolare, di tipica infezione del sito chirurgico correlata ad una contaminazione intra-perioperatoria del sito ; tale dato trova conferma anche nella cartella clinica n. 317/2019 del ricovero avvenuto il 17.5.19 per *“deiscenza di ferita chirurgica in pregresso intervento di osteosintesi, con successiva diagnosi di ostiomelite (cfr ctu *“ L'infezione evidenziata rientra, per tempi e caratteristiche clinicomicrobiologiche, nelle I.C.A. del sito chirurgico ed appare correlabile, con il criterio della preponderanza, all'intervento chirurgico effettuato presso il Policlinico di Palermo”**);
- la tipologia di intervento, cui è associato un elevato rischio di contrazione di infezione nosocomiale ; invero presenza di *Stafilococco Haemolyticus è causa di infezioni localizzate o sistemiche, questo anche per via di inserzione di corpi estranei quali: • dispositivi medici; • valvole prostatiche; • cateteri; • protesi ortopediche;*
- le condizioni del paziente al momento dell'accesso, il quale non presentava processi infettivi a carico di organi ed apparati perché, se così fosse stato non si sarebbe potuto procedere all'espletamento dell'intervento chirurgico ; a fonte di tale osservazione risulta del tutto astratta la considerazione secondo cui l'infezione potrebbe derivare da fattori biologi locali individuali del paziente.



Tali conclusioni trovano supporto anche nelle considerazioni svolte ai consulenti i quali, dopo avere svolto talune considerazioni sulla patologia della osteomielite (*si tratta di una infezione dell'apparato osteoarticolare che riguarda al contempo osso e relativa cavità midollare; è sostenuta da batteri, tra cui il più diffuso è lo stafilococco aureo; può derivare da diverse cause: - diffusione ematogena di un focolaio infettivo distante - lesioni traumatiche profonde o gravi fratture esposte - interventi chirurgici ortopedici - diffusione de batteri da una struttura infetta vicina I microrganismi possono infettare l'osso attraverso i seguenti meccanismi: - attraverso il flusso sanguigno - per contiguità spaziale da aree locali di infezione - tramite un trauma penetrante i microrganismi infettivi di osso infetto, note come "sequestri ossei", che costituiscono la base di una infezione cronica rilasciando enzimi che comportano la lisi dell'osso. Il pus si diffonde nei vasi sanguigni dell'osso, alterando il suo flusso e si vengono a creare aree devitalizzate - cause iatrogene (protesi articolari - osteosintesi di fratture) hanno concluso che: "l'insorgenza della osteomielite cronica post-operatoria osservata nel Sig. [REDACTED] complicata dal successivo intervento di amputazione transtibiale della gamba sinistra, è certamente dovuta ad una infezione sostenuta da germi nosocomiali, principalmente Stafilococco Hemoliticus e Stafilococco Aureus, presenti in sede di osteosintesi malleolo-peroneale sinistra; invero " l'infezione evidenziata rientra, per tempi e caratteristiche clinicomicrobiologiche, nelle I.C.A. del sito chirurgico ed appare correlabile, con il criterio della preponderanza, all'intervento chirurgico effettuato presso il Policlinico di Palermo"*

Accertato che l'infezione da Stafilococco Hemoliticus e Stafilococco Aureus è stata contratta all'interno dell'Azienda per quanto al legame eziologico tra le infezione e la amputazione della gamba i CTU hanno condivisibilmente concluso che *" l'insorgenza della osteomielite cronica post-operatoria osservata nel Sig. [REDACTED] complicata dal successivo intervento di amputazione transtibiale della gamba sinistra, è certamente dovuta ad una infezione sostenuta da germi nosocomiali, principalmente Stafilococco Hemoliticus e Stafilococco Aureus, presenti in sede di osteosintesi malleolo-peroneale sinistra; tale complicità osteomielitica ha costretto il Sig. [REDACTED] ad ulteriori periodi di ospedalizzazione oltre all'intervento di amputazione, con un allungamento del periodo di malattia ed un peggiore risultato funzionale rispetto a quelli ragionevolmente attesi in assenza di complicanze infettive"*.

L'amputazione ha, poi, determinato lo stato depressivo, accertato dai CCTTUU (cfr chiarimenti del 11-8-25).

Alla luce di quanto sopra parte attrice ha certamente assolto l'onere probatorio sulla stessa gravante provando il titolo e il nesso causale- secondo il criterio probabilistico- tra le infezioni contratte in ambito ospedaliero e l'amputazione e la correlata depressione.

