TRIBUNALE DI CHIETI

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

in composizione monocratica, in persona del giudice dott. Francesco Turco, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 1431 del Ruolo generale affari contenziosi dell'anno 2022

TRA

Parte_1 (C.F.: *C.F._1*), *Parte_2* (C.F.: *C.F._2*) *Parte_3* (C.F.: *C.F._3*, *Pt_4* *[...]* (C.F.: *C.F._4* e *Parte_5* (C.F.: *C.F._5*), in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale sulla figlia (all'epoca) minore *Per_1* (C.F.: *C.F._6*), elettivamente domiciliati presso la PEC *Email_1* dell'Avv. [redacted] che li rappresenta e difende come da procura in atti;

ATTORI

E

Controparte_1 (P. I.V.A.:), in persona del legale rappresentante pro-tempore, elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che la rappresenta e difende come da procura in atti.

CONVENUTA

OGGETTO: responsabilità medica.

CONCLUSIONI: come da note scritte depositate telematicamente.

RAGIONI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione, ritualmente notificato, il sig. *Parte_6* ha convenuto in giudizio la *Controparte_1* al fine di vedersi risarcito il danno, patrimoniale e non patrimoniale, subito per la infezione nosocomiale contratta in occasione dell'intervento di artroprotesi di anca destra in data 19.09.2017 presso [redacted] di Chieti.

Ha esposto che, dopo l'intervento, veniva trasferito presso la *Controparte_2* *[...]*, reparto di Riabilitazione Ortopedica, per il necessario trattamento riabilitativo ma lamentava da subito dolore, specialmente nel sito operato.

Dimesso nel mese di ottobre 2017 con diagnosi di "deficit della deambulazione in recente impianto di artroprotesi di anca dx per coxartrosi sintomatica, anemia post operatoria", il paziente veniva nuovamente ricoverato presso [redacted] di Chieti con diagnosi di "fistolizzazione di flemmone a livello dell'anca dx in pregresso intervento di artroprotesi dx con perdita di materiale purulento".

Veniva, dunque, sottoposto in data 07.02.2018, ad intervento chirurgico di debridement, lavaggio e sostituzione di inserto e testina protesica e posizionamento del *CP_3* ed ancora, in data 15.02.2018, 20.02.2018 e 24.02.2018 veniva sottoposto a medicazioni e sostituzione del dispositivo *[...]* *CP_3* poi rimosso il 28.02.2018, con successiva sutura della ferita.

In data 01.03.2018, il Sig. *Pt_2* veniva dimesso con diagnosi di "infezione periprotesica anca dx" con prescrizione di terapia farmacologica domiciliare e medicazione in ambulatorio il giorno 07.03.2018.

Osservatorio ICA Italia
Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-825

Dai successivi controlli, eseguiti in data 29.03.2018 veniva riscontrata, ancora, presenza di deiscenza della ferita chirurgica al terzo medio distale di circa 2 cm, oltre alla presenza di abbondante secrezione sierosa; pertanto, a seguito di consulenza vulnologica ed infettivologica ed esecuzione di tamponi profondi della ferita chirurgica, veniva prescritto ulteriore ricovero in Ortopedia per espianto di artroprotesi anca destra ed impianto di spaziatore antibiotato, con data da concordare.
L'espianto protesico veniva effettuato presso l' *Controparte_4* di Bologna il 27.8.2018 al quale seguivano le dimissioni l'08.09.2018, con contestuale trasferimento in ambulanza presso il Pronto Soccorso del [redacted] ove veniva ricoverato nel reparto di Medicina Generale per "esiti flogistici di protesi anca dx".
Durante la degenza, il Sig. *Pt_2* veniva sottoposto a tamponi risultati ripetutamente positivi, come di seguito elencati: Pseudomonas Aeruginosa in data 11.09.2018, Acinetobacter Baumannii in data 14.09.2018, Acinetobacter Baumannii in data 24.09.2018, Acinetobacter Baumannii e Pseudomonas Aeruginosa in data 27.09.2018, Pseudomonas Aeruginosain data 01.10.2018.
In data 01.10.2018, pertanto, il Sig. *Pt_2* veniva dimesso con diagnosi di "infezione del sito di espianto di protesi d'anca dx complicata con fistolizzazione cutanea già trattata con debridment e VAC in paziente con poliartrosi. Cardiopatia ipertensiva. *CP_5* . Sindrome metabolica. OSAS. AOCP. Esiti di herpes zoster cervicobrachiale sn", e, dunque, trasferito presso il Pronto Soccorso del [redacted] di Pescara, veniva ricoverato presso il Reparto di Malattie Infettive, ove rimaneva degente fino alla data del 17.10.2018, allorquando veniva dimesso con la diagnosi di "Osteomielite dell'acetabolo ed infezione dei tessuti molli periarticolari da Pseudomonas spp multiresistente (XDR) in soggetto recentemente sottoposto ad espianto di artroprotesi d'anca dx infetta senza posizionamento di spaziatore antibiotato presso altro centro, da trattare con adeguato debridment prima di avvio di terapia antibiotica di seconda linea. Cardiopatia sclero-ipertensiva in discreto compenso e terapia adeguata", con prescrizione di terapia farmacologica e consulenza ortopedica in data 19.10.2018.
Il sig. *Pt_2* in data 26.10.2018, eseguiva ulteriore ricovero presso il [redacted] U.O. Chirurgia Generale, ove veniva sottoposto in data 29.10.2018 ad intervento di Debridment della ferita e, in data 03.11.2018, il paziente veniva dimesso con diagnosi di "ferita cavitaria infetta in pregressa asportazione di protesi di anca dx con positività per Acinetobacter Baumannii e Pseudomonas Aeruginosa", e, contestualmente, trasportato presso il Pronto Soccorso del [redacted] di Pescara ove seguiva ulteriore ricovero presso il reparto di Malattie Infettive con diagnosi di "ferita cavitaria infetta in pregressa asportazione di protesi di anca dx con positività per Acinetobacter Baumannii e Pseudomonas Aeruginosa".
In data del 22.11.2018 veniva dimesso con diagnosi di "infezione di artroprotesi d'anca dx già espiantata e già trattata con plurimi cicli di antibioticoterapia e recente revisione chirurgica per debridment della regione acetabolare. Cardiopatia sclero-ipertensiva" e prescrizione di cure farmacologiche.
Nei giorni successivi, il Sig. *Pt_2* si sottoponeva ad ulteriori visite mediche specialistiche alle quali seguiva il ricovero presso il [redacted] dall'11.12.2018 al 31.12.2018, allorquando veniva dimesso con diagnosi di "esiti di espianto di protesi di anca dx. sindrome metabolica. Cardiopatia ipertensivo degenerativa, complicata da fibrillazione atriale permanente e da insufficienza

