



**TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO**  
**PRIMA CIVILE**  
**VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. 47280/2015**

tra

Parte\_1

[...]

Parte\_2

ATTORI

e

Controparte\_1

[...]

CP\_2

Controparte\_3

CONVENUTI

Oggi **18 giugno 2019**, alle ore **11:10**, innanzi al dott. Valentina Boroni, sono comparsi:

per Parte\_1 er Controparte\_4 'avv. [REDACTED]

per Controparte\_1

per Controparte\_1

per CP\_2

per Controparte\_3 'avv. [REDACTED]

[REDACTED] procuratori delle parti discutono brevemente la causa concludendo come da conclusioni già depositate  
Conclusioni parte attrice:

Piaccia all'Ecc.mo Tribunale, respinta ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione,  
**NEL MERITO**

- 1) Accertare e dichiarare che, in data 25.10.2010, la Sig.ra Parte\_1 veniva ricoverata presso il nosocomio Organizzazione\_1 dove, in data 04.11.2010, veniva sottoposta ad intervento di artroprotesi totale di ginocchio destro”;
- 2) Accertare e dichiarare, altresì, che la Sig.ra Parte\_1 anche nei controlli ambulatoriali e ricoveri successivi all'intervento del 04.11.2010 e fino a giugno 2013 veniva seguita dai sanitari dell' Organizzazione\_1 così come meglio spiegato in atti;
- 3) Conseguentemente, accertare e dichiarare l'esistenza di un contratto di prestazione medico - professionale tra la Sig.ra Parte\_1 e il ridetto nosocomio;
- 4) Accertare e dichiarare, altresì, che l'atto terapeutico di artroprotesi totale di ginocchio destro

veniva indicato dal Dott. CP\_1 che eseguiva l'intervento in data 04.11.2010 come primo operatore dell'equipe chirurgica composta anche dai Dottori CP\_2 Controparte\_3 così come spiegato in atti;

5) Accertare, altresì, la responsabilità del Dr. CP\_1 e/o del Dr. CP\_2 e/o del Dr. Controparte\_3 che, nelle circostanze spiegate in atti, non hanno agito con la diligenza richiesta dalla natura dell'attività svolta e consentita dall'arte medica, assumendo, diversamente, un comportamento negligente, imprudente, imperito e contrario ai dettami dell'arte-scienza medica;

6) Accertare e dichiarare, altresì, l'inadempimento della Organizzazione\_1 in persona del Suo legale rappresentante pro tempore, per i fatti cagionati dagli operatori di cui si è avvalsa per svolgere le obbligazioni assunte nei confronti della paziente e/o per le proprie carenze a livello igienico-organizzativo;

7) Accertare e dichiarare la responsabilità A.O. Organizzazione\_1 in persona del Suo legale rappresentante pro tempore;

8) conseguentemente, condannare i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento in favore della Sig.ra Parte\_1 [...] dei danni patiti da quest'ultima, nella misura di € 293.399,84, o in quell'altra, maggiore o minore, che riterrà Giustizia, con rivalutazione monetaria e interessi compensativi dal fatto al saldo;

9) Condannare, altresì, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento in favore della Sig.ra Parte\_1 di un ulteriore importo per la lesione del diritto all'autodeterminazione in se stesso derivante dalla violazione dell'obbligo di informazione della paziente, da liquidarsi in quella somma che riterrà Giustizia, anche in via equitativa;

10) condannare, inoltre, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento dei danni non patrimoniali in favore del Sig. Controparte\_4 da liquidarsi in quella somma che riterrà Giustizia, in via equitativa, con rivalutazione monetaria e interessi compensativi dal fatto al saldo;

11) condannare, inoltre, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento dei danni patrimoniali in favore del Sig. Controparte\_4 nella misura di € 12.957,05, o in quell'altra, maggiore o minore, che riterrà Giustizia, con rivalutazione monetaria e interessi compensativi dal fatto al saldo;

12) condannare, inoltre, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al pagamento dei compensi professionali e delle spese di causa, oltre spese generali - da distrarsi in favore dei sottoscritti difensori che le hanno anticipate - oltre IVA e CNAP come per legge, e oltre spese di mediazione, di CTU e CTP;

13) dichiarare la sentenza provvisoriamente esecutiva ex art. 282 c.p.c., come per legge.

#### IN VIA ISTRUTTORIA

Ad integrazione degli scritti difensivi e ferme le deduzioni istruttorie tutte già articolate in atti, e cioè, in particolare, la prova per testi, la difesa delle parti attrici, chiede l'ammissione dei capitoli di cui in premessa dell'atto di citazione, da intendersi qui integralmente riportati, trascritti e preceduti dalle parole "vero è", nonché dei seguenti ulteriori capitoli di prova:

a) "Vero è che, dal 2007 e fino a prima dell'intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 [...] era tesserata insieme al marito Sig. Controparte\_4 presso il Org\_2 [...] del Organizzazione\_3 come si evince dal Documento n. 4 del fascicolo di parte attrice che si rammostra" (a testi: Sig.ra Testimone\_1 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Tes\_3 [...] Testimone\_4 );

b) "Vero è che presso questo Centro Sociale Ergonomico del Comune di Org\_3 Org\_3 , la Sig.ra Pt\_1 nel 2007-2008 due volte alla settimana, il lunedì e il giovedì, frequentava insieme al marito Sig. Controparte\_4 un corso di ballo" (a teste: Sig.ra Testimone\_1 Sig.ra Tes\_2 [...] Sig.ra Testimone\_3 );

- c) “Vero è che, dal 2007 e fino all’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 e il marito, Sig. Controparte\_4 durante il weekend, di sabato o di domenica, andavano a ballare presso il ridetto Organizzazione\_2 del Comune di Org\_3 (a testi: Sig.ra Testimone\_1 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- d) “Vero è che nel 2007 il Sig. Controparte\_4 frequentava due volte alla settimana, il martedì e giovedì pomeriggio, anche un corso di informatica presso il Organizzazione\_4 Organizzazione\_3 (a testi: Sig.ra Tes\_2 Testimone\_4 ; Sig.ra Testimone\_3 ;
- e) “Vero è che il Sig. Controparte\_4 dal 2003 al 2011 era associato (come pensionato) al Organizzazione\_5 di Org\_3 , come si evince dal documento n. 5 che si rammostra al testimone” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 e Testimone\_1 Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- f) “Vero è che tutto il nucleo familiare e quindi anche la Sig.ra Parte\_1 dal 2003, era in automatico socio del Organizzazione\_5 di Org\_3 per effetto dell’iscrizione come pensionato al medesimo centro del Sig. Controparte\_4 (a testi: Sig.ri Tes\_4 [...] e Testimone\_1 Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- g) “Vero è che la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 dal 2005 al 2010 partecipavano alle gite e alle manifestazioni organizzate dal Organizzazione\_5 di Org\_3 ” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 e Testimone\_1 ; Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- h) “Vero è che, in particolare, con il Organizzazione\_5 di Org\_3 , dal 2005 al 2010, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 visitavano San Giovanni Rotondo; CP\_5 ; CP\_6 Controparte\_7 ; Controparte\_8 ; CP\_9 Controparte\_10 ; CP\_11 CP\_12 CP\_14 CP\_15 e CP\_16 CP\_17 CP\_18 ; CP\_19 ; CP\_20 CP\_21 per il CP\_22 ; CP\_23 (per l’ CP\_24 ); CP\_25 ” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 e Testimone\_1 ; Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- i) “Vero è che, sempre con l’organizzazione del Organizzazione\_5 di [...] Org\_3 , la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 in data 08.06.2006, si recavano a CP\_5 per assistere alla “partita del cuore” Nazionale P.T. contro Organizzazione\_6 (a testi: Sig.ri Testimone\_4 ; Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- j) “Vero è che, nell’estate del 2008, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 partecipavano alla gita soggiorno Organizzazione\_7 organizzato dal Organizzazione\_8 [...] di Roma a Cattolica e San Marino” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 ; Sig. Tes\_5 [...] Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- k) “Vero è che la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. CP\_4 CP\_4 partecipavano anche ai viaggi organizzati dal Org\_3 in Grecia (Rodì) dal 22 al 29 maggio 2009 e in Tunisia (Djerba) dal 4 all’11 ottobre 2010” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 ; Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- l) “Vero è che nei mesi estivi precedenti l’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 andavano al mare a CP\_5 CP\_6 Annà di CP\_7 e La CP\_8 (RC) per passeggiare e stare in spiaggia” (a testi: Sig.ra Testimone\_1 Sig. Tes\_5 [...] Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- m) “Vero è che, prima dell’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. [...] CP\_4 nel mese di settembre, dopo le prime giornate di pioggia, organizzavano gite in Sila per raccogliere funghi” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- n) “Vero è che, prima dell’intervento del 04.11.2010, durante l’anno, quotidianamente il Sig. Controparte\_4 e la Sig.ra Parte\_1 erano soliti passeggiare per Corso Garibaldi, la principale arteria del centro storico di Org\_3 , e sul lungomare per guardare i negozi, incontrare gli amici (a testi: Sig.ri Testimone\_4 e Testimone\_1 Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

- o) “Vero è la Sig.ra Parte\_1 si occupava di Per\_1 il figlio della Sig.ra Tes\_3 [...] dalla sua nascita avvenuta nel gennaio 2009 e fino all’intervento del 04.11.2010” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- p) “Vero è che, la Sig.ra Parte\_1 è titolare di un attestato di taglio di taglio e cucito rilasciato in data 12.09.1963 e prima dell’intervento del 04.11.2010, era solita dedicarsi quasi tutti i giorni a questa passione, per riparazioni sartoriali e anche per confezionare abiti per le sue figlie e alcune amiche” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- q) “Vero è che la Sig.ra Parte\_1, dall’intervento del 04.11.2010 organizza le sue giornate insieme al marito Sig. Controparte\_4 fra ricoveri, interventi e visite ospedaliere” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- r) “Vero è che, nel 2011, a causa dei problemi di salute insorti dopo l’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 si sono trasferiti a Milano a casa della figlia Sig.ra Tes\_2 (a testi: Sig.ra Testimone\_4 e Testimone\_1 Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- s) “Vero è che, oggi, a causa dei problemi di salute insorti dopo gli interventi iniziati il 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 riesce a camminare solo per brevi tratti e con l’ausilio di bastoni canadesi” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- t) “Vero è che, oggi, a causa dei problemi di salute insorti dopo gli interventi iniziati il 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 esce dalla casa dove vive a Milano, in [REDACTED] solo per andare in ospedale o dal dottore con il taxi o con la macchina” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- u) “Vero è che, oggi, a causa dei problemi di salute insorti dopo gli interventi iniziati il 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 deve farsi aiutare dalla figlia Tes\_2 o dal marito Sig. Controparte\_4 per lavarsi e per vestirsi” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- v) “Vero è che, oggi, la Sig.ra Parte\_1 ha spesso momenti di sconforto maledicendo il giorno in cui si è operata” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- w) “Vero è che il Sig. Testimone\_5 accompagnava la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 alle visite mediche e ai ricoveri cui è stata sottoposta la Sig.ra Pt\_1 dal 2010 e fino al 2015” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- x) “Vero è, che prima dell’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 ignorava l’esistenza di controindicazioni, complicanze e rischi dell’intervento di artroprotesi totale di ginocchio correlati al suo peso” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- y) “Vero è che la mancata consegna della lettera di dimissioni dall’ Org\_1 del 11.03.2013 veniva giustificata dalle infermiere del ridetto nosocomio ai parenti della Sig.ra Parte\_1 [...] Sig.ra Tes\_2 e Sig. Controparte\_4 con il fatto che tutto l’incartamento clinico, lettera di dimissioni compresa, era stato trasmesso presso il nosocomio Org\_9 dove quel giorno stesso stavano trasferendo la paziente” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- z) “Vero è che, successivamente alle dimissioni dall’ Org\_1 Org\_9 in data 02.04.2013, era la famiglia Persona\_2 ad interessarsi per il necessario rientro presso l’ Org\_1 (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- aa) “Vero è che, infatti, i sanitari del Org\_1 all’atto delle dimissioni in data 11.03.2013, omettevano di pianificare il necessario rientro in ospedale a seguito delle dimissioni dal Org\_9 dove la stavano trasferendo per un periodo di degenza programmata da loro stessi” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;
- bb) “Vero è che, nelle ridette circostanze di fatto, dopo il 02.04.2013, il Sig. Controparte\_4 doveva recarsi dal medico di base per avere un’impegnativa per la Sig.ra Parte\_1 e poter fissare una visita di controllo presso l’ Org\_1 (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

Si indicano quali testimoni: 1) Sig.ra [redacted] 2) Sig. *Testimone\_5* [redacted] 3) Sig. *T* [redacted], residente in [redacted] 4) Sig.ra [redacted] 5) Sig.ra *Testimone\_3* [redacted]

#### SEMPRE IN VIA ISTRUTTORIA

Si chiede all'Ill.mo Giudice di voler considerare e accogliere le richieste avanzate nell'istanza attorea del 14.02.2017 per i motivi ivi esposti e in atti, in quanto come verbalizzato in occasione dell'udienza del 18.10.2017 i chiarimenti richiesti dal Giudice al CTU *Per\_3* non hanno fugato le criticità e le contestazioni evidenziate nell'istanza attorea richiamata.