La struttura convenuta, per converso, non ha assolto l'onere probatorio sulla stessa gravante e consistente , come sopra rilevato , nella dimostrazione di avere messo in atto ogni ragionevole misura al fine d'evitare tal sorta di inadempimento.



Invero, l'Azienda ha solo prodotto le note dei dirigenti ove si dà atto della adozione dei protocolli per scongiurare o ridurre il rischio di infezioni nosocomiali.

Tuttavia, pure volendo tralasciare di considerare il tema della rilevanza probatoria di tali note, in assenza di produzione dei relativi protocolli, siffatte note sarebbero al più idonee a dimostrare che la predetta struttura sanitaria ha predisposto protocolli per la prevenzione di infezioni correlate agli interventi volti a evitare, per quanto possibile, tal sorta d'eventi, ma non anche di averli specificamente applicati nel caso concreto; nessun documento e nessuna prova riguardano, infatti, specificamente il ricovero di [REDACTED] per cui nulla risulta provato in relazione all'applicazione pratica dei protocolli citati e prodotti al caso specifico.

Ne consegue che va affermata la responsabilità della struttura convenuta, per la contrazione della infezione nosocomiale che ha cagionato l'amputazione della gamba di [REDACTED] con conseguente condanna della stessa, a ristoro dei danni subiti dell'attore.

Passando alla quantificazione dei danni i consulenti hanno accertato che per effetto delle infezioni contratte in sede chirurgica il paziente ha sviluppato una grave osteomielite che ha condotto alla amputazione, cui è correlato lo stato depressivo:

I CCTTUU hanno quantificato:

- il danno biologico permanente derivante dall'amputazione trantibiale arto inferiore di sinistra), e dalla correlata depressione nella percentuale complessiva del 60% (danno da amputazione 50% più 10 % di danno psichico : cfr osservazione ove si dà atto dell'omessa considerazione del danno psichico, quantificato appunto nel 10%), precisando che, in esito all'intervento, pure in assenza dei ravvisati profili di negligenza della struttura, sarebbe residuo un danno biologico pari al 10%;
- periodo di inabilità temporanea da ricondurre esclusivamente all'iter clinico-terapeutico determinatosi a causa del processo infettivo, non considerando quindi il periodo di inabilità temporanea atteso, quantificabile in circa 150 giorni, in ITA pari a mesi 6 (sei), ITP al 75% pari a mesi 12 (dodici) ed un periodo di ITP al 50% pari a mesi 6.

Non colgono nel segno le osservazioni svolte dalle parti sulla quantificazione del danno biologico effettuata dai CCTTUU.

In particolare, parte resistente ha contestato la quantificazione della percentuale del danno biologico effettuata asseritamente al rialzo rilevando che “ i barèmes compendiati in seno alle Linee guida per la valutazione del danno alla persona in ambito civilistico - Ed Giuffrè – sotto l'egida della SIMLA di comune utilizzo riconoscono, per la lesione in diagnosi, un danno biologico compreso in una forbice tra il 35% ed il 45% alla voce: Perdita anatomica del piede a



livello malleolare (tipo Syme), in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace.

Tale menomazione è paragonabile alla perdita del terzo inferiore della gamba; in alcune circostanze può essere addirittura più sfavorevole di quella sopra indicata per la difficoltà ad un'efficace protesizzazione. Riconoscendo nel caso in oggetto, la difficoltà di protesizzazione (massimo riconosciuto dalla forbice 45%) ed in considerazione del danno atteso, il danno biologico residuale risulterebbe al più pari al 35%. Ulteriore elemento di rilievo è il seguente: i barèmes per le - BUONE PRATICHE CLINICHE DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÀ PSICOFISICA COMPRESSE TRA 10 E 100 PUNTI DI INVALIDITÀ PERMANENTE –Ed. 2025 di Documento di sintesi Tabelle estatement - Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni Presidente prof. Francesco Introna, valutano alla voce: Perdita anatomica di entrambe le gambe a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace 58-65%.

Tuttavia appare inconferente sia il riferimento alla forbice prevista per la perdita del piede (venendo qui in rilievo la perdita della gamba) e sia quello alla perdita di entrambi gli arti facilmente protesizzabili posto che appare apodittico l'abbattimento effettuato sulla base del presupposto che si tratta di una sola gamba (menomazione che per altro nelle tabelle ha percentuali sue proprie); abbattimento che tralascia per altro di considerare le difficoltà di protesizzazione .