Osservatorio ICA Italia
Osservatorio Infezioni Correlate all'Assistenza

mitralica moderata" e trasferimento presso la Riabilitazione ortopedica della *[...]* *Controparte_6*, ove rimaneva degente fino alla data del 31.01.2019 con diagnosi di "limitazione funzionale degli arti inferiori con deficit deambulatorio in recente intervento di espianto artroprotesi dell'anca dx per fistolizzazione e flemmone periprotesico in infezione di protesi" e con prescrizione farmacologica.
Si è costituita la *Parte* eccependo la correttezza dell'operato dei sanitari e contestando in quntum richiesto.
In data 13.7.2023 si sono costituiti i sig.ri *Parte_1*, *Parte_2*, *Parte_3* *[...]* *Parte_4* e *Parte_5* in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale sulla figlia (all'epoca) minore *Per_1*, quali eredi del sig. *Parte_6* [redacted] insistendo nelle conclusioni già rassegnate dal dante causa.
Ciò detto, si osserva quanto segue.
Con ordinanza del 15.5.2023 il G.I. ha nominato il dott. *Persona_2*, medico legale, affiancato poi dallo specialista in malattie infettive dott. *Persona_3*, formulando i seguenti quesiti:
Esaminati gli atti di causa e la documentazione sanitaria allegata, esperita ogni altra eventuale indagine clinico-strumentale specialistica, reputata indispensabile accertino i CTU sempre facendo riferimento alla miglior scienza ed esperienza del caso concreto e applicando il criterio del più probabile che non, il rapporto causale tra l'operato dei sanitari e le lesioni, con particolare riferimento agli episodi infettivi subiti dall'attore nel corso dell'intervento e per il periodo post-operatorio, anche relativamente alla profilassi antibiotica indicata: 1. Scelta del trattamento a)- se il trattamento prescelto poteva ritenersi astrattamente adeguato rispetto al caso specifico, avuto riguardo alla diagnosi correttamente formulata ed ai rimedi comunemente praticati secondo la migliore scienza ed esperienza medico-chirurgica del tempo; b)- in relazione al precedente quesito dicano se il trattamento prescelto richiedesse una specifica competenza professionale e se questa fosse in possesso del convenuto (esperienza maturata nell'esecuzione del trattamento prescelto). 2. Esecuzione del trattamento a)- accertino se il trattamento sia stato eseguito in conformità delle metodiche medico-chirurgiche stabilite dalla prassi o dalla scienza medica; b)- in caso di risposta negativa: - specifichino le cause della difettosa esecuzione (in relaziona alla: tempestività, regolarità, completezza, compatibilità dei mezzi impiegati, ecc.); - rilevino e descrivano eventuali difficoltà (originarie o sopravvenute) nella esecuzione del trattamento indicando quali rimedi siano stati adottati (ovvero fossero in concreto adottabili) per il superamento delle stesse avuto riguardo all'attività svolta dai singoli operatori secondo le specifiche competenze; sempre in caso di risposta negativa, ove ravvisino la responsabilità della *Parte* *1. Danno (nesso causale) a)- accertino se siano residuati postumi diversi d elli normalmente ricollegabili al trattamento correttamente praticato; b)- in caso affermativo accertino il rapporto causale tra l'operato dei sanitari ed i postumi; 2. Danno conseguenza a)- descrivano gli eventuali precedenti morbosi del soggetto e la relazione di concorso o coesistenza con i postumi di cui al precedente punto 1; b)- indichino la durata della inabilità temporanea totale, intesa come condizione che rende impossibile del tutto la esplicazione di tutte le più importanti attività in cui si estrinseca la vita, e/o parziale, sussistente nei casi in cui tale incapacità non è tale da rendere non esplicabili tali attività (si avrà un valore parziale sulla base della quantità e qualità delle attività che non possono essere svolte); c)- dicano in che misura percentuale i postumi abbiano ridotto in modo permanente la complessiva*