In particolare:

- disporre un supplemento di CTU da parte del Dott. *Per\_3* finalizzato a rivedere la quantificazione del danno riconosciuto in capo all'attrice Sig.ra *Parte\_1*

- e assumere ogni iniziativa a chiarimento dei punti articolati nel corpo dell'istanza del 14.02.2017.

Si produce la documentazione già offerta in comunicazione all'udienza del 23.02.2017 quali spese di CTU e di CTP (e così in particolare: fatture 1000/2017 e 889/2016 del CTU *Per\_3* ; fattura n. 20/2016 CTP *Per\_4* e fattura n. 28/2017 CTP *Per\_4* .

Salvis Iuribus

Milano, 20.06.2018 Piaccia all'Ecc.mo Tribunale, respinta ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione,

#### NEL MERITO

- 1) Accertare e dichiarare che, in data 25.10.2010, la Sig.ra *Parte\_1* veniva ricoverata presso il nosocomio *Organizzazione\_1* *Org\_1* dove, in data 04.11.2010, veniva sottoposta ad intervento di artroprotesi totale di ginocchio destro”;
- 2) Accertare e dichiarare, altresì, che la Sig.ra *Parte\_1* anche nei controlli ambulatoriali e ricoveri successivi all'intervento del 04.11.2010 e fino a giugno 2013 veniva seguita dai sanitari dell' *Organizzazione\_1* così come meglio spiegato in atti;
- 3) Conseguentemente, accertare e dichiarare l'esistenza di un contratto di prestazione medico - professionale tra la Sig.ra *Parte\_1* e il ridetto nosocomio;
- 4) Accertare e dichiarare, altresì, che l'atto terapeutico di artroprotesi totale di ginocchio destro veniva indicato dal Dott. *CP\_1* che eseguiva l'intervento in data 04.11.2010 come primo operatore dell'equipe chirurgica composta anche dai Dottori *CP\_2* *Controparte\_3* così come spiegato in atti;
- 5) Accertare, altresì, la responsabilità del Dr. *CP\_1* e/o del Dr. *CP\_2* e/o del Dr. *Controparte\_3* che, nelle circostanze spiegate in atti, non hanno agito con la diligenza richiesta dalla natura dell'attività svolta e consentita dall'arte medica, assumendo, diversamente, un comportamento negligente, imprudente, imperito e contrario ai dettami dell'arte-scienza medica;
- 6) Accertare e dichiarare, altresì, l'inadempimento della *Organizzazione\_1* in persona del Suo legale rappresentante pro tempore, per i fatti cagionati dagli operatori di cui si è avvalsa per svolgere le obbligazioni assunte nei confronti della paziente e/o per le proprie carenze a livello igienico-organizzativo;
- 7) Accertare e dichiarare la responsabilità A.O. *Organizzazione\_1* in persona del Suo legale rappresentante pro tempore;
- 8) conseguentemente, condannare i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento in favore della Sig.ra *Parte\_1* [...] dei danni patiti da quest'ultima, nella misura di € 293.399,84, o in quell'altra, maggiore o minore, che riterrà Giustizia, con rivalutazione monetaria e interessi compensativi dal fatto al saldo;
- 9) Condannare, altresì, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento in favore della Sig.ra *Parte\_1* di un ulteriore importo per la lesione del diritto all'autodeterminazione in se stesso derivante dalla

violazione dell'obbligo di informazione della paziente, da liquidarsi in quella somma che riterrà Giustizia, anche in via equitativa;

10) condannare, inoltre, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento dei danni non patrimoniali in favore del Sig.

*Controparte\_4* da liquidarsi in quella somma che riterrà Giustizia, in via equitativa, con rivalutazione monetaria e interessi compensativi dal fatto al saldo;

11) condannare, inoltre, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al risarcimento dei danni patrimoniali in favore del Sig.

*Controparte\_4* nella misura di € 12.957,05, o in quell'altra, maggiore o minore, che riterrà Giustizia, con rivalutazione monetaria e interessi compensativi dal fatto al saldo;

12) condannare, inoltre, i convenuti che saranno ritenuti responsabili, in solido ovvero ciascuno secondo la propria quota di responsabilità, al pagamento dei compensi professionali e delle spese di causa, oltre spese generali - da distrarsi in favore dei sottoscritti difensori che le hanno anticipate - oltre IVA e CNAP come per legge, e oltre spese di mediazione, di CTU e CTP;

13) dichiarare la sentenza provvisoriamente esecutiva ex art. 282 c.p.c., come per legge.

#### IN VIA ISTRUTTORIA

Ad integrazione degli scritti difensivi e ferme le deduzioni istruttorie tutte già articolate in atti, e cioè, in particolare, la prova per testi, la difesa delle parti attrici, chiede l'ammissione dei capitoli di cui in premessa dell'atto di citazione, da intendersi qui integralmente riportati, trascritti e preceduti dalle parole "vero è", nonché dei seguenti ulteriori capitoli di prova:

a) "Vero è che, dal 2007 e fino a prima dell'intervento del 04.11.2010, la Sig.ra *Parte\_1*

[...] era tesserata insieme al marito Sig. *Controparte\_4* presso il *Org\_2*

[...] del *Organizzazione\_3* come si evince dal Documento n. 4 del fascicolo di parte attrice che si rammostra" (a testi: Sig.ra *Testimone\_1* Sig.ra *Tes\_2* Sig.ra *Tes\_3*

[...] *Testimone\_4* );

b) "Vero è che presso questo Centro Sociale Ergonomico del Comune di *Org\_3* *Org\_3* , la Sig.ra *Pt\_1* nel 2007-2008 due volte alla settimana, il lunedì e il giovedì, frequentava insieme al marito

Sig. *Controparte\_4* un corso di ballo" (a teste: Sig.ra *Testimone\_1* Sig.ra *Tes\_2*

[...] Sig.ra *Testimone\_3* );

c) "Vero è che, dal 2007 e fino all'intervento del 04.11.2010, la Sig.ra *Parte\_1* e il marito, Sig. *Controparte\_4* durante il weekend, di sabato o di domenica, andavano a ballare

presso il ridetto *Organizzazione\_2* del *Org\_3* (a testi: Sig.ra *Testimone\_1*

Sig.ra *Tes\_2* Sig.ra *Testimone\_3* ;

d) "Vero è che nel 2007 il Sig. *Controparte\_4* frequentava due volte alla settimana, il martedì e giovedì pomeriggio, anche un corso di informatica presso il *Organizzazione\_4*

*Organizzazione\_3* (a testi: Sig.ra *Tes\_2* *Testimone\_4* ; Sig.ra *Testimone\_3* ;

e) "Vero è che il Sig. *Controparte\_4* dal 2003 al 2011 era associato (come pensionato) al *Organizzazione\_5* di *Org\_3* , come si evince dal documento n. 5 che si

rammostra al testimone" (a testi: Sig.ri *Testimone\_4* e *Testimone\_1* Sig. *Testimone\_5*

Sig.ra *Tes\_2* Sig.ra *Testimone\_3* ;

f) "Vero è che tutto il nucleo familiare e quindi anche la Sig.ra *Parte\_1* dal 2003, era in automatico socio del *Organizzazione\_5* di *Org\_3* per effetto

dell'iscrizione come pensionato al medesimo centro del Sig. *Controparte\_4* (a testi: Sig.ri *Tes\_4*

[...] e *Testimone\_1* Sig. *Testimone\_5* Sig.ra *Tes\_2* Sig.ra *Testimone\_3* ;

g) "Vero è che la Sig.ra *Parte\_1* e il Sig. *Controparte\_4* dal 2005 al 2010

partecipavano alle gite e alle manifestazioni organizzate dal *Organizzazione\_5* di

*Org\_3* " (a testi: Sig.ri *Testimone\_4* e *Testimone\_1* ; Sig. *Testimone\_5* Sig.ra

*Tes\_2* Sig.ra *Testimone\_3* ;

h) "Vero è che, in particolare, con il *Organizzazione\_5* di *Org\_3* , dal

2005 al 2010, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 visitavano San Giovanni Rotondo; CP\_5 ; CP\_6 Controparte\_7 ; Controparte\_8 ; CP\_9 Controparte\_10 ; CP\_11 CP\_12 CP\_14 CP\_15 e CP\_16 CP\_17 CP\_18 ; CP\_20 CP\_21 per il CP\_22 ; CP\_24 (per l' CP\_24 ); CP\_25 ” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 e Testimone\_1 ; Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

i) “Vero è che, sempre con l’organizzazione del Organizzazione\_5 di [...] Org\_3 , la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 in data 08.06.2006, si recavano a CP\_5 per assistere alla “partita del cuore” Nazionale P.T. contro Organizzazione\_6 (a testi: Sig.ri Testimone\_4 ; Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

j) “Vero è che, nell’estate del 2008, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 partecipavano alla gita soggiorno Organizzazione\_7 organizzato dal Organizzazione\_8 [...] di Roma a Cattolica e San Marino” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 ; Sig. Tes\_5 [...] Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

k) “Vero è che la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. CP\_4 CP\_4 partecipavano anche ai viaggi organizzati dal Org\_ in Grecia (Rodì) dal 22 al 29 maggio 2009 e in Tunisia (Djerba) dal 4 all’11 ottobre 2010” (a testi: Sig.ri Testimone\_4 ; Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

l) “Vero è che nei mesi estivi precedenti l’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Controparte\_4 andavano al mare a Annà di e La (RC) per passeggiare e stare in spiaggia” (a testi: Sig.ra Testimone\_1 Sig. Tes\_5 [...] Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

m) “Vero è che, prima dell’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. [...] CP\_4 nel mese di settembre, dopo le prime giornate di pioggia, organizzavano gite in Sila per raccogliere funghi” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

n) “Vero è che, prima dell’intervento del 04.11.2010, durante l’anno, quotidianamente il Sig. Controparte\_4 e la Sig.ra Parte\_1 erano soliti passeggiare per Corso Garibaldi, la principale arteria del centro storico di Org\_3 , e sul lungomare per guardare i negozi, incontrare gli amici (a testi: Sig.ri Testimone\_4 e Testimone\_1 Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

o) “Vero è la Sig.ra Parte\_1 si occupava di Per\_1 il figlio della Sig.ra Tes\_3 [...] dalla sua nascita avvenuta nel gennaio 2009 e fino all’intervento del 04.11.2010” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

p) “Vero è che, la Sig.ra Parte\_1 è titolare di un attestato di taglio di taglio e cucito rilasciato in data 12.09.1963 e prima dell’intervento del 04.11.2010, era solita dedicarsi quasi tutti i giorni a questa passione, per riparazioni sartoriali e anche per confezionare abiti per le sue figlie e alcune amiche” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

q) “Vero è che la Sig.ra Parte\_1 , dall’intervento del 04.11.2010 organizza le sue giornate insieme al marito Sig. Controparte\_4 fra ricoveri, interventi e visite ospedaliere” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

r) “Vero è che, nel 2011, a causa dei problemi di salute insorti dopo l’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 si sono trasferiti a Milano a casa della figlia Sig.ra Tes\_2 (a testi: Sig.ri Testimone\_4 e Testimone\_1 Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

s) “Vero è che, oggi, a causa dei problemi di salute insorti dopo gli interventi iniziati il 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 riesce a camminare solo per brevi tratti e con l’ausilio di bastoni canadesi” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

t) “Vero è che, oggi, a causa dei problemi di salute insorti dopo gli interventi iniziati il 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 esce dalla casa dove vive a Milano, in Testimone\_5 solo per andare in ospedale o dal dottore con il taxi o con la macchina” (a testi: Sig. Testimone\_5

Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

u) “Vero è che, oggi, a causa dei problemi di salute insorti dopo gli interventi iniziati il 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 deve farsi aiutare dalla figlia Tes\_2 o dal marito Sig. Controparte\_4 per lavarsi e per vestirsi” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

v) “Vero è che, oggi, la Sig.ra Parte\_1 ha spesso momenti di sconforto maledicendo il giorno in cui si è operata” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

w) “Vero è che il Sig. Testimone\_5 accompagnava la Sig.ra Parte\_1 e il Sig. Controparte\_4 alle visite mediche e ai ricoveri cui è stata sottoposta la Sig.ra Pt\_1 dal 2010 e fino al 2015” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

x) “Vero è, che prima dell’intervento del 04.11.2010, la Sig.ra Parte\_1 ignorava l’esistenza di controindicazioni, complicanze e rischi dell’intervento di artroprotesi totale di ginocchio correlati al suo peso” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

y) “Vero è che la mancata consegna della lettera di dimissioni dall’ Org\_1 del 11.03.2013 veniva giustificata dalle infermiere del ridetto nosocomio ai parenti della Sig.ra Parte\_1 [...] Sig.ra Tes\_2 e Sig. Controparte\_4 con il fatto che tutto l’incartamento clinico, lettera di dimissioni compresa, era stato trasmesso presso il nosocomio Org\_9 dove quel giorno stesso stavano trasferendo la paziente” (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

z) “Vero è che, successivamente alle dimissioni dall’ Org\_1 Org\_9 in data 02.04.2013, era la famiglia Persona\_2 ad interessarsi per il necessario rientro presso l’ Org\_1 (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

aa) “Vero è che, infatti, i sanitari del Org\_1 all’atto delle dimissioni in data 11.03.2013, omettevano di pianificare il necessario rientro in ospedale a seguito delle dimissioni dal Org\_9 dove la stavano trasferendo per un periodo di degenza programmata da loro stessi” (a testi: Sig. Testimone\_5 Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

bb) “Vero è che, nelle ridette circostanze di fatto, dopo il 02.04.2013, il Sig. Controparte\_4 doveva recarsi dal medico di base per avere un’impegnativa per la Sig.ra Parte\_1 e poter fissare una visita di controllo presso l’ Org\_1 (a testi: Sig.ra Tes\_2 Sig.ra Testimone\_3 ;

Si indicano quali testimoni: 1) Sig.ra [redacted] 2) Sig. Testimone\_5 [redacted] 3) Sig. T, residente in [redacted], 4) Sig.ra [redacted] 5) Sig.ra Testimone\_3 [redacted]

#### SEMPRE IN VIA ISTRUTTORIA

Si chiede all’Ill.mo Giudice di voler considerare e accogliere le richieste avanzate nell’istanza attorea del 14.02.2017 per i motivi ivi esposti e in atti, in quanto come verbalizzato in occasione dell’udienza del 18.10.2017 i chiarimenti richiesti dal Giudice al CTU Per\_3 non hanno fugato le criticità e le contestazioni evidenziate nell’istanza attorea richiamata.

In particolare:

- disporre un supplemento di CTU da parte del Dott. Per\_3 finalizzato a rivedere la quantificazione del danno riconosciuto in capo all’attrice Sig.ra Parte\_1

- e assumere ogni iniziativa a chiarimento dei punti articolati nel corpo dell’istanza del 14.02.2017.

Si produce la documentazione già offerta in comunicazione all’udienza del 23.02.2017 quali spese di CTU e di CTP (e così in particolare: fatture 1000/2017 e 889/2016 del CTU Per\_3 ; fattura n. 20/2016 CTP Per\_4 e fattura n. 28/2017 CTP Per\_4 .

Salvis Iuribus

Milano, 20.06.2018

Conclusioni parte convenuta:

voglia l'Ill.mo Tribunale adito, *contrariis rejectis*, così giudicare:

**Nel merito, in via principale:**

**Rigettare** le domande delle parti attrici avverso gli esponenti perché infondate in fatto e in diritto e comunque non provate nell'*an*, nel *quantum*, nel nesso causale, per le ragioni esposte in atti assolvendo i convenuti nel migliore dei modi.

**In via subordinata:**

Nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento delle pretese delle parti attrici, **limitare** la condanna risarcitoria degli esponenti a quanto è risultato, alla luce delle emergenze istruttorie, diretta conseguenza della denegata condotta colposa dei convenuti, previa applicazione dell'art. **1227 c.c.** e comunque accogliendo le contestazioni sul quantum articolate dagli esponenti in via subordinata.

**In ogni caso**

Con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio oltre I.V.A. e C.P.A. e successive occorrenze, ivi compreso rimborso forfettario 15%.

Salvo ogni altro diritto.

Dopo breve discussione orale, il Giudice pronuncia sentenza *ex art. 281 sexies c.p.c.* dandone lettura.

Il Giudice  
Valentina Boroni



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO  
PRIMA CIVILE**

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Valentina Boroni ha pronunciato *ex art. 281 sexies c.p.c.* la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **47280/2015** promossa da:

*Parte\_1* (C.F. *C.F.\_1*), e *Controparte\_4* (C.F. *C.F.\_2*),  
entrambi con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted]  
( [redacted] ), [redacted], elettivamente domiciliato in [redacted]  
[redacted] presso il difensore avv. [redacted]

**ATTORI**

contro

*Controparte\_1* (C.F. , [...]  
*CP\_1* (C.F. ), [redacted] (C.F. ), *Controparte* (C.F. ), con il  
patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted]  
[redacted] presso il difensore avv. [redacted]

**CONVENUTI**

Oggetto: responsabilità sanitaria

**CONCLUSIONI**

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza.

**Motivi della decisione**

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 21-24 luglio 2015 *Parte\_1* e [...] *CP\_4* hanno convenuto dinanzi al Tribunale di Milano l' *Controparte\_1* [...] il dott. *Controparte\_3* il dott. *CP\_1* e il dott. *CP\_2* al fine di accertarne l'inadempimento alle prestazioni professionali sanitarie rese in occasione del ricovero avvenuto in data 25.10.2010 durante il quale la signora *Parte\_1* venne sottoposta ad intervento di artroprotesi totale di ginocchio destro a fronte di diagnosi di gonartrosi destra e sinistra ( maggiore a destra) chiedendone la condanna al risarcimento del danno patito a causa delle condotte colpose poste in essere.

Ha ricordato che a fronte della diagnosi sopra indicata la sig.ra **Pt\_1** era stata sottoposta, in data 4.11.2010, ad intervento di artroprotesi totale di ginocchio destro, nonostante fosse stato accertato un peso corporeo di circa 106 kg ( su 160 cm di altezza) con conseguente indice di obesità pari alla classe terza.

Ha lamentato da un lato la carente informazione relativa sia alle caratteristiche dell'intervento sia alla possibilità di insuccesso della procedura chirurgica, impedendole di formulare un giudizio corretto sui rischi e benefici dell'operazione e dall'altro la erronea indicazione all'intervento a causa dell'elevato peso corporeo della paziente; ha lamentato anche l'erroneo ed omissivo controllo post operatorio che non aveva tenuto in seria considerazione sia il persistere di dolore al ginocchio sia la comparsa di deficit nell'estensione dell'arto con indici di scollamento degli elementi protesici con colpevole attesa nella predisposizione dell'intervento di revisione dell'impianto protesico; che solo in data 29.5.2011 veniva posto in essere un intervento di pulizia articolare e sinoviectomia, intervento privo di beneficio per la paziente, essendosi pervenuti alla rimozione della protesi solo molti mesi dopo e cioè in data 7.2.2013.

Ha osservato che una scintigrafia globale corporea svolta in data 21.5.2013 aveva evidenziato un sospetto focolaio osetomielitico dell'estremità distale del femore destro, a seguito del quale la paziente veniva sottoposta a nuovo intervento di pulizia e reiterazione di spaziatore antibiotato eseguito presso l'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia **Org\_10** di Cortina da cui veniva dimessa con la diagnosi di "infezione in esiti espianto protesi ginocchio destro".

Ha sottolineato come successivamente erano stati necessari molteplici ricoveri culminati nel ricovero effettuato dal 19.10.2014 al 2.12.2014 presso il richiamato **Organizzazione\_11** di Cortina per riallineamento rotula ginocchio destro e successiva riabilitazione.

La difesa ha concluso affermando che la paziente è ormai portatrice di un processo di osteomielite cronica del terzo inferiore del femore destro, soggetto a fasi di riacutizzazione e molto difficilmente curabile; tale patologia sarebbe riconducibile alla infezione contratta dalla sig.ra **Pt\_1** nel corso della fase operatoria.

Di tale danno alla integrità psicofisica ( instaurarsi di un processo di osteomielite cronica a carico del terzo inferiore del femore destro) particolarmente grave anche a causa delle sofferenze e riverberi sulla vita dinamico, relazionale e personale della paziente causati dai continui ricoveri e visite ospedaliere effettuati anche in luoghi lontani dal proprio contesto di vita ordinario oltre che di quello derivante dalla violazione dell'obbligo di informazione al paziente ( allegando che la carente informazione ha precluso alla attrice di scegliere liberamente se sottoporsi o meno all'intervento) ha chiesto il risarcimento imputandolo sia alla struttura sanitaria convenuta sia ai singoli medici ortopedici componenti l'equipe operatoria che il 4.11.2010 aveva operato la paziente, dottori **CP\_2**, **CP\_3** e **CP\_26**.

Ha chiesto anche il risarcimento dei danni il coniuge della sig. **Pt\_1** sig. **CP\_4** [...] il quale ha rilevato come la vicenda accaduta alla moglie gli aveva procurato una compromissione di natura morale ed esistenziale descritta come danno non patrimoniale riflesso costituito dalla sofferenza patita in ragione del trattamento subito dal coniuge e dalla privazione del punto di riferimento nevralgico per la propria esistenza costituito dalla stessa.

Infine è stato chiesto il rimborso del danno patrimoniale patito per spese mediche e di trasferimento oltre che per la relazione medica di parte.

I convenuti si sono tutti costituiti contestando la fondatezza della domanda attorea e chiedendone il rigetto.

Hanno preliminarmente osservato come la paziente era stata debitamente informata prima di essere sottoposta all'intervento chirurgico, non solo nell'immediato pre operatorio ma anche durante il periodo precedente e fin dal settembre 2009 quando si era recata per la prima volta dal dott. **CP\_1** il quale le aveva consigliato, tra l'altro, un percorso di dimagrimento; i modelli di consenso informato sottoscritti dalla paziente e contenuti nella cartella clinica dimostrerebbero la completezza della

informazione data, anche avuto riguardo ai possibili risultati conseguibili ed ai rischi connessi. In ogni caso hanno sottolineato che poiché il dolore affliggeva la sig.ra *Pt\_1* da circa dieci anni ella si sarebbe comunque sottoposta all'intervento con conseguente assenza di danno risarcibile.

Quanto all'addebito relativo all'insorgenza del processo infettivo hanno osservato che la revisione artroscopica del giugno 2011 evidenziava l'assenza di infezioni e che il medesimo risultato – negativo per la presenza di processi infiammatori/settici articolari - emergeva dalla scintigrafia svolta in tale contesto.

La successiva scintigrafia dell'ottobre 2012 forniva esiti suggestivi poi confermati dalla successiva scintigrafia del febbraio 2013 a seguito della quale fu rimossa la protesi. In tale intervento vennero prelevati numerosi campioni dei quali uno positivo e due negativi. Veniva impostata una terapia infettivologica che, a seguito di dimissione della paziente nel marzo 2013, non venne più seguita dalla paziente che non si presentò ai controlli ambulatoriali successivi.

Da tali aspetti i convenuti traevano la conseguenza della riconducibilità della patologia presentata dalla sig.ra *Pt\_1* come sintomatologia dolorosa da mobilitazione asettica, la cui genesi doveva considerarsi autonoma dall'operato dei medici convenuti e non inquadrabile in infezione intra operatoria essendo complicità nota in letteratura e riconducibile a movimentazione incongrua della articolazione protesizzata nel corso dell'attività rieducativa (FKT).

Ha contestato infine che l'allegato processo osteomielitico ( del quale non vi era prova documentale) si sarebbe dovuto correlare al più ad un processo infettivo locale ( intra-articolare) e cioè all'infezione da stafilococco hominis rilevato nel tampone del febbraio 2013.

La difesa dei convenuti ha quindi eccepito la insussistenza del nesso causale alla luce della pregressa patologia presentata dalla attrice all'atto del suo ingresso presso la struttura convenuta di modo che le sue condizioni sarebbero comunque peggiorate anche in assenza dell'intervento in esame.