Quanto alle osservazioni di parte attrice si rileva che :

- la percentuale di 50% (per danno biologico da amputazione) è stata determinata dai CCTTUU già tenendo conto delle difficoltà di deambulazione e delle condizioni del moncone di cui i tecnici danno atto in parte motiva;
- la richiesta di una maggiore percentuale non appare giustificata da altri dati oggettivi diversi da quelli già considerati dai tecnici ;
- la frattura della caviglia riportata dallo ██████████ come precisato dai CCTTUU, “non avrebbe determinato dei postumi di lieve entità pari al 4-5% in quanto il suddetto riportava una frattura di tibia e perone con necessità di osteosintesi chirurgica. Per tale tipologia di frattura, tenuto conto delle limitazioni funzionali che normalmente residuano (non inferiori ad 1/3) della permanenza dei mezzi di sintesi e degli esiti cicatriziali, non può che considerarsi una percentuale sicuramente non inferiore al 10%.

Circa criteri di liquidazione del danno, secondo l'orientamento pacifico della Suprema Corte di Cassazione, condiviso da questo giudice – “In tema di quantificazione del danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge e dal criterio equitativo uniforme adottato dai giudici di merito (secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata,



nella sua componente dinamico-relazionale attinente alla vita esterna del danneggiato, solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale, eccezionali e peculiari, che fuoriescono da quelle normali ed indefettibili secondo l'"id quod plerunque accidit" entro le quali non è giustificata alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento. Ne deriva, pertanto, che costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del "danno biologico" e del c.d. "danno esistenziale", appartenendo tali categorie (o voci) di danno alla stessa area protetta dall'art. 32 Cost., mentre non costituisce duplicazione risarcitoria, la differente ed autonoma valutazione compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal danneggiato in conseguenza della lesione del diritto alla salute" (in termini la massima di Cass. n.23469/2018; conforme Cass. n. 7513/2018 e n.27482/2018).

Anche l'aspetto interiore del danno (c.d. danno morale) deve essere oggetto specifico di allegazione e di prova (vedi Cass. n.901/2018).

Invero, "In materia di responsabilità civile, la natura unitaria ed omnicomprensiva del danno non patrimoniale deve essere interpretata nel senso che esso può riferirsi a qualsiasi lesione di un interesse o valore costituzionalmente protetto non suscettibile di valutazione economica, con conseguente obbligo, per il giudice di merito, di tenere conto, a fini risarcitori, di tutte le conseguenze "in peius" derivanti dall'evento di danno, nessuna esclusa, e con il concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici; ne deriva che, a fini liquidazione , si deve procedere ad una compiuta istruttoria finalizzata all'accertamento concreto e non astratto del danno, dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, ivi compresi il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, valutando distintamente, in sede di quantificazione del danno non patrimoniale alla salute, le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera interiore (c.d. danno morale, "sub specie" del dolore, della vergogna, della disistima di sé, della paura, della disperazione) rispetto agli effetti incidenti sul piano dinamico-relazionale (che si dipanano nell'ambito delle relazioni di vita esterne), autonomamente risarcibili" (in termini la massima di Cass. n.23469/2018).

Inoltre, "In materia di danno non patrimoniale, i parametri delle "Tabelle" predisposte dal Tribunale di Milano ed 2024 sono da prendersi a riferimento da parte del giudice di merito ai fini della liquidazione del predetto danno ovvero quale criterio di riscontro e verifica della liquidazione diversa alla quale si sia pervenuti. Ne consegue l'incongruità della motivazione che non dia conto delle ragioni della preferenza assegnata ad una quantificazione che, avuto riguardo alle circostanze del caso concreto, risulti sproporzionata rispetto a quella cui l'adozione dei parametri tratti dalle "Tabelle" di Milano consenta di pervenire. (Nella specie, la S.C. ha cassato la sentenza della Corte territoriale che aveva ritenuto congruo l'importo liquidato dal giudice di



primo grado, a titolo di risarcimento del danno biologico, in forza di una non motivata applicazione di una tabella diversa da quella predisposta dal tribunale di Milano, peraltro con riferimento a parametri non aggiornati alla data della decisione)” (in termini la massima di Cass. 17018/18) - cfr anche ord. Cass. Civ se ez. 6 - 3, Ordinanza n. 4509 del 11/02/2022

Alla luce delle considerazioni che precedono, posto che il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale (nel senso che deve ristorare interamente il pregiudizio, ma non oltre), sarà compito del giudice quello di procedere ad un’adeguata personalizzazione del danno non patrimoniale, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza.