Osservatorio ICA Italia

integrità psicofisica del soggetto (idoneità a svolgere le attività esistenziali comuni alla generalità delle persone), precisando il criterio adottato per la determinazione del valore percentuale; d) dicano se le conseguenze sia quanto agli aspetti anatomo-funzionali, sia quanto agli aspetti relazionali, sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva, siano da reputarsi standardizzabili a fronte delle lesioni della gravità che hanno colpito l'attrice; e) determinino e valutino se le spese di cura sostenute dal periziando in conseguenza del danno patito siano state necessarie, utili o superflue; determini le spese future da sostenere. A tal fine i CTU eliminino sia le spese per le prestazioni che sarebbero erogabili dal SSN o che lo stesso sia tenuto a rimborsare, sia ogni spesa non dimostrata. Non consideri, pertanto, ogni spesa di cui non risulti l'effettivo pagamento e di cui sia allegata la sola fattura, prefattura, fattura pro forma o equivalenti.

I CTU, con elaborato che si ritiene pienamente condivisibile, in quanto logico, coerente e privo di contraddizioni, hanno preliminarmente ricostruito l'iter sanitario che ha interessato il sig. *Parte_6* .

Con specifico riferimento all'intervento del 19.9.2017 (pag. 19 della relazione) hanno affermato che "*Le infezioni di protesi articolare sono una grave complicanza della chirurgia protesica ortopedica. La frequenza di tale evento è quantificabile in 1 caso per 100 interventi/anno per la protesi d'anca e 1,5 casi per 100 interventi/ anno per quella di ginocchio; alcuni recenti studi epidemiologici dimostrano un tasso di infezione pari a 1,6% (range 1,2-2,4%) per la protesi d'anca e pari a 1,3% (range 1,1-1,6%) per quella di ginocchio. Il fattore critico più rilevante nella gestione delle infezioni protesiche in genere – e articolari in particolare – è la capacità dei ceppi batterici di produrre il biofilm, nel quale i microrganismi sono strutturati per garantire una efficace barriera nei confronti dei farmaci antimicrobici e della risposta immunitaria dell'organismo.*

Dopo ampia illustrazione sulla diagnosi dell'infezione (anche con riferimento alla presenza di materiale purulento), hanno evidenziato che la stessa è spesso complicata dall'impossibilità di isolare il patogeno responsabile dell'infezione con le tradizionali tecniche di campionamento per la presenza del biofilm. I microrganismi organizzati in biofilm sulle superfici delle componenti protesiche e dei mezzi di osteosintesi presentano caratteristiche particolari con implicazioni rilevanti nella diagnosi e nella terapia.

Con riferimento al caso di specie, hanno dichiarato che "*Tra le note anamnestiche di rilievo presenti nella documentazione sanitaria in atti si evidenziano coxartrosi di grado severo bilateralmente, diffuse calcificazioni vascolari, diverticolosi del colon destro documentata da rettocolonscopia. Il paziente è sottoposto in data 19/09/2017 presso l'Ortopedia del* [redacted] *di Chieti ad intervento di protesizzazione dell'anca destra, previa antibioticoprofilassi perioperatoria: nel dettaglio è effettuato intervento di "artroprotesi di anca destra SMITH E NEPHEW R3 e stelo polasten" con rischio anestesiologico ASA 3. Nel decorso post-operatorio il paziente rimane costantemente apiretico e gli esami ematochimici postoperatori evidenziano la costante normalità della conta leucocitaria. Alla data del 21/09/2017 (in fase predimissionale) i globuli bianchi risultano nella norma (9820, v.n. 4000-1000): i sanitari del reparto di Ortopedia nel diario clinico, in occasione delle medicazioni post-operatorie, evidenziano "ferita in ordine" e alla data della dimissione presso il Centro di Riabilitazione prescrivono il controllo degli indici di flogosi e il proseguimento delle medicazioni fino alla desutura della ferita chirurgica. Il paziente è quindi trasferito presso l'istituto di Riabilitazione* *CP_2* "[redacted] *in data 23/09/2017, con degenza fino al 12/10/2* *ta il*