Contestato il quantum della pretesa risarcitoria azionata ( in assenza di specifica allegazione in punto danno differente da quello meramente biologico) e rilevato che la richiesta risarcitoria avanzata dal coniuge della sig.ra *Pt\_1* non poteva trovare fondamento in assenza di una macrolesione, hanno chiesto il rigetto della domanda attorea.

Nel corso della prima udienza di comparizione sono stati chiesti e concessi i termini per il deposito di memorie ex art. 183 VI comma c.p.c.; quindi è stato ammesso ed espletato un accertamento peritale sulla vicenda sanitaria oggetto di lite e all'esito, acquisita una breve integrazione a chiarimento ed una valutazione, da parte del CTU dott. *Per\_3*, del referto di una successiva scintigrafia eseguita dalla sig.ra *Pt\_1* in data successiva al termine assegnato per il deposito della documentazione probatoria da utilizzare nell'elaborato peritale, respinte le istanze istruttorie per testi svolte dalla parte attrice in quanto ritenute inammissibili in parte perché articolate in modo generico e in parte perché non specificatamente contestate dalla controparte, valutato l'intero compendio istruttorio e il contraddittorio tecnico svolto in corso di operazioni peritali, il giudice ha ritenuto la causa matura per la decisione e le parti hanno precisato le conclusioni all'udienza del 26.6.2018.

In tale sede il giudice ha concesso termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e di memorie di replica e ha trattenuto la causa in decisione.

La causa è stata quindi rimessa sul ruolo istruttorio al fine di acquisire dalle difese delle parti alcuni chiarimenti su aspetti emersi nelle sole comparse conclusionali; all'esito la causa è stata rinviata all'odierna udienza per discussione e lettura della sentenza ex art. 281 sexies cpc.

#### *La responsabilità professionale*

Atteso che nel caso in esame l'attore ha agito nei confronti sia della struttura sanitaria sia dei medici che al suo interno hanno reso le prestazioni sanitarie contestate vale ricordare quanto segue.

Preliminarmente si rileva che tra le parti costituite non vi è stata alcuna contestazione in ordine alla natura della responsabilità professionale della struttura sanitaria convenuta, la quale, infatti deve ritenersi di natura contrattuale ai sensi dell'art. 1218 e 1228 c.c.. Secondo l'insegnamento consolidato della giurisprudenza di legittimità, la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per

l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospedalità, va infatti inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. (cfr. Cass. n. 9556/2002, n. 577/2008 e più recentemente Sez. 3 sentenza n. [18392](#) del 26/07/2017).

I suddetti principi sono stati da ultimo recepiti dalla Legge 24/2017 (entrata in vigore in data 1 aprile 2017), il cui art. 7, primo comma, recita testualmente: *“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 ancorchè non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.”*

Fra la struttura sanitaria ed il paziente, per effetto della mera accettazione del paziente, sorge infatti un rapporto di natura contrattuale atipico denominato di “spedalità” o di “assistenza sanitaria”, per effetto del quale la struttura assume l’obbligo di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia prestazioni secondarie ed accessorie - fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero - (cfr. Cass. n. 8826/2007).

La responsabilità della struttura per i danni che si verificano in ambito sanitario è una responsabilità che scaturisce dall’inadempimento e/o dall’inesatto adempimento di una delle varie prestazioni che è direttamente obbligata ad eseguire in base a tale contratto atipico

Ai fini della diretta riferibilità ex artt. 1218-1228 c.c. delle conseguenze risarcitorie dell’illecito non assume particolare rilievo che il contraente/debitore nell’adempimento delle sue obbligazioni si avvalga – per l’esecuzione delle prestazioni strettamente sanitarie di particolari figure professionali abilitate – necessariamente di propri dipendenti o di collaboratori esterni. Ne deriva che la struttura sanitaria per essere esonerata dalla responsabilità risarcitoria verso il paziente è tenuta a fornire la prova positiva che le conseguenze dannose di tale condotta non le sono imputabili a titolo di inadempimento delle obbligazioni oggetto del contratto di ospedalità. Nel caso di specie la consulenza d’ufficio ha fornito la prova dell’inesatto adempimento della prestazione principale (la prestazione sanitaria) da parte dell’Parte 3, che è quindi tenuto ex artt. 1218-1228 c.c. a risarcire integralmente i danni (non patrimoniali e patrimoniali emergenti) derivati dalla condotta colposa dei propri dipendenti e collaboratori.

Infine, sotto il profilo probatorio, a fronte dell’inadempimento dedotto dall’attore come causa del danno patito, è onere del debitore convenuto - la struttura ospedaliera - provare di aver esattamente adempiuto le prestazioni e che il danno lamentato da controparte non è allo stesso imputabile.

Per consolidato orientamento della Corte di Cassazione *“in tema di responsabilità civile nell’attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l’inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del “contatto”) e dell’aggravamento della situazione patologica (o dell’insorgenza di nuove patologie per effetto dell’intervento) e del relativo nesso di causalità con l’azione o l’omissione dei sanitari, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del “più probabile che non”, restando a carico dell’obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile”* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 975 del 16/01/2009).

La Suprema Corte ha infatti rilevato come *“in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente per danni derivanti dall’esercizio di attività di carattere sanitario, il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l’onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato il suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno”* (Cass. 15993/2011).

Considerata la citazione in giudizio anche dei sanitari operanti presso l'istituto sanitario convenuto è opportuno richiamare i principi sui quali si è assestata la giurisprudenza di merito del Tribunale di Milano a seguito dell'introduzione dell'art. 3 comma 1 della cd. legge Balduzzi.

Tale disposizione, infatti, ha consentito di rivisitare la tradizionale ricostruzione della responsabilità del medico operante all'interno di una struttura ospedaliera, dando rilievo alla circostanza che con detto operatore non possa operare la teoria del "contatto sociale" che opera viceversa con la struttura sanitaria ben potendosi viceversa ricostruire il rapporto medico paziente in tali casi secondo i criteri propri della natura aquiliana, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale di tipo privatistico concluso con il paziente (cfr. sentenza n. 84417/2010 Bichi, n. 9693/2014 Gattari, n. 4872/2016 Flamini). Tale ricostruzione, che si condivide appieno in assenza di un legame diretto del paziente con il professionista sanitario operante nella struttura sanitaria e priva di effetti lesivi del diritto del paziente stante la concorrente responsabilità della struttura ospedaliera, risulta del resto anche quella prescelta anche dal legislatore.

Il terzo comma del medesimo art. 7, legge n. 24/2017, statuisce infatti che l'esercente la professione sanitaria presso la struttura – ancorché non dipendente della medesima – *“risponde del proprio operato ai sensi dell'art. 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.”* Tale ultima disposizione comporta il definitivo superamento dell'orientamento giurisprudenziale secondo cui la responsabilità del medico nei confronti del paziente che accede ad una struttura ospedaliera è di tipo contrattuale e conferma l'orientamento giurisprudenziale espresso dal Tribunale di Milano a seguito della legge Balduzzi con riguardo alla natura extra contrattuale della responsabilità del medico operante all'interno della struttura ospedaliera.

In ogni caso, è pacifico che quando nello stesso giudizio sono convenuti sia la struttura sanitaria che il medico operante, la sussistenza di un unico fatto dannoso, seppur imputabile a titolo diverso all'ospedale ed al sanitario, comporterà sempre la condanna in solido dei convenuti al risarcimento del danno causato, ai sensi dell'art. 2055 c.c. (cfr. Cass. n. 27713/2005).

Poste queste premesse il caso di specie va esaminato alla luce delle risultanze della indagine peritale disposta ed affidata al dottor Persona\_5.

Orbene la consulenza che si è appena richiamata ha accertato che l'intervento condotto dai dottori CP\_1 CP\_2 e CP\_3 è stato eseguito a regola d'arte e che non vi è prova della assunzione di comportamenti ai quali il danno patito dall'attrice possa essere ricollegato.

E' emersa invece l'insorgenza di una infezione nosocomiale rispetto alla quale è stata individuata l'eziologia e la assai ragionevole contrazione ed alla quale è imputabile il fallimento dell'impianto protesico.

A fronte di tale accertamento sono stati poi esaminati due profili complessi attinenti il primo alla situazione di compromissione psico fisica attuale della attrice ed il secondo attinente al profilo delle misure volte a prevenire infezioni ospedaliere da parte della struttura convenuta (alla quale unicamente può essere addebitato eventualmente la violazione di negligenza contestata non essendo stati individuati dal consulente tecnico specifici profili di negligenza in capo a medici convenuti).

La risoluzione di tali ultimi quesiti, cruciale per l'esito della decisione, impone una ricostruzione dettagliata dell'indagine peritale.

Dunque la relazione tecnica redatta dal dott. Persona\_5, specialista medico legale ed ortopedico, depositata in data 2.1.2017 e la successiva integrazione del 4.6.2017 – le cui conclusioni meritano di essere condivise, in quanto basate su un completo esame anamnestico e su un obiettivo, approfondito e coerente studio della documentazione medica prodotta – ha consentito di accertare quanto segue.

Vale preliminarmente osservare che l'accertamento peritale è stato svolto dal consulente senza incorrere in irregolarità procedurali e garantendo il massimo contraddittorio possibile tra le

parti ( le cui osservazioni anche scritte sono state prese in carico diffusamente dal consulente dell'ufficio).

In particolare, dalla relazione di c.t.u. emerge quanto segue.

“La signora *Parte\_1*, attualmente di anni 68, negli anni ‘90 iniziò a lamentare gonalgia destra con limitazione funzionale, in un quadro di gonartrosi. Nel 1996, fu praticato ciclo di infiltrazioni cortisoniche con beneficio, con attenuazione dei sintomi dolorosi e miglioramento della funzionalità articolare. Nel 2005, a causa di una riacutizzazione della gonalgia destra, si rivolse a *Controparte\_27* di *Org\_3* il quale nel formulare diagnosi di gonartrosi destra, consigliò calo ponderale.

Ci si trovava chiaramente in una condizione di importante obesità (paziente alta 160 cm e del peso di 106 kg circa).

Per il persistere della sintomatologia algico-disfunzionale, la signora *Pt\_1* nel 2009 ricorse a visite specialistiche ortopediche a Milano (al *Org\_12* prima e all’ *Organizzazione\_13* [...] poi) i quali proposero trattamento chirurgico di artroprotesi; lo specialista dell’ [...] *Org\_13* nel corso della visita del 25 settembre 2009, suggerì calo ponderale.

La signora *Pt\_1* fu poi ricoverata, dal 25 ottobre 2010 al 16 novembre 2010, presso la Divisione di Ortopedia e Traumatologia dell’ *Organizzazione\_13* di Milano, con diagnosi di gonartrosi destra e sottoposta, nel corso della degenza (il 04 novembre 2010), ad intervento chirurgico di artroprotesi bicompartimentale cementata.”

Il consulente dell’ufficio ha accertato la correttezza di tale indicazione chirurgica.

Da un lato egli ha sottolineato le condizioni fisiche della paziente (diabetica con diabete mellito di tipo II in trattamento con ipoglicemizzanti orali, obesa, dislipidemica, cardiopatica, affetta da carenza di acido folico e da neuropatia diabetica). Dall’altro ha evidenziato come le radiografie al ginocchio destro eseguite in fase preoperatoria, consentano di rilevare con chiarezza un quadro di avanzata **artrosi tricompartimentale** del ginocchio destro, con evidente marcato restringimento degli spazi articolari (specie di quello femoro-tibiale mediale), moderata sclerosi sottocondrale, osteofitosi di moderata entità, inquadrabile secondo la classificazione delle gonartrosi di *Persona\_6* come di grado 3°/4°.

“ La classificazione di *Persona\_6* è basata sulla valutazione delle radiografie standard, in antero-posteriore e sotto carico bi-podalico. La scala di Kellgren *Per\_6* classifica l’artrosi di ginocchio in 5 gradi di successiva maggiore gravità; i parametri utilizzati sono la riduzione dello spazio articolare e la presenza di osteofiti.

La classificazione di *Persona\_6* tiene conto di alcuni segni radiografici di osteoartrosi di ginocchio, determinati dalla progressiva scomparsa della cartilagine articolare e dai tentativi naturali di sopperire alla instabilità legamentosa ed ai movimenti incongrui relativi. Il razionale di questa classificazione, si fonda sull’evidenza scientifica che lo spazio articolare del ginocchio visibile ai raggi X è determinato dal fatto che la cartilagine è invisibile ai raggi X; pertanto, in una radiografia standard lo spazio tra le ossa (visibili) sembra vuoto (cartilagine invisibile) e ogni riduzione dello spazio articolare del ginocchio visualizzabile ai raggi X, corrisponde ad una riduzione in spessore della cartilagine. Analogo significato, rilevatore di artrosi del ginocchio, assume anche la formazione di osteofiti che sono la rappresentazione del tentativo dell’organismo di sopperire alla lassità e presenza di movimenti incongrui articolari. La classificazione di *Persona\_6* dell’artrosi di ginocchio è sicuramente di maggiore utilizzo negli studi clinici ed assume anche valore medico legale, essendo accettata in Italia dall’ *CP\_28*, nelle valutazioni delle invalidità lavorative e nella determinazione delle limitazioni ed incapacità lavorative da lavori usuranti; è stata accettata nel 1961 dalla *Organizzazione\_14*.