Nella liquidazione , avente natura essenzialmente equitativa, di una tale voce di danno, questo giudice ritiene di prendere le mosse dal criterio, ormai consolidato in giurisprudenza, del cosiddetto “punto tabellare”, in base al quale l’ammontare del danno viene calcolato in relazione all’età della parte lesa ed al grado di invalidità, e di applicare dunque le recenti tabelle del Tribunale di Milano del 2024 (posto che le tabelle del Codice delle assicurazioni si applicano alle colpe successive all’entrata in vigore dei decreti attuativi) .

Dette tabelle costituiscono, infatti, un aggiornamento delle precedenti tabelle del Tribunale di Milano, le quali sono ritenute, secondo il consolidato orientamento della Suprema Corte di Cassazione – che si condivide -, valido e necessario criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex art.1226 c.c. (vedi z. 3 - , Ordinanza n. 17018 del 28/06/2018 Cass. n.24473/2014; conformi Cass. n. 28290/2011, n. 14402/2011 e n.12408/2011).

In applicazione dei criteri illustrati, con riferimento al periodo di inabilità temporanea assoluta e relativa, così come accertato dai C.T.U., si liquida in via equitativa per danno non patrimoniale temporaneo la somma di € 115,00 al giorno, per un totale di € 62.531,25.

Per quanto concerne il danno da postumi stabilizzati, il danno va quantificato tenuto conto :

- della percentuale di invalidità permanente indicata dai CCTTUU nel 60% e della circostanza che, anche laddove il trattamento sanitario fosse stato corretto, ciò sarebbe valso non già ad elidere del tutto le conseguenze invalidanti (che sarebbero comunque residue, determinando una riduzione dell’integrità fisica complessiva stimabile in misura pari al 10%), bensì a contenerle;
- del valore punto del danno biologico correlata all’età del soggetto (44 anni) e della percentuale di riduzione per l’età pari a 0.785 ;

Si perviene così alla somma complessiva di € 374.464,00 secondo i valori attuali determinata sottraendo dall’importo di 394.971, determinate prendendo come parametro la percentuale del 60 % (



valore punto 8.385,80 x 60x0,0785) l'importo di € 20.507 determinate prendendo come parametro la percentuale del 10% (2.612,40 x10x0,785 ; cd danno differenziale).

Non può essere riconosciuto alcun aumento per personalizzazione in assenza di tempestive allegazioni di parte attrice in ordine a condizioni soggettive di [REDACTED] che fuoriescano dalle conseguenze ordinariamente riconducibili al grado di invalidità accertato (avendo parte attrice allagato solo in memoria conclusiva l'incapacità di [REDACTED] a attendere alla sua pregressa attività lavorativa per altro nemmeno specificata).

Del pari non va riconosciuto il danno morale in assenza di tempestiva domanda (formulata solo in sede di memoria conclusive) .Invero nell'atto di citazione parte attrice ha espressamente chiesto il risarcimento del danno biologico temporaneo a permanente (; *dire e dichiarare il sig [REDACTED] invalido del 70%, secondo le tabelle invalidità permanente - Ronchi 200 e tabelle di menomazione art. 138 del settembre 2005 n. 209, con TPA gg. 30 (primo intervento chirurgico) + gg. 30 (secondo intervento chirurgico di amputazione); TPP gg. 100 al 75% (assistenza domiciliare A.D.I.); TPP gg. 100 al 50% A.D.I.; TPP gg. 100 al 25% (FKT A.D.I.); Spese sanitarie € 1547,14 (v. all. n. 1) con un conseguente risarcimento del danno a carico della convenuta, esclusiva responsabile dell'accaduto e dei conseguenti danni, pari ad € 542.331,14 cfr. (all. n. 4), o quella maggiore o minore somma che l'autorità giudiziaria riterrà dovuta) nessun riferimento è stato reso quindi tempestivamente (entro le preclusioni assertive di cui all'art 183 c 6 n 1 cpc) al danno morale, nemmeno attraverso il generico richiamo alla categoria del danno non patrimoniale .*

Si perviene alla somma complessiva pari a euro 436.995 liquidata ad oggi .