Osservatorio ICA Italia

paziente, è dimesso con le seguenti note "Deficit della deambulazione in recente impianto di artroprotesi anca destra per coxartrosi sintomatica. Anemia post operatoria". La determinazione degli indici di flogosi evidenzia VES 47 (86 all'ingresso), PCR 0.3 mg/dl (5.8 all'ingresso): è altresì riportato che il paziente "è autonomo nei trasferimenti e nei cambi di postura, deambula con due canadesi con passo alternato, migliorato il tonotrofismo." In data 09/11/2017 il paziente effettua un primo controllo ambulatoriale presso la [redacted] del [redacted] di Chieti nel quale è attestato "ferita chirurgica ben cicatrizzata": un successivo controllo del 16/12/2017 evidenzia "anca mobile ampiamente e non dolente". Non sussistono ulteriori elementi di osservazione fino al 31/01/2018 allorchè il paziente effettua accesso presso il [redacted] del [redacted] di Chieti con descrizione del quadro clinico caratterizzato da "artroprotesi dolorosa. Movimenti dell'anca notevolmente ridotti nella regione trocanterica, cute eritematosa e calda al termotatto".
In data 02/02/2018 è documentato in atti ulteriore accesso presso il Pronto Soccorso del [redacted] con successivo ricovero presso la [redacted] del [redacted] di Chieti fino al 01/03/2018 con diagnosi di dimissione "Infezione periprotesica anca destra". Durante tale degenza il paziente è sottoposto ad intervento di debridment, lavaggio, sostituzione inserti protesici e posizionamento VAC". Dopo tale degenza sono eseguite visite di controllo in data 07/03/2018, 12/03/2018 e 15/03/2018 e 29/03/2018: in quest'ultimo controllo, stante la persistenza di secrezione sierosa e deiscenza della ferita chirurgica, è prescritta la programmazione di ulteriore intervento per espianto di protesi e posizionamento di spaziatore antibiotato, intervento che non sarà eseguito presso il [redacted] di Chieti per decisione del paziente di rivolgersi ad altra struttura. Dal 27/08/2018 al 08/09/2018 il paziente sarà ricoverato presso [redacted] di Bologna, ove, sottoposto a nuovo intervento, sarà sottoposto in sede intraoperatoria ad ulteriore campionamento microbiologico che evidenzierà infezione del sito chirurgico sostenuta da S. marcescens ed E. faecalis. Hanno ancora precisato che *"il risultato del tampone eseguito su fistola nella sede del precedente intervento, risultato negativo, è stato evidentemente condizionato dalla presenza di biofilm*".
In fase preoperatoria, oltre alla valutazione anestesiologica, in data 27/08 il paziente è sottoposto a valutazione infettivologica nella quale è dettagliatamente specificato "… non siamo a disposizione di alcun referto in merito. Quello che si evince è che sicuramente ha eseguito terapia antibiotica non nota, ma che è stato dimesso con la sola rifampicina assunta fino a ieri. No dolore all'anca, deambula con stampelle. Agli esami pre-ricovero PCR 1.2, creatinina 0.8, colestasi. Domani previsto espianto di protesi e vista la storia dell'antibioticoterapia attualmente eseguita, non posizionerei cemento spaziato se possibile per il rischio di germe MDR…".
L'utilizzo di cemento osseo addizionato a chemioantibiotici (ALBC, sia singola molecola sia con molecole associate) ha trovato largo utilizzo a partire dagli anni '90 nel trattamento bifasico delle infezioni di protesi articolari: negli ultimi anni lo sviluppo di molecole antibiotiche con caratteristiche farmacocinetiche favorevoli alla biodisponibilità nei siti di infezione, la progressiva comparsa di batteri multi resistenti e la migliore conoscenza dei meccanismi di sviluppo delle resistenze, ha ridotto il campo di utilizzo del ALBC. Secondo la citata letteratura, i migliori risultati si ottengono nell'utilizzo profilattico delle infezioni protesiche/periprotesiche: in presenza di quadri clinici caratterizzati da infezioni protesiche inveterate ad eziologia non determinata, in relazione a quanto espresso in narrativa, l'indicazione della letteratura scientifica è quella di effettuare un debridment chirurgico, il