A fronte di ciò il consulente ha quindi accertato che nel caso in esame, il quadro clinico-radiografico era di gravità tale da far porre indicazione ad un intervento di artroprotesi.

“La paziente da oltre dieci anni pativa una sintomatologia rappresentata da gonalgia destra con limitazione funzionale e le cure conservative intraprese (terapia medica e infiltrazioni cortisoniche), avevano solo attenuato i disturbi per un limitato periodo di tempo. Anche tale dato (qualificabile come sostanziale insuccesso della terapia conservativa) conferma la corretta indicazione all'intervento artroprotesico”.

Il consulente ha quindi preso in considerazione il profilo della obesità della paziente.

Sul punto ha osservato quanto segue.

“L'obesità è un fattore eziologico di significativo aggravamento della gonartrosi, comportando una anomala concentrazione di stimoli biomeccanici che accelerano il danno articolare cartilagineo e favoriscono l'evoluzione peggiorativa dei processi involutivi artrosici. Nel caso in esame, gli Ortopedici Curanti più volte sollecitarono la paziente a ridurre il peso corporeo, controllo ponderale che sembrerebbe non essere mai avvenuto. E' noto dall'esperienza clinica e dai dati scientifici che di sovente si innesca un circolo vizioso, tale per cui i pazienti obesi, per il dolore da gonartrosi, si muovono sempre di meno, aumentando di peso e aggravando la condizione degenerativa artrosica degli arti inferiori. Nel caso in esame, sia la patologia metabolica (diabete, dislipidemia), sia la gonartrosi dolorosa, indubbiamente hanno avuto un ruolo concausale importante nel favorire l'insuccesso della “terapia dimagrante”. Va precisato che la cura chirurgica dell'obesità nel 2009 non era così diffusa come oggi e che comunque l'indicazione ad un trattamento chirurgico dell'obesità non è di competenza degli specialisti ortopedico-traumatologi. La signora **Pt\_1** al momento dell'intervento chirurgico, nel 2010, era (ed è ancora oggi) qualificabile come paziente obesa. Per chiarire il problema dell'obesità, va richiamato il concetto di BMI, cioè l'indice di massa corporea, che rappresenta l'unità di misura per potere classificare l'obesità: BMI compreso tra 10 e 24 soggetto normale, BMI > 25 sovrappeso, BMI > 30 obesità, BMI > 40 grande obeso. Indubbiamente, si ritiene accettabile la classificazione avanzata dal C.T. di parte attrice di BMI 40-41, risultando, quindi, la signora **Pt\_1** affetta da un'obesità al limite tra obesità e grande obesità. Il problema “obesità” e protesi di ginocchio è di frequente riscontro nella pratica clinica quotidiana. L'esame della letteratura scientifica in particolare delle revisioni di casistiche e di analisi dei risultati del trattamento con protesi totale di ginocchio in soggetti obesi, ha fornito i seguenti dati, alquanto contrastanti: - **Tes\_6 et al.** “Long-term outcome of tka: does obesity a matter” *Obesity Surgerry* 2006; 16:35-38: studio con follow – up di oltre 11 anni su comparazione tra gli esiti di protesi di ginocchio di 30 obesi (BMI 30-49) vs 53 non obesi, ha evidenziato risultati clinici e radiologici simili nei due gruppi con una percentuale di sopravvivenza globale e di revisione degli impianti simile nei due gruppi; - **Per\_7 et al.** “Does obessity influence the clinicla outcome at 5 years following TKA?” *J. Bone Joint Surg. Br.* 2006; 88: 335-340: revisione di 370 casi di protesi di ginocchio con comparazione tra obesi e non obesi, a cinque anni dall'intervento, con riscontro di assenza di differenza nei risultati clinici e radiografici; - **Per\_8 ed al** “Is Total knee replacement justified in the morbidly obese? A systematic Review” *Cureus* 2016 Sep 23, 8 (9): e 804: indica con chiarezza un forte aumento dei casi di gonartrosi in obesi, maggiori problemi chirurgici e maggior rischio di complicanze negli obesi; - *Workgroup of the American Association of Hip and Knee Surgeons (AAHKS)* “Evidence Based Committee Obesity and total joint arthroplasty a literature based review” *J. Arthroplasty* 2013 May; 28 (5): 714-21: secondo questo studio, le evidenze scientifiche indicano l'indice di massa corporea superiore a 40 come livello di attenzione circa il rischio di complicazioni specifiche dell'intervento, tali da rinviare l'operazione o rendere consapevoli i pazienti dei sostanziali rischi. Oltre ai succitati articoli, anche altre pubblicazioni riportate nella sezione bibliografica e l'esperienza clinica quotidiana di ogni esperto ortopedico, danno spesso informazioni contrastanti sui limiti di accettabilità del rischio di un'artroprotesi per i soggetti obesi, ma univocamente si potrà desumere che i risultati funzionali oggettivi e radiografici sono di qualità inferiore nell'obeso rispetto al non obeso (i risultati funzionali oggettivi, sono uguali o migliori), che la sopravvivenza delle protesi a lungo termine non sembra

invece essere condizionata dall'obesità e che il rischio di complicanze chirurgiche immediate o tardive e/o infettive e/o sistemiche è maggiore nell'obeso rispetto al non obeso”.

In definitiva il consulente dell'ufficio ha affermato che non esiste in sostanza un'evidenza scientifica che comprovi controindicazioni assolute all'intervento di artroprotesi di ginocchio in un soggetto obeso.

“Nel caso in esame, indubbiamente vi erano fattori di rischio non trascurabili: obesità, diabete complicato da neuropatia diabetica, cardiopatia. Erano tali fattori di rischio eliminabili o riducibili nella loro entità con terapie di semplice e non rischiosa esecuzione? Non è possibile con sicurezza rispondere positivamente, considerata la scarsa responsività ai provvedimenti precauzionali adottati per il ridimensionamento dell'obesità. Una delle cause di insuccesso della terapia dell'obesità può essere identificata nella ridotta capacità deambulatoria e motoria della Paziente, secondaria alla gonartrosi dolorosa. L'intervento di artroprotesi avrebbe, quindi, favorito anche la cura dell'obesità, migliorando la performance deambulatoria e motoria della paziente. La sedentarietà condizionata dalla gonartrosi, avrebbe favorito un peggioramento dell'obesità, del diabete e quindi un aggravamento delle condizioni generali e metaboliche della paziente. **Ne deriva come, che nel caso in esame, l'intervento chirurgico di artroprotesi del ginocchio destro era indicato, seppur in presenza di sostanziali rischi di complicanze infettive e/o locali e/o sistemiche, maggiori rispetto ad un soggetto non obeso”.**

Il consulente ha quindi esaminato la tecnica operatoria utilizzata e la conduzione concreta dell'intervento. Sulla scelta della protesi impiegata e sulla tecnica chirurgica adottata nel corso dell'intervento chirurgico di impianto artroprotesi del ginocchio destro, eseguito in data 04 novembre 2010, il consulente non ha avanzato critiche, risultando coerenti con quanto indicato dalle linee guida e dall'esperienza chirurgica in materia. Egli ha anche affermato che “non sono condivisibili le critiche mosse da Parte Attrice, in ordine ad un presunto difetto di posizionamento delle componenti protesiche tibiali e femorali o su un loro sottodimensionamento rispetto alla superficie ossea, fondandosi su immagini radiografiche post-operatorie e su una supposta discrepanza dimensionale tra componenti protesiche e condili femorali-piatto tibiale. Si ricorda che la valutazione di una protesi appena impiantata, si fonda su un corretto allineamento dei neocapi articolari protesici, rispetto agli assi meccanici e anatomici dell'arto inferiore, sulla corretta perpendicolarità delle superfici di osteotomia con l'asse meccanico sul piano frontale e sul corretto *slope* (inclinazione posteriore) dell'osteotomia tibiale in proiezione laterale. La disamina delle lastre radiografiche post-operatorie e di quelle eseguite nel corso del primo anno dall'intervento, mostra appunto l'assenza di varismo o valgismo post-chirurgico, di deformità in iperestensione o in flessione dei neocapi articolari, potendosi apprezzare un corretto ripristino degli assi anatomici e meccanici, oltre ad un adeguato dimensionamento degli elementi protesici, posto che non sono menzionati nei referti clinici, reperti di lassità legamentose post-chirurgiche. Siamo di fronte ad una corretta tecnica operatoria, validata da linee guida internazionali, conforme all'epoca dei fatti e tuttora adottata nella più accreditata prassi chirurgica ortopedica”.

Il consulente ha tuttavia dato atto della circostanza, oggettiva ed emergente dalla documentazione medica in atti, di un decorso non ottimale. Sono documentati, infatti, dolori e oggettive limitazioni funzionali a carico del ginocchio destro, sin dalla fase riabilitativa, tali da indurre – a distanza di poco meno di sette mesi dall'intervento chirurgico – i Parte\_4 a proporre ed eseguire artroscopia, ossia, una lisi del tessuto fibrotico aderenziale con strumenti motorizzati e forbici dedicate, per il riscontro di fibrosi articolare, procedura operatoria che non sembrerebbe aver sortito effetti positivi sulla sintomatologia.

Infatti “non furono descritti segni di mobilitazione degli elementi protesici, che apparvero ben adesi alla compagine scheletrica. Gli esami colturali del liquido sinoviale e quelli istologici della sinovia, escludono segni di infezione articolare con sinovite settica. Più avanti si formuleranno considerazioni sulla effettiva attendibilità degli esami microbiologici nella diagnosi di infezione periprotetica. La più recente letteratura scientifica nazionale ed internazionale, segnala un tasso di

insoddisfazione dei pazienti con protesi di ginocchio, per dolore di entità non trascurabile e nelle quali non si riesce ad identificare una causa specifica, ad un anno dall'intervento. Seil R., Pape D. in "Cause of failure and etiology of painful primary total knee arthroplasty" (Knee Surg. Sopr Traumatology Arthroscop. 2011, 1418-32) segnalano un tasso di insoddisfazione da parte dei pazienti trattati con protesi di ginocchio, compreso tra il 9 % ed il 25 %, ad un follow up superiore a 12 mesi (risultati di una metanalisi su varie casistiche); CP\_29 Per\_9 , Testimone\_7 in "La protesi dolorosa-Percorsi diagnostici bisogna conoscerli tutti" (Giornale Italiano di Ortopedia e traumatologia agosto 2012; 38 (suppl. 2): 123 – 126, indicano una percentuale di protesi dolorose di ginocchio ad un anno pari al 20 %; il Registro Regionale di Implantologia Ortopedica della Regione Emilia Romagna indica nell'8,9 % l'incidenza dei fallimenti delle protesi totali di ginocchio, per la persistenza del solo dolore nel decennio 2000-2010, Parte\_5 (Congresso AIR 2012) riporta la percentuale di pazienti con protesi totali di ginocchio del 20 %. Quindi, trattasi di un problema grave che interessa la comunità scientifica. Nel Current Concepts in Joint replacement (CCJR) del 2007 (uno dei format scientifici internazionali più accreditati per la formazione dei Chirurghi Ortopedici Protesizzatori), nel 2007 ad Orlando Rorabeck C H individuò con sistematicità le cause di una protesi dolorosa come di seguito:- Infezione latente - Dolore rotuleo - Instabilità micromovimenti - Usura osteolisi - Rottura lussazione - Cause intraarticolari - Distrofia simpatico-riflessa – Neuromi - Ipersensibilità ai metalli - Fratture periprotetice - Pazienti giovani.

Il quadro clinico ed il reperto artroscopico, nel caso in esame, erano tali da escludere una mobilitazione grossolana dei capi protesici, un'instabilità oggettiva capsulo-legamentosa, una rottura-lussazione, l'ipersensibilità, i neuromi. Il quadro radiografico escludeva segni di osteolisi periprotetice, aree di radiolucenza, dislocazioni della rotula. Esami ematochimici e seriate scintigrafie con leucociti marcati, eseguiti a più riprese, non evidenziarono con certezza segni di infezione, in piena conformità con i rilievi colturale e istologico approntati in sede di indagine artroscopica del 2011. Nelle linee guida del primo consensus meeting mondiale sulle infezioni periprotetiche (Philadelphia 2013), i cui risultati sono stati riportati in sintesi nel Focus in argomento di [...]