A tale somma vanno aggiunte le spese mediche (euro 1.547) che vanno rivalutate alla data odierna (tenuto conto che s tratta di esborsi effettuati nell'arco temporale corrente da agosto 2019 all'aprile 2022 si prendere come base di calcolo una data intermedia) per un importo di 1.840,93.

La somma complessivamente dovuta a [REDACTED] è quindi pari a euro 438.835

Non deve darsi luogo ad alcuna riduzione per concorso di colpa del danneggiato posto che è rimasta del tutto indimostrata la correlazione tra tabagismo e peggioramento dello stato infettivo .

Sulle somme riconosciute e liquidate all'attualità non spettano, invece, gli interessi c.d. compensativi

Invero, come è noto , «l'obbligazione risarcitoria da illecito aquiliano costituisce un debito di valore che deve essere liquidato tenendo conto non solo dell'esigenza di reintegrare il patrimonio del creditore danneggiato di una somma che equivalga al danno a suo tempo subito, ma anche di ristorarlo della mancata disponibilità della stessa nel tempo intercorso tra il sinistro e la liquidazione; pertanto, oltre alla rivalutazione, potranno essere liquidati gli interessi cd. "compensativi",.



La determinazione dei quali non è però automatica, né presunta "iuris et de iure", occorrendo che il danneggiato provi, anche in via presuntiva, il mancato guadagno derivatogli dal ritardato pagamento, analogamente a quanto richiesto, sul piano probatorio, per la dimostrazione del maggior danno nelle obbligazioni di valuta, ma secondo criteri differenti» (Cass. 8-11-2016, n. 22607). «Nella 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» (Cass. 13-7-2018, n. 18564; anche Cass. n. 19063/2023). «Nei debiti di valore il riconoscimento dei cd. interessi compensativi costituisce una mera modalità liquidatoria del possibile danno da lucro cessante, cui è consentito al giudice di far ricorso, con il limite costituito dall'impossibilità di calcolare gli interessi sulle somme integralmente rivalutate dalla data dell'illecito, senza che sia tenuto a motivarne il mancato riconoscimento, salvo non sia stato espressamente sollecitato mediante l'allegazione della insufficienza della rivalutazione ai fini del ristoro del danno da ritardo» (Cass. 20-1-2020, n. 1111).

Nella specie, l'attrice/appellante non ha assolto gli oneri di allegazione e prova a suo carico, nulla vendo allegati, prima ancora che provato sul punto

Pertanto, l'Azienda va condannata al pagamento della complessiva somma euro 438.835,93.

Dalla pronuncia della sentenza, per effetto della trasformazione del debito di valore in debito di valuta, sono dovuti gli interessi al tasso legale, che reputa il Tribunale debba individuarsi in quello di cui all'art. 1284 c 4 cc tenuto conto che:

- gli interessi dovuti dalla sentenza non hanno natura compensativa ma moratoria;
- la somma è esigibile e liquida ;
- la condanna è conforme alla ratio deflattiva della norma(quantomeno nella prospettiva del giudizio di secondo grado)



. Va invece dichiarata la inammissibilità della domanda tesa al ristoro del danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica, in quanto formulata solo con note conclusive.

Le spese lite, tenuto conto della soccombenza e si liquidano in euro determinate 22.457 sulla base dei valori medi scaglione sino 520.000

Non sussistono i presupposti per la condanna ex art 96 cpc che non può conseguire alla sola mancata adesione alla proposta conciliativa

Le spese di CTU vanno poste a carico della convenuta

PQM

Il Tribunale di Palermo, definitivamente decidendo e respinta ogni diversa domanda eccezione e difesa:

Condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo al pagamento in favore di [REDACTED] della somma di euro 438.835,93, oltre a interessi al tasso di cui all'art 1284 c 4 cc dalla pronuncia al soddisfo;

Condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo a pagamento delle spese di lite a favore di [REDACTED] e quantificate in euro 22.457, oltre a spese Generali (15%) cpa e iva nella misura di legge da distrarsi in favore del procuratore antistatario

Pone definitivamente a carico della convenuta le spese della CTU

visto l'art 60 TU sulla imposta di registro i

Indica nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo (la parte nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito

Così deciso a Palermo il 18.12.25

Il Giudice

Cristina Denaro

IL presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice dr. Cristina Denaro, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.