Osservatorio ICA Italia

reimpianto protesico "one stage" e una prolungata antibioticoterapia con dosaggio adeguato e controllato attraverso il monitoraggio terapeutico delle molecole.
Tanto premesso, hanno riscontrato che "*il paziente* Parte_6 *dopo il primo intervento di artroprotesi di anca destra, è inviato presso l'Istituto di Riabilitazione* CP_2 [redacted] *ove rimane degente fino al 12/10/2017. I successivi edici fino al 31/01/2018 non evidenziano criticità di rilievo: solo in tale data si riscontrano i segni e sintomi preliminari del subentrante quadro infettivo. Il tempo intercorso dall'intervento permettono di determinare che il paziente* Parte_6 *ha sviluppato un'infezione ritardata a carico del sito chirurgico data che riconosce la sua eziologia nell'acquisizione intraoperatoria di germi patogeni: in senso epidemiologico, come nel caso di specie, i batteri Gram negativi hanno un ruolo determinante nello sviluppo di infezioni ritardate del sito chirurgico negli interventi di protesi di anca… Appare altresì necessario precisare che il paziente presentava in anamnesi una diverticolosi del colon-sigma documentata da una rettocolonscopia eseguita nel 2016: nella documentazione sanitaria in atti nulla viene trascritto circa eventuali sopravvenienti complicanze di detta patologia e/o manifestazioni cliniche. Soltanto un pet tc eseguita circa sette mesi dopo il primo intervento di artrorpotesi d'anca evidenzierà un accumulo di radiofarmaco a livelli intestinale. Pur tuttavia, considerate le molteplici e reiterate antibioticoterapie ad ampi spettro eseguite, una eventuale evoluzione clinica da diverticolosi a diverticolite, in grado di determinare un meccanismo di traslocazione batterica in grado di determinare l'infezione del sito chirurgico, non può trovare riscontro nella criteriologia medico-legale (soprattutto per il criterio cronologico, non essendo la pet tc coeva al primo intervento subito dal paziente* Parte_6 *A ciò deve aggiungersi che nei diari clinici dei ricoveri presso i ti si evidenzia l'assunzione cronica di ibuprofene e dexibuprofrene: al tal proposito sono ben documentati nella letteratura scientifica gli eventi avversi, anche a carico della mucosa intestinale, determinata dall'assunzione farmaci antiinfiammatori non steroidei… Pertanto le alterazioni intestinali documentate dalla PET tc possono anche essere ascrivibili a quanto documentato dalla citata letteratura, escludendo per quanto descritto una riacutizzazione della patologia diverticolare del colon.*

Così, dunque, concludono i CTU nel rispondere ai quesiti:

1. SCELTA DEL TRATTAMENTO: *• per quanto sopra esposto, emerge che il sig.* Parte_6 *abbia contratto una infezione ritardata a carico del sito chirurgico, ta che, secondo sequenza di eventi, per il criterio del più probabile che non, trova ragionevolmente la sua eziologia nell'acquisizione intraoperatoria di germi patogeni per intervento di artroprotesi a seguito di grave coxartrosi anca destra. La sequenza temporale, in assenza di ulteriori elementi di esclusione, permette di porre in nesso etiologico l'infezione con il sito chirurgico; • sul trattamento chirurgico di artroprotesi, e sue indicazioni, oltre che sul trattamento medico e terapeutico somministrato, non possono muoversi contestazioni alcune posto che se ne riscontra la congruità. La valutazione della terapia antimicrobica effettuata nel corso del ricovero presso il [redacted] di Chieti dal 02/02/2018 al 01/03/2018, contestualmente al quadro di infezione periprotesica di anca destra formulata dai sanitari al momento del ricovero, deve tenere nella necessaria considerazione che i tamponi microbiologici richiesti in data 05/02 e refertati in data 09/02 risultavano negativi. In considerazione di ciò, i sanitari in fase perioperatoria prescrivono antibioticoprofilassi con cefazolina e teicoplanina e successivamente prescrivono terapia associativa con ciprofloxacina che sarà*

Osservatorio ICA Italia
Osservatorio Italia

somministrata per tutta la durata della degenza e associata, in fase dimissionale, alla rifampicina. Tali ozpioni terapeutiche appaiono conformi alle linee guida ed ai contributi di letteratura scientifica. in particolare la linee guida IDSA (Infectious disease Society of America) del 2013 (Osmon DR, Berbari EF, Berendt AR, Lew D, Zimmerli W, Steckelberg JM, Rao N, Hanssen A, Wilson WR; Infectious Diseases Society of America. Diagnosis and management of prosthetic joint infection: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Controparte_7 *[...]* *56(1):e1-e25. doi: 10.1093/cid/cis803. Epub 2012* *) pongono chiara indicazione all'utilizzo della ciprofloxacina negli schemi di antibioticoterapia associativa: a tale agente antimicrobico, in relazione all'agente eziologico, possono essere associati glicopeptidi (teicoplanina e vancomicina), ovvero rifampicina (ZimmerliW, Widmer AF, Blatter M et al. Role of rifampin for treatment of orthopedic implant-related staphylococcal infections: a randomized controlled trial.* Controparte_8 *.* CP_9 *1998; 279:1537–41.) e altri chemioantibiotici in relazione all'eventuale antibiogramma disponibile. Pertanto i sanitari, nel corso del ricovero presso il* [redacted] *di Chieti, sia durante la degenza sia in fase dimissionale hanno adottato schemi di antibioticoterapia conformi alle evidenze di letteratura scientifica coeve al caso. Appare altresì opportuno precisare che sia la ciprofloxacina sia la* Parte_8 *, nel RCP depositato presso l* Controparte_10 *, hanno indicazione di utilizzo nel trattamento delle infezioni osteoarticolari. Parimenti, la scelta terapeutica opzionata presso la* CP_11 *dell*[redacted] *di Bologna del 27/8/2018, appare congrua e ituazione clinica presentata dal* Pt_2 *. Infatti, l'applicazione della protesi di Girdlestone, con approccio "one stage" nel trattamento del processo infettivo dell'artroprotesi di anca del paziente* Parte_6 *trova riscontro nelle indicazioni di letteratura scientifica citata p iche biometriche del paziente (elevato BMI), le comorbidità in trattamento che avrebbero influenzato negativamente il rischio operatorioanestesiologico nel trattamento "two stages" e la presenza di un processo infettivo inveterato determinato da batteri multiantibioticoresistenti (* Persona_4 *,* Per_5 *,* Per_6 *, et al.* Per_7 *cementato versus Girdl tr o age dell periprotesiche di artroprotesi d'anca.* Controparte_12 *[...] ;49:76-84;). • Per quanto sopra esposto, trattasi di trattamenti che non richiedevano specifiche competenze professionali essendo, comunque, tutte in possesso dei vari operatori sanitari. 2. ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO: ◦ dalla attenta disamina della documentazione in atti, letti gli atti operatori, la scelta terapeutica somministrata ed il percorso diagnostico terapeutico non sono emerse criticità ascrivibili agli atti medici eseguiti, risultando tutti conformi alla prassi e scienza medica. Verosimile, dunque, la contaminazione intraoperatoria del sito chirurgico.*