Persona\_10 ( Org\_15 Controparte\_30 2015; 41:96-118), a pagina 106 si legge che **l'infezione periprotetica è manifesta quando si hanno: - Due colture periprotetiche positive con organismi fenotipicamente identici oppure - Una fistola in comunicazione con l'articolazione oppure quando sono positivi due dei seguenti criteri minori di diagnosi: PCR e VES elevate, elevato numero di globuli bianchi nel liquido sinoviale, elevata percentuale di neutrofili polimorfonucleati nel liquido sinoviale, analisi istologica positiva del tessuto in sede periprotetica, una coltura unica positiva.**

I rilievi storico-clinici della Signora Pt\_1 dettagliatamente esposti nelle pagine dedicate alla sezione anamnestica e più sopra rappresentate, sembrerebbero comprovare, con sufficiente attendibilità scientifica, che tra le cause più probabili della persistente sintomatologia dolorosa lamentata dalla Paziente, vi fosse il ricorrere di un'**infezione protesica latente**, mai confermata strumentalmente ma accertata a distanza di oltre due anni, quando – nel febbraio 2013 – nel corso dell'espanto protesico, emersero dati di evidenza clinica indiscutibili e reperti microbiologici indicativi di infezione periprotetica.

Corretto, quindi, l'approccio degli Ortopedici Curanti che approntarono adeguati accertamenti per il persistente quadro di protesi dolorosa, ipotizzando cause asettiche (mobilitazione dei capi protesici) e settiche, possibili etiologie sistemiche e/o rachidee, neurologiche, del dolore al ginocchio, senza successo e senza trovare per due anni riscontri sicuri, anche in sede di ricovero ospedaliero presso l'Organizzazione\_13 dal 16 al 29 ottobre 2012. I Curanti che ebbero in cura la paziente dal 2010 al 2013, disposero l'esecuzione di opportune indagini diagnostiche, finalizzate alla ricerca delle possibili cause della "protesi dolorosa", non derivandone rilievi patologici tali da rendere necessaria una precoce revisione della protesi. La causa del dolore si è rivelata essere l'infezione latente che non dava sicuri segni di sé. Va precisato che gli accertamenti clinico-

radiografici eseguiti in data 04 gennaio 2011, 05 settembre 2011 e 10 gennaio 2012, non rilevavano segni di mobilitazione asettica o settica della protesi di ginocchio, in assenza di segni di osteolisi periprotetica, usura dei componenti protesici e tumefazione delle parti molli da sinovite reattiva. E' utile ribadire che la diagnosi di infezione protesica si fonda sul piano clinico e dell'operatività quotidiana, sui seguenti segni oggettivi: dolore, gonfiore, arrossamento, termotatto positivo, febbre o febbre di basso grado, positività degli esami ematochimici specifici (globuli bianchi, VES, PCR, interleuchina 6, conta dei leucociti nel liquido sinoviale), radiografie, scintigrafia, PET, TAC RMN.

Come si evince dalla disamina della documentazione prodotta dalle parti, non vi erano dati patologici indicativi della presenza di un'infezione, fino al momento della revisione chirurgica (febbraio 2013). Nel caso che ci riguarda, una volta accertata l'infezione periprotetica, si adottarono scelte cliniche ed operatorie assolutamente lineari e coerenti con le linee guida e le norme della buona pratica clinica. Fu rimossa la protesi, eseguita una corretta toilette chirurgica delle parti molli e scheletriche infette e fu impiantato uno spaziatore antibiotato, cioè con cemento arricchito da antibiotici. Sulla scorta dei reperti microbiologici, Infettivologi e Ortopedici, curarono l'infezione localizzata prevalentemente all'epifisi femorale distale, come evidenziato dall'indagine scintigrafica del 21 maggio 2013 e dalle radiografie successive. Si rese necessaria una sostituzione dello spaziatore antibiotato mobilitatosi durante un ricovero presso l' Organizzazione\_16 di Cortina d'Ampezzo, nel giugno/luglio 2013 (dal 26 giugno al 07 luglio 2013). Non va trascurato l'episodio di grave insufficienza renale acuta a causa multifattoriale che richiese un ricovero ospedaliero (dal 17 luglio al 31 luglio 2013) con degenza presso reparto rianimatorio. Una volta eradicata l'infezione, il 27 agosto 2013 fu possibile un reimpianto protesico, con protesi vincolata da revisione, con importante sacrificio osseo dei capi articolari (per asportare le aree ossee infette e alloggiare una protesi di maggiori dimensioni, più "invasiva"), con ridotte prestazioni funzionali della protesi stessa rispetto a quelle di primo impianto. La radiografia successiva all'intervento di riprotesizzazione mostra un valgismo del ginocchio lievemente superiore al fisiologico, probabilmente per le esigenze di rimozione dell'osso compromesso dall'infezione.

L'intervento di riprotesizzazione fu complicato dal manifestarsi di un'infezione postoperatoria precoce che rese necessario un ricovero ospedaliero al Org\_16 di Cortina d'Ampezzo, dal 05 settembre 2013 all' 01 novembre 2013, nel corso del quale fu praticata toilette delle aree infette e l'applicazione di VAAC instil (apparecchiatura di drenaggio dei liquidi infetti), in data 18 settembre 2013. Furono isolati dalle colture microbiologiche i seguenti batteri: *proteus mirabilis* e *enterococcus faecalis*. L'infezione precoce delle parti molli fu debellata dalle cure adottate, ma il calvario della signora Pt\_1 non finì. Infatti, Ella fu nuovamente ricoverata al Org\_16 di Cortina d'Ampezzo, dal 19 ottobre 2014 al 02 dicembre 2014, per lussazione recidivante della rotula, favorita dal valgismo dell'impianto protesico, che costrinse i Curanti a praticare un intervento chirurgico di riallineamento dell'apparato estensore (03 novembre 2014). Gli esami culturali eseguiti in occasione di tale intervento chirurgico non evidenziarono la presenza di batteri".

Così descritta la vicenda clinica della sig.ra Pt\_1 il consulente dell'ufficio ha concluso affermando che con elevata probabilità la causa dei processi patologici che condussero all'insuccesso del trattamento protesico iniziale, risieda in un'**infezione protesica**, in assenza, tuttavia, di comportamenti, condotte attive o omissive caratterizzate da imprudenza, negligenza, imperizia dei Medici Curanti dell' Organizzazione\_13 di Milano, che possano avere causato o favorito la comparsa delle complicanze settiche verificatesi.

Nel caso in esame, l'infezione si è manifestata clinicamente con chiarezza a circa tre anni dall'intervento, ma il dolore costante e la limitazione funzionale marcata, comparsi a breve distanza dall'intervento e che richiesero il ricorso a procedura artroscopica a distanza di sei mesi circa, l'assenza di differenti ipotesi eziopatogenetiche a posteriori della sindrome dolorosa, le già chiarite difficoltà di una diagnosi microbiologica in fase iniziale per le infezioni con batteri che si localizzano tra osso, cemento e protesi, l'assenza di altre cause di infezione secondaria ematogena, comprovano

una continuità fenomenologica tra intervento chirurgico di impianto di protesi praticato nel 2010, contaminazione operatoria e/o perioperatoria, sviluppo sindromico di “protesi dolorosa” e diagnosi clinica e strumentale di infezione protesica o peri-protesica, formulata a distanza di circa tre anni dall'intervento. Tale infezione, peraltro per concorde opinione dei curanti, sia dell' *Org\_1* sia degli *Controparte\_31* e dell' *Organizzazione\_17* [...], determinò l'insuccesso della protesi impiantata nel 2010.

Fatta questa doverosa premessa, tuttavia, trattandosi di un caso di infezione protesica, è necessario verificare se siano state rispettate le indicazioni che la letteratura scientifica e le norme di igiene e tecnica ospedaliera prevedono per ridurre al minimo possibile i rischi di infezione protesica e precisamente: - Applicazione dei protocolli di procedure per il rispetto delle norme igieniche sia nel corso della degenza, sia durante gli interventi operatori; - Precauzioni da adottare nella pratica quotidiana: igiene delle mani, misure per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, prevenzioni delle infezioni ospedaliere nella gestione delle ferite, prevenzione delle infezioni ospedaliere associate ad accessi venosi, prevenzione delle infezioni ospedaliere associate a cateterismi; - Monitoraggio dei microorganismi di particolare interesse epidemiologico e procedure di isolamento; - Sterilizzazione dei dispositivi medici e dei ferri chirurgici con relativa tracciabilità delle procedure; - Sterilità del campo chirurgico con attestazione di fornitura da parte di ditta accreditata; - modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; - Sistema di smaltimento dei rifiuti solidi; - Qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; - Controllo e limitazione dell'accesso dei visitatori; - Istituzione di un sistema di sorveglianza e notifica. L'esame delle cartelle cliniche permette di verificare la correttezza della fornitura del materiale protesico impiegato ed il rispetto delle procedure di sterilizzazione del materiale impiantato e dei ferri chirurgici.

Non vi è in atti documentazione attinente il rispetto delle norme di igiene ambientale e delle procedure relative alla sala operatoria ed alla gestione dei reparti di degenza.

Del resto, ha osservato il consulente, all'ingresso presso la *Controparte\_32* il 17 novembre 2010, ossia il giorno successivo alla dimissione dall' *Organizzazione\_13* di Milano, dopo l'intervento di impianto della protesi di ginocchio, fu eseguita urinocoltura che evidenziò la presenza di *enterococcus fecalis*, che richiese la necessità di somministrazione di terapia antibiotica con chinolonici. Tale infezione/contaminazione poteva essere indice di contaminazione delle vie urinarie avvenuta da molto tempo, anche da prima dell'intervento chirurgico, o essersi manifestata durante il ricovero ospedaliero. L'esame della letteratura sul tema mostra, come già detto, che la diminuzione del rischio infettivo si ottiene adottando idonee procedure di misure di barriera (ad esempio evitando la contaminazione del campo operatorio e del paziente nel corso della degenza), anche se alcuni fattori di rischio propri del paziente (aumento del BMI, diabete mellito) sono correlati ad un aumento del rischio infettivo. Altro aspetto del problema della riduzione del rischio di infezione nelle artroprotesi che andrebbe verificato, è il rispetto della antibiotico profilassi e della terapia antibiotica una volta accertata l'infezione come da linee guida pubblicate dalla [...] *Organizzazione\_18* (GIOT febbraio 2011; 37: 4-17) in tema di linee guida per la profilassi perioperatoria nella chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio”.

Ad avviso del consulente dell'ufficio “**dall'esame della cartella clinica risulta che la profilassi antibiotica fu effettuata con cefazolina, cioè con una cefalosporina di seconda generazione, come indicato dalle linee guida nazionali e internazionali. La terapia antibiotica impostata una volta accertata l'infezione, risultò mirata e corretta, derivante dalle risultanze degli esami batteriologici eseguiti. Quindi, nel caso in esame il trattamento chirurgico dell'infezione protesica fu condotto correttamente.** Come si è già detto: in primo luogo venne rimossa la protesi, fu eseguita una corretta toilette delle aree infette delle parti molli e dell'osso, fu impiantato uno spaziatore di cemento antibiotato e, trascorso un congruo periodo di tempo e somministrata la necessaria terapia antibiotica, fu poi reimpiantata una protesi da revisione. L'intervento di reimpianto di una protesi da revisione fu complicato da un'infezione delle parti molli

che si manifestò con secrezione dalla ferita e che richiese un trattamento chirurgico di toilette delle parti molli (18 settembre 2013), prolungate vaac terapia e somministrazione di antibiotici. La risoluzione dei fenomeni settici non coincise con la stabilizzazione definitiva del quadro clinico; infatti, si ebbe anche una lussazione recidivante di rotula concausata dal valgismo della neo-articolazione protesica. Tale ulteriore complicanza meccanica richiese la necessità di trattamento chirurgico di riallineamento dell'apparato estensore del ginocchio, praticato presso [redacted] Org\_16 di Cortina in data 03 novembre 2014. Gli esami colturali eseguiti nel corso di quest'ultima operazione chirurgica evidenziarono l'assenza di batteri. **Ad oggi infine il quadro clinico appare stabilizzato**".