Quanto al danno, hanno dichiarato che: ◦ *la attuale valutazione, stante l'intercorso decesso dell'attore, viene postulata sui rilievi obiettivi riportati nella varie consulenze specialistiche in atti, l'ultima quella del 22/7/2020, e quella che di fatto risulta essere l'ultimo dato obiettivo in atti riportata in CTP datata 31/8/2021 che conferma la dismestria di 7cm con limitazione funzionale e blocco antalgico in flessione, non concessa attivamente, ed abduzione / adduzione limitate per oltre 2/3, uso di girello per deambulare e assistenza per passaggi posturali. Da tutti questi dati emerge dunque condizione di gravità inquadrabile della classe IV delle protesizzazione di anca, risultando equa una valutazione della condizione clinico disfunzionale così riportata pari ad un 31%. La condizione si inserisce, ovviamente,*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

su un condizione preesistente / base comunque attesa a seguito del primario intervento di protesizzazione di anca – necessario per le condizioni parafisiologiche sussistenti – che se ben riuscito avrebbe comportato postumi attesi del 15%; dunque, discende, che il danno iatrogeno possa individuarsi nel maggior danno a partire dal 16% fino al 31%. ◦ i precedenti morbosi, rappresentati dalla grave coxartrosi, sono stati la ratio della scelta terapeutica di sostituzione protesica dell'anca che avrebbero portato a postumi, nel caso di favorevole riuscita dell'intervento, del 15%. ◦ Relativamente alle conseguente di carattere biologico temporaneo iatrogeno: ▪ la inabilità temporanea totale può computarsi in giorni 160, relativi alle varie degenze ospedaliere; ▪ una inabilità temporanea sul tasso del 75% in giorni 140; ▪ una inabilità temporanea sul tasso del 50% in giorni 140. ◦ le conseguenze iatrogene subite sono da considerarsi standardizzabili; ◦ Spese documentate in atti appaiono congrue per: ▪ euro 134,32; ▪ risultano allegate spese per euro 1830,00 – per relazione di CTP medico legale - + euro 400,00 – per consulenza infettivologica tutte finalizzate alla richiesta risarcitoria.

Tali conclusioni sono confermate anche all'esito dei chiarimenti forniti alle osservazioni delle parti e dei loro CTP, rese sia direttamente ai CTU a seguito della trasmissione della bozza, sia all'udienza del 15.4.2024.

Alla luce di quanto sopra non può che concludersi per la responsabilità della struttura sanitaria per il danno sofferto dal sig. *Parte_6* .

Infatti (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 16900 del 13/06/2023), 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).

Afferma la Cassazione che "secondo principi consolidati nella giurisprudenza di questa Corte, in tema di inadempimento di obbligazioni in materia sanitaria, il danno-evento consta della lesione, non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle leges artis nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario

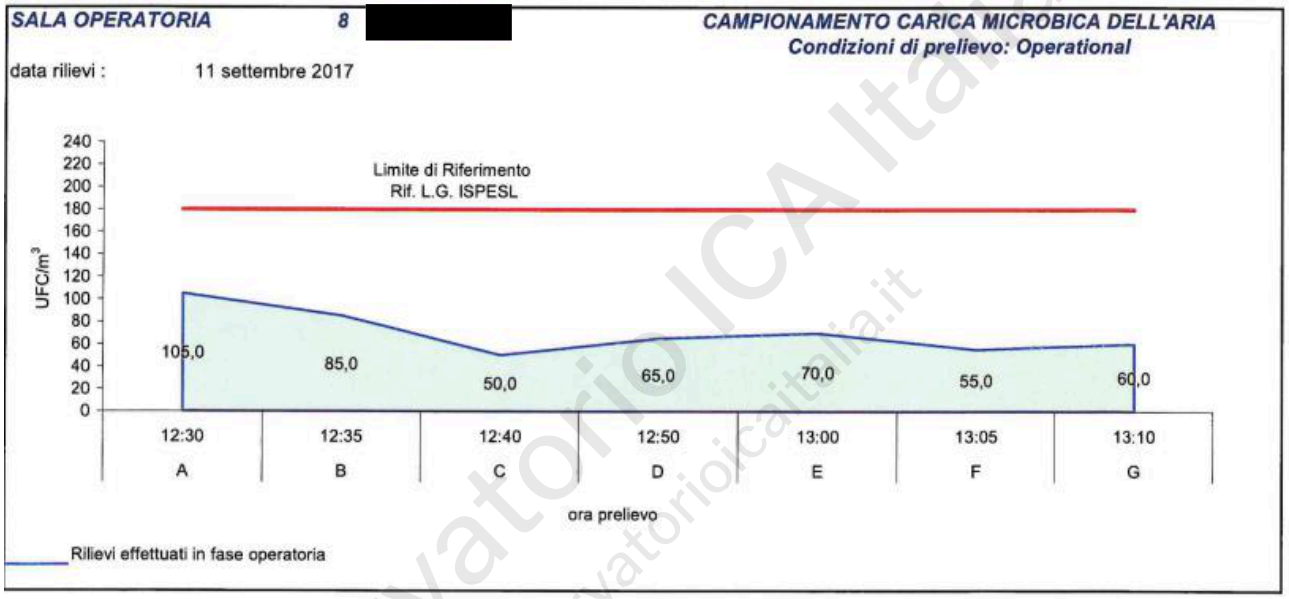
Osservatorio ICA Italia
Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-825

presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del debitore per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della
situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta dell'obbligato, mentre è onere di quest'ultimo provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (v. Cass. n. 5490 del 22/02/2023; n. 4864 del 23/02/2021; n. 11599 del 15/06/2020; nn. 28991-28992 dell'11/11/2019; v. anche Cass. n. 24073 del 13/10/2017; n. 18392 del 26/07/2017; n. 15993 del 21/7/2011; Cass. Sez. U. n. 577 dell'11/1/2008). In particolare, in tema di infezioni nosocomiali, questa Corte ha evidenziato (Cass. n. 4864 del 2021, cit.) che, in applicazione dei principi suesposti sul riparto dell'onere probatorio, spetterà alla struttura provare: a) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; b) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. 15/06/2020, n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare.
Più in dettaglio, è stato precisato (Cass. n. 6386 del 03/03/2023) che ─ a fronte della prova presuntiva della relativa contrazione in ambito ospedaliero ed ai fini della dimostrazione di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere ed anche al fine di fornire al c.t.u. la documentazione necessaria ─ gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono ritenersi, in linea generale: a) l'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; j) l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) la redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.
La *Parte* nella seconda memoria ex art. 183 c.6 c.p.c. ha depositato *i protocolli di sanificazione, i verbali di controllo microbiologico delle sale operatorie e tutta la documentazione procedurale attestante gli avvenuti controlli preventivi effettuati*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

per garantire l'asepsi delle sale operatorie e degli operatori, antecedenti e coeve all'epoca dei fatti di causa. Nel dettaglio: 1. Procedura operativa di pulizia e sanificazione giornaliera del blocco operatorio (a cura della ditta appaltatrice del servizio di pulizia e sanificazione all'epoca dei fatti) - Allegato 1; 2. Verbale di validazione microbiologica sala operatoria [redacted] *del 10.09.2017- Allegato 2; 3. Procedura Aziendale* [redacted] *"Proced* [redacted] *ilizzazione" - Allegato 3; 4. Procedura Aziendale* [redacted] *"Procedura disinfezione e antisepsi" - Allegato 4; 5. Procedura Aziendale* [redacted] *"Profilassi antibiotica nella chirurgia d'elezione nel paziente adulto" - Allegato 5; 6. Procedura aziendale* [redacted] *"Prevenzione e sorveglianza infezioni sito chirurgico" - Allegato 6.*

Dalla documentazione in atti, può sicuramente riconoscersi si la sterilità della sala operatoria (pag. 7) ma in data 11.9.2017 (l'intervento è del 19.9.2017), mentre nulla è allegato con riferimento alla data dell'intervento:



Si ponga particolare attenzione alla data dei rilievi.

Inoltre, rimane non provata l'applicazione delle altre misure sopra indicate, seppur in parte previste nei protocolli.