**In conclusione, quanto alle conseguenze sulla integrità psico fisica della sig.ra Pt\_1 il dott. Per\_3 ha accertato quanto segue.**

"La complicanza settica manifestatasi determinò, nel caso della Signora Pt\_1 una maggiore durata dell'invalidità biologica temporanea, rispetto a quanto atteso nei casi di interventi di artroprotesi bicompartimentale di ginocchio senza complicanze di sorta. Generalmente, il quadro clinico post-chirurgico e post-riabilitativo da artroprotesi bicompartimentale di ginocchio si stabilizza in un periodo di circa 90-120 (novanta/centoventi) giorni. Nel caso in esame, sono documentati ricoveri ospedalieri per la cura della c verificatasi, per complessivi 200 (duecento) giorni. Seguirono plurimi cicli di rieducazione funzionale, caratterizzati da significativa riduzione della capacità di attendere alle ordinarie occupazioni quotidiane, in particolare nel periodo successivo alla rimozione della protesi iniziale, quando fu applicato uno spaziatore con cemento antibiotato. In tali fasi, vi furono oggettive impossibilità alla flessione del ginocchio ed una ridotta capacità deambulatoria, concessa per brevi tratti e con ausilio di due stampelle. La durata del periodo in cui fu mantenuto lo spaziatore di cemento antibiotato si protrasse per circa quattro mesi. Una volta impiantata la protesi da revisione, si ebbe una graduale ripresa della deambulazione, con una prolungata fisiochinesiterapia anche ambulatoriale. E' invece verosimile che dopo la dimissione dall'ultimo ricovero del 2014 presso l'Organizzazione\_19 di Cortina, quando fu praticato il riallineamento funzionale chirurgico dell'apparato estensore del ginocchio destro, considerata la durata della fisioterapia praticata in regime di ricovero ospedaliero (circa un mese), le condizioni cliniche della paziente fossero da ritenersi ormai stabilizzate. Quindi, risulta documentata nel caso in esame un'invalidità biologica temporanea causata dalla complicanza verificatasi, per 440 (quattrocentoquaranta) giorni circa, da articolarsi in: - 200 (duecento) giorni di invalidità biologica temporanea totale; - 120 (centoventi) giorni di invalidità biologica temporanea parziale al 75 %; - 120 (centoventi) giorni di invalidità biologica temporanea parziale al 50 %.

Inoltre, quanto al profilo della compromissione permanente il consulente ha osservato che "gli esiti di una protesi da revisione sono in genere qualitativamente inferiori rispetto a quelli di una protesi di primo impianto, vuoi per il maggiore "sacrificio" osseo, vuoi perché la protesi da revisione è strutturata in modo da privilegiare la stabilità rispetto al movimento, con conseguente limitazione funzionale, vuoi perché residuano esiti cicatriziali capsulo-legamentosi secondari alle plurime cruentazioni resesi necessari per la risoluzione del quadro settico ed, ancora, per l'inevitabile maggiore condizione ipomiotrofica (da inattività). A carico della signora Pt\_1 si rileva, inoltre, un accentuato valgismo del ginocchio con conseguenti screzi biomeccanici femoro-rotulei, solo parzialmente corretti con l'intervento di riallineamento femoro-rotuleo effettuato nel 2014. Difatti, come rilevato all'esame radiografico eseguito nel 2016 e più sopra scansito, si evidenziano chiaramente segni di iperpressione rotulea con marcata riduzione dello spazio articolare tra rotula e protesi femorale. Le suddette alterazioni anatomo-patologiche, oramai da ritenersi croniche, condizionano sul piano clinico il perpetuarsi di una rilevante sintomatologia dolorosa, con associata ipomotilità (estensione completa, flessione concessa fino a 75-80° circa invece dei 120° normali) ipomiotrofia dell'arto inferiore per prolungato non uso e ipouso, compromissione della funzione deambulatoria, con necessità di adozione di bastoni. Il quadro clinico descritto è ormai stabilizzato e non più suscettibile di evoluzione

migliorativa spontanea e/o con cure medico-chirurgiche non particolarmente rischiose. Non sono prevedibili ulteriori trattamenti medico-chirurgici futuri. Nel caso in esame, quindi, residuano menomazioni permanenti a carico dell'arto inferiore destro della Signora **Pt\_1** che sono causa di indebolimento dell'integrità psicofisica della paziente, per la cui valutazione si terrà conto dei più accreditati barèmes desumibili dalla letteratura specialistica medico-legale ( **Per\_11** **Per\_12** Consigliere, **Per\_13** **Persona\_14** "Guida orientativa per la valutazione del danno biologico" edita sotto l'egida della **Organizzazione\_20** Milano 2001; **Per\_13** **Persona\_14** **Per\_15**, **Per\_16** "La valutazione medico-legale del danno biologico in responsabilità civile" Milano 2006; **Per\_14** **Persona\_17**, **Per\_18** "Guida alla valutazione medicolegale dell'invalidità permanente", seconda edizione Milano 2015), dalle "Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico" editate dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (Milano, 2016), dalle Tabelle delle menomazioni all'integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità (D. M. del 3 luglio 2003) e tra 10 e 100 punti di invalidità (art.130 del D. Lgs. Del 7 settembre 2005 n°138) e di quelli desumibili dall'esperienza quotidiana medico-forense pluriennale degli Illustri Colleghi CTP e del sottoscritto CTU. Per gli esiti di un'artroprotesi bicompartimentale del ginocchio senza complicanze con recupero dell'autonomia deambulatoria, con una ripresa quasi completa o di media entità dell'escursione articolare, si potrà riconoscere un'invalidità permanente in termini di danno biologico, nella misura mediamente del 17-18 % circa. Nel caso in esame, residua un danno permanente maggiore, causato dalle alterazioni anatomo-patologiche specifiche già descritte, secondarie alla complicanza infettiva verificatasi ed al quadro clinico caratterizzato, rispetto agli esiti favorevoli di una protesi bicompartimentale di primo impianto, da maggiore dolore cronico, da una riduzione della flessione a 70-80° circa, da una più ridotta autonomia funzionale deambulatoria e da una ipomiotrofia marcata del quadricipite femorale, che potrà essere quantificato nella misura del **27-28 % (ventisette-ventotto per cento)** circa, con riferimento ai parametri percentuali elaborati dai suddetti barèmes. Pertanto, **il danno biologico permanente derivato alla Signora **Parte\_1** in conseguenza della complicanza infettiva periprotetica verificatasi, risulta essere pari al 10 % (dieci per cento) circa, quale danno differenziale compreso tra il 17-18 % ed il 27-28 %.**

Quanto agli ulteriori aspetti di carattere patrimoniale il CTU ha precisato quanto segue.

"La paziente al momento dell'intervento chirurgico iniziale era già pensionata per anzianità, non potendosi, pertanto, prospettare alcuna ripercussione negativa del quadro menomativo sulla propria capacità di produrre reddito. Sono da qualificarsi come spese mediche gli esborsi sostenuti, di seguito specificati: ricevuta di visita ortopedica, datata 13 aprile 2011 **Organizzazione\_1** [...] dell'importo di euro 181,81; ricevuta di visita ortopedica, ad opera del Dott. [...] **Per\_19**, esercitante in Messina, datata 18 gennaio 2012, dell'importo di euro 201,81; ricevuta di visita ortopedica, ad opera del Dott. **Persona\_19**, datata 23 settembre 2012, dell'importo di euro 101,81; ricevuta di pagamento ginocchiera (10 febbraio 2013), per un importo pari ad euro 120,00; ricevuta di pagamento per deambulatore ortopedico 2 ruote e 2 Tali + alzatwater (29 marzo 2013): euro 145,01; ricevute di pagamento noleggio carrozzina leggera silver 45 cm (13 aprile 2013, 18.05.2013, 01.06.2013 e 20.07.2013) per complessive €. 356,80; ricevuta di visita medica senza indicazione della branca specialistica, effettuata in data 11 gennaio 2014 presso il **Organizzazione\_21** di Milano, dell'importo di euro 152,00; ricevuta di visita ortopedica da parte della dott.ssa **Per\_20** [...] esercitante in **Org\_3**, datata 9 giugno 2014, dell'importo di euro 102,00; ricevuta di visita specialistica ortopedica, sempre della dott.ssa **Persona\_20** del 12 agosto 2014, per un importo pari ad euro 70,00; radiografia ginocchio, eseguita il 5 agosto 2014, per un importo pari ad euro 22,00; prestazioni di ricovero presso **Org\_16** del 6 novembre 2014, pari ad euro 3, 00. Tali esborsi, dell'importo complessivo di **€. 1456,24**, sono ritenuti congrui nel loro ammontare e si sono resi necessari per la diagnosi e cura della complicazione settica verificatasi, per la rieducazione funzionale post-chirurgica e per sopperire alle limitazioni funzionali del ginocchio destro. La spesa per

visita ortopedica effettuata presso l' *Organizzazione\_1* di Milano in data 25 novembre 2009, dell'importo di euro 161,81, non sarà da ammettersi al risarcimento, trattandosi di prestazione professionale eseguita prima dell'intervento chirurgico di artroprotesi di primo impianto. Sulla spesa documentata con frattura N. 443 del 14 marzo 2011, per un importo pari ad euro 180,00, relativamente a ciclo di 10 sedute piscina a piccolo gruppo, si avanzano concrete perplessità circa il suo inquadramento quale spesa finalizzata al trattamento della complicità infettiva periprotetica verificatasi. Trattasi, infatti, di attività ginnico-sportiva aspecifica, la cui utilità nell'ambito della rieducazione funzionale di un'artroprotesi di ginocchio, potrà essere ammessa qualora si fosse trattato di idrochinesiterapia, eseguita sotto assistenza di fisioterapista ed inserita in un percorso riabilitativo validato da Medico Fisiatra. Non sono prevedibili spese mediche future, essendo il quadro clinico ormai stabilizzato e non suscettibile di miglioramento con cure mediche e/o chirurgiche, con esito prevedibilmente positivo e con rischio accettabile”.

In conclusione il consulente ha accertato la correttezza della indicazione chirurgica, la correttezza della esecuzione dell'intervento; la correttezza della presa in carico della infezione una volta diagnosticata. Avendo il CTU qualificato l'infezione accertata come di origine nosocomiale ha quindi affermato che pur non risultando comprovate condotte attive o omissive del Personale Medico operante presso la Struttura Sanitaria convenuta che possano essere causalmente correlabili ai danni subiti dalla paziente, “resta da valutare il pieno rispetto da parte della Struttura ( *Organizzazione\_13* [...] delle norme di profilassi delle infezioni ospedaliere”.

### **Le conclusioni cui è giunto il consulente sono del tutto condivisibili.**

Come si è cercato di far emergere riportando diversi passaggi integrali della relazione di consulenza tecnica il dott. *Per\_3* ha richiamato l'integrale documentazione sanitaria agli atti, l'ha esaminata approfonditamente e nel pieno contraddittorio delle parti ( esaminando distintamente le note e deduzioni dei consulenti tecnici di parte) ed ha fornito argomentate considerazioni (delle quali ha richiamato di volta in volta la bibliografia) del tutto convincenti oltre che resistenti alle considerazioni critiche delle controparti.

A questo proposito vale osservare come il dott. *Per\_3* abbia adeguatamente contrastato l'argomentazione relativa alla controindicazione all'intervento di artroprotesi al ginocchio consistente nella obesità di marcata entità sottolineando, con specifico richiamo alla letteratura scientifica richiamata in relazione, come l'obesità marcata sia un fattore di rischio e non una controindicazione; quest'ultima risiedendo nelle sole infezioni in atto o recenti, in patologie sistemiche con rischio chirurgico anestesicologico tali da compromettere gli equilibri vitali o da provocare un prevedibile peggioramento ( pag. 95 delle risposte alle osservazioni tecniche dei CTP); che per la pregressa storia clinica attinente il profilo della gonartrosi, già curata con terapia conservativa e indicazioni di dimagrimento, l'indicazione chirurgica era corretta alla luce del quadro di avanzata **artrosi tricompartimentale** del ginocchio destro, con evidente marcato restringimento degli spazi articolari (specie di quello femoro-tibiale mediale), moderata sclerosi sottocondrale, osteofitosi di moderata entità, inquadrabile secondo la classificazione delle gonartrosi di *Persona\_6* come di grado 3°/4°.