Affermata, pertanto, la responsabilità della struttura, sul quantum debeatur, va osservato che i CTU hanno condivisibilmente quantificato il danno subito dal de cuius osservando che: *la attuale valutazione, stante l'intercorso decesso dell'attore, viene postulata sui rilievi obiettivi riportati nella varie consulenze specialistiche in atti, l'ultima quella del 22/7/2020, e quella che di fatto risulta essere l'ultimo dato obiettivo in atti riportata in CTP datata 31/8/2021 che conferma la dismestria di 7cm con limitazione funzionale e blocco antalgico in flessione, non concessa attivamente, ed abduzione / adduzione limitate per oltre 2/3, uso di girello per deambulare e assistenza per passaggi posturali. Da tutti questi dati emerge dunque condizione di gravità inquadrabile della classe IV delle protesizzazione di anca, risultando equa una valutazione della condizione clinico disfunzionale così riportata pari ad un 31%. La condizione si inserisce, ovviamente, su un condizione preesistente / base comunque attesa a seguito del primario intervento di protesizzazione di anca – necessario per le condizioni parafisiologiche sussistenti – che se ben riuscito avrebbe comportato postumi attesi del 15%; dunque, discende, che il danno iatrogeno possa individuarsi nel maggior danno a partire dal 16% fino al 31%.*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Quindi, sottraendo al 31% i postumi comunque attesi da un corretto intervento, si addiviene alla quantificazione del danno permanente nella misura del 16%.
Hanno, infine, quantificato la inabilità temporanea totale in giorni 160, relativi alle varie degenze ospedaliere, l'inabilità temporanea al 75% in giorni 140 e l'inabilità temporanea al 50% in giorni 140.
Hanno ritenuto le conseguenze iatrogene subite standardizzabili e quantificato le spese mediche in: ▪ euro 134,32; ▪ risultano allegate spese per euro 1830,00 – per relazione di CTP medico legale - + euro 400,00 – per consulenza infettivologica tutte finalizzate alla richiesta risarcitoria.
Anche dalla prova orale escussa non sono emersi elementi tali da poter considerare le conseguenze non standardizzabili.
In conclusione, vale la seguente liquidazione per il sig. *Parte_6* :
Tabella di riferimento: Tribunale di Milano 2024
Età del danneggiato alla data del sinistro 73 anni
Percentuale di invalidità permanente 16%
Punto danno biologico € 3.330,81
Punto base I.T.T. € 115,00
Giorni di invalidità temporanea totale 160
Giorni di invalidità temporanea parziale al 75% 140
Giorni di invalidità temporanea parziale al 50% 140
Giorni di invalidità temporanea parziale al 25% 0
Danno non patrimoniale risarcibile € 34.107,00
Invalidità temporanea totale € 18.400,00
Invalidità temporanea parziale al 75% € 12.075,00
Invalidità temporanea parziale al 50% € 8.050,00
Totale danno biologico temporaneo € 38.525,00
Totale generale: € 72.632,00
Al predetto importo, deve aggiungersi il danno da lucro cessante conseguente alla mancata disponibilità della somma dovuta per il periodo intercorso dalla data del fatto lesivo (settembre 2017) alla presente decisione e consistente nella perdita di frutti civili che il danneggiato avrebbe potuto ritrarre -ove la somma fosse stata corrisposta tempestivamente- dall'impiego dell'equivalente monetario del valore economico del bene perduto, con l'attribuzione di interessi a un tasso non necessariamente coincidente con quello legale (Vd.Cass.Sez. U.n.1712\95 , Cass, n.10300\01; Cass.n. 18445\05).
Tale danno deve essere liquidato applicando i criteri di cui alla sentenza della Corte di legittimità, mediante il riconoscimento dei c.d. interessi compensativi sulla somma indicata, devalutata e via via rivalutata secondo gli indici ISTAT dei prezzi al consumo, dal giorno del sinistro sino a quello della presente sentenza, e pertanto va determinato in € 94.033,63 oltre interessi legali dalla data della presente sentenza fino al soddisfo.
A tale importo vanno aggiunte le spese mediche, pari ad € 2.364,32 oltre interessi legali dall'esborso al soddisfo.
Le spese di lite possono compensarsi stante la sproporzione tra quanto richiesto e quanto effettivamente riconosciuto.
Per analoga ragione le spese di CTU, come liquidate con separato provvedimento, vanno posta a carico delle parti nella misura del 50% ciascuna.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni contraria domanda, deduzione o eccezione disattesa così provvede:

1) Condanna l' *Controparte_1* (C.F. e P. I.V.A.: *P.IVA_1*), al pagamento, in favore di *Parte_1* (C.F.: *C.F._1*), *Parte_2* (C.F.: *C.F._2*) *Parte_3* (C.F.: *C.F._3*, *Parte_4* (C.F.: *C.F._4* e *Parte_5* (C.F.: *C.F._5*), intervenuti in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale sulla figlia (all'epoca) minore *Per_1* (C.F.: *C.F._6*), della somma di € 94.033,63 oltre interessi legali dalla data della presente sentenza fino al soddisfo ed € 2.364,32 oltre interessi legali dall'esborso al soddisfo;
2) Compensa le spese di lite tra le parti;
3) Pone le spese di CTU, come liquidate con separato provvedimento, a carico delle parti nella misura del 50% ciascuna;

Così deciso in Chieti, il 24.11.2024.

IL GIUDICE
Dott. Francesco Turco

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it