Allo stesso modo è stata contrastata l'argomentazione in ordine al non corretto fissaggio della protesi ed alla sua mobilitazione; alla luce delle indicazioni offerte dalla letteratura scientifica della *Org\_22* citata alla pag. 97 delle risposte alle osservazioni critiche il consulente dell'ufficio ha spiegato chiaramente come la verifica dell'impianto protesico abbia evidenziato un allineamento della protesi nell'ambito della media dei risultati corretti ( le linee di radiolucenza pari od inferiori a 1 mm non possono infatti considerarsi significative); analogo ragionamento di non rilievo scientifico è stato svolto con riguardo ai presunti millimetrici spostamenti della componente femorale della protesi; l'ipotesi di uno scollamento asettico dei componenti protesici è risultata poi sconsigliata dai rilievi

effettuati durante l'intervento di sostituzione della protesi. La scelta della protesi impiegata e la tecnica chirurgica adottata nel corso dell'intervento chirurgico di impianto artroprotesi del ginocchio destro, eseguito in data 04 novembre 2010, sono state giudicate coerenti con quanto indicato dalle linee guida e dall'esperienza chirurgica in materia precisando quali siano i criteri di valutazione di una protesi appena impiantata ( corretto allineamento dei neocapi articolari protesici, rispetto agli assi meccanici e anatomici dell'arto inferiore, corretta perpendicolarità delle superfici di osteotomia con l'asse meccanico sul piano frontale e corretto *slope* (inclinazione posteriore) dell'osteotomia tibiale in proiezione laterale) evidenziando come tutti i criteri ricordati contentano di apprezzare un corretto ripristino degli assi anatomici e meccanici, oltre ad un adeguato dimensionamento degli elementi protesici, posto che non sono menzionati nei referti clinici, reperti di lassità legamentose post-chirurgiche.

Quanto all'addebito di mancato/tardivo riconoscimento della infezione in corso il consulente ha accertato, preliminarmente, il fatto oggettivo del riscontro della infezione all'atto della revisione chirurgica del 2013. A fronte di tale dato, peraltro riconoscibile nell'indagine quale dato ex post, il consulente ha proceduto analiticamente alla ricostruzione dei segnali di allarme in base ai quali l'infezione si sarebbe potuto riconoscere.

All'esito di tale indagine il CTU ha accertato che nessun segnale realmente significativo della esistenza di una infezione periprotetica era apprezzabile prima della revisione chirurgica del 2013, tenuto conto che il tema della sindrome dolorosa da protesi è tema complesso e di difficilissima risoluzione e che i risultati ematologici di PCR e VES non assumono valenza significativa.

In primo luogo è stato rilevato come non furono descritti segni di mobilitazione degli elementi protesici, che apparvero ben adesi alla compagine scheletrica; gli esami colturali del liquido sinoviale e quelli istologici della sinovia, esclusero segni di infezione articolare con sinovite settica. In secondo luogo si è dato atto dei numerosi esami posti in essere; gli esami ematochimici e seriate scintigrafie con leucociti marcati, eseguiti a più riprese, non evidenziarono con certezza segni di infezione, in piena conformità con i rilievi colturale e istologico approntati in sede di indagine artroscopica del 2011. Ciò che nel caso di specie emergeva con nitidezza era la persistente sintomatologia dolorosa presentata dalla paziente ma poiché la diagnosi di infezione protesica si fonda sul piano clinico e dell'operatività quotidiana, sui seguenti segni oggettivi: dolore, gonfiore, arrossamento, termotatto positivo, febbre o febbricola, positività degli esami ematochimici specifici (globuli bianchi, VES, PCR, interleuchina 6, conta dei leucociti nel liquido sinoviale), radiografie, scintigrafia, PET, TAC RMN, in assenza di un quadro completo non poteva essere ragionevolmente postulata una ipotesi diagnostica di tal genere.

L'indagine svolta dal consulente tecnico consente di evidenziare dunque come l'infezione manifestatasi nel febbraio 2013 all'atto della revisione chirurgica non fosse rilevabile antecedentemente neppure ad una valutazione approfondita e specifica. Il consulente ha infatti elencato dettagliatamente come, pur a fronte del dolore acuto e continuo patito dalla attrice, gli accertamenti pur disposti non fossero stati in grado di identificare la causa infettiva in ragione della sua "latenza", precisando altresì che le infezioni di questo tipo sono le più temute nel settore degli interventi protesici perchè in grado di sfuggire ai criteri ordinari di riconoscimento.

Il procedimento analitico seguito dal dott. *Per\_3* merita dunque completa adesione laddove ha ricondotto l'infezione, una volta manifestatasi chiaramente, ex post all'intervento di artroprotesi al ginocchio del 2010. Solo una volta accertata la natura della infezione è stato quindi possibile ricostruire la sua genesi, facendo emergere i segnali che ne hanno contraddistinto il sorgere ancorchè di non facile riconoscimento ex ante.

Tale difficile ricostruzione pur in grado di accertare con criterio del più probabile che non il momento di contrazione dell'infezione nell'intervento chirurgico cui l'attrice si è sottoposta, proprio per la necessità di utilizzare in tale indagine un fatto successivo ( l'evidenza della infezione) manifestatosi in un momento ben successivo all'operato dei sanitari, consente di escludere qualsiasi

addebito di colpa in capo ai medici avuto riguardo alla contrazione dell'infezione e, soprattutto, al dedotto ritardo nel suo riconoscimento.

Viceversa fonda l'addebito di responsabilità in capo alla struttura essendo provato il nesso causale della riconducibilità della contrazione dell'infezione all'intervento di artroprotesi.

La tesi in base alla quale la sig.ra **Pt\_1** ricoverata successivamente anche presso altre strutture, ivi avrebbe potuto contrarre l'infezione è stata smentita dal consulente tecnico che, in modo argomentato e non scalfito dalla diversa ricostruzione della difesa della parte convenuta, ha evidenziato i segnali di allarme già a far tempo dall'immediato periodo successivo e cioè a distanza di poco meno di sette mesi dall'intervento chirurgico quando i Curanti Ortopedici eseguirono un'artroscopia.

Va segnalato che gli interventi eseguiti sulla sig.ra **Pt\_1** furono numerosi e differenziati per approccio di modo che la ricostruzione in ordine alla latenza dell'infezione ed alla giustificata attesa prima di procedere alla rimozione della protesi può considerarsi congrua e priva di addebito di negligenza. Del resto il dott. **Per\_3** ha ben chiarito come gli indici di evidenza di una tale infezione siano codificati dalla letteratura scientifica e non ricorrevano nel caso di specie.

Ora, la doglianza in ordine alla sussistenza di una omessa adeguata procedura da parte di **Org\_1** al fine di evitare la contrazione di infezioni ospedaliere è stata fin dalle prime batture lamentata dalla parte attrice; ne consegue che non può considerarsi una novità quella in ordine al rilievo da parte del consulente dell'ufficio della mancanza di adozione di procedure idonee a prevenire dette infezioni che costituisce difesa, pur subordinata alla contestazione in ordine alla contrazione dell'infezione presso la struttura, certamente subordinata.

A fronte di tale deduzione la difesa di parte convenuta avrebbe dovuto porre come basilare e principale argomento difensivo proprio quello di avere adottato tutte le cautele volte ad evitare in prevenzione la contrazione dell'infezione.

In assenza di tale documentazione (nonché della prova della comunicazione agli operatori delle procedure necessarie e della prova del loro controllo sul campo), la struttura sanitaria non può dirsi avere assolto all'onere della prova su di sé gravante e cioè che l'infezione sia stata dovuta a causa a sé non imputabile.

La consapevolezza che vi sia un margine di rischio non eludibile anche con l'adozione delle procedure più corrette ed il loro controllo sul campo non impedisce di rilevare come, nel caso di specie, non sia stata data la prova che tutte le procedure attinenti il rispetto delle norme di igiene ambientale e delle procedure relative alla sala operatoria ed alla gestione dei reparti di degenza fossero state adottate e controllate nella loro successiva esecuzione da parte del personale sanitario.

Può dunque in definitiva affermarsi sussistente una negligenza in capo alla struttura sanitaria per omessa adozione delle misure necessarie ad evitare il verificarsi dell'infezione.

A tale eziologia, del resto, non risultano poste valide alternative da parte della struttura convenuta di modo che allo stato, tale ricostruzione, appare oltre dotata di alta probabilità l'unica in concreto prospettata.

Quanto alla individuazione e quantificazione della lesione all'integrità psicofisica conseguente alla infezione il consulente ha accertato trattarsi di una situazione "cristallizzata" che tiene conto della circostanza che gli esiti di una protesi da revisione sono in genere qualitativamente inferiori rispetto a quelli di una protesi di primo impianto, vuoi per il maggiore "sacrificio" osseo, vuoi perché la protesi da revisione è strutturata in modo da privilegiare la stabilità rispetto al movimento, con conseguente limitazione funzionale, vuoi perché residuano esiti cicatriziali capsulo-legamentosi secondari alle plurime cruentazioni resesi necessari per la risoluzione del quadro settico ed, ancora, per l'inevitabile maggiore condizione ipomotrice (da inattività); a ciò si aggiunge un accentuato valgismo del ginocchio con conseguenti screzi biomeccanici femoro-rotulei, solo parzialmente corretti con l'intervento di riallineamento femoro-rotuleo effettuato nel 2014 (si evidenziano chiaramente segni

di iperpressione rotulea con marcata riduzione dello spazio articolare tra rotula e protesi femorale). Tali complessive alterazioni anatomico-patologiche, oramai da ritenersi croniche, condizionano sul piano clinico il perpetuarsi di una rilevante sintomatologia dolorosa, con associata ipomotilità (estensione completa, flessione concessa fino a 75-80° circa invece dei 120° normali) ipomiotrofia dell'arto inferiore per prolungato non uso e ipouso, compromissione della funzione deambulatoria, con necessità di adozione di bastoni sono state valutate nella misura del 10 % in termini differenziali rispetto a quanto sarebbe comunque residuo in ipotesi di intervento senza complicazioni infettive (calcolato dal CTU nei termini del 17 – 18 % a fronte di un danno accertato nella misura del 27-28%).

La difesa di parte attrice ha contestato tale accertamento sottolineando come in realtà la lesione sia ben più grave considerando il processo di osteomielite ormai cronicamente in corso. A tal fine ha prodotto nuova certificazione attestante gli esiti di una nuova scintigrafia nel cui referto si precisa proprio quale diagnosi quella di sospetta osteomielite e, in comparsa conclusionale, ha segnalato che tale esame era stato già svolto nel corso della vicenda clinica della attrice, a dimostrazione della sua importanza sotto il profilo diagnostico ( e che esso già aveva dato quale sito proprio l'analogo sospetto di osteomielite).

Le risposte offerte dal CTU, richiesto di integrare la perizia proprio sul punto, appaiono peraltro convincenti.

La allegata osteomielite cronica del femore distale è stata recisamente esclusa dal CTU in quanto non confermata da rilievi clinici o strumentali ed essendo del tutto risolta l'infezione delle parti molli e risoluzione dell'infezione ossea. A seguito dell'acquisizione di un referto di scintigrafia eseguita in data 25.11.2016 e non sottoposto fin dall'inizio all'esame del CTU, è stata eseguita una integrazione della indagine peritale sul tema relativo alla attuale situazione psico fisica della sig.ra

Pt\_1

Il CTU, al proposito, ha affermato quanto segue.

“In primo luogo, va ribadito che la diagnosi di infezione protesica e quindi di **osteomielite** nei capi ossei periprotetici, non sempre è semplice o scontata. Infatti, la diagnosi di infezione periprotetica, *alias* osteomielite, dei capi ossei periprotetici, si fonda su rilievi clinici tipici delle infiammazioni settiche, ossia *tumor, rubor, calor, dolor, functio laesa*, secrezione sierosa o purulenta, fistole, sul rilievo patologico di esami ematochimici e di laboratorio, su esami strumentali e soprattutto sull'identificazione, dai liquidi organici e dagli esami di laboratorio, di un germe/batterio, responsabile dell'infezione. NON ESISTE UN SOLO ESAME IN GRADO DI DIAGNOSTICARE ACCURATAMENTE E CON PRECISIONE SCIENTIFICA ASSOLUTA UN'INFEZIONE IN TUTTI I CASI. Cercheremo di fare un'analisi critica dei più importanti rilievi patologici che possono far pensare ad un'infezione ossea o comunque periprotetica. La PCR e la VES (due esami ematochimici che se di valore elevato possono essere indici di infiammazione che può essere settica o asettica, cioè da infezione o da infiammazione non originata da infezione da batteri) secondo Fink B et al. ( J. Bone Joint Sug. Br. 2008, 90: 874-8) sono da valutarsi come segue: **una PCR normale non esclude un'infezione ed una PCR elevata può dipendere da una patologia non osteoarticolare infettiva**. Va precisato che negli ultimi anni si esegue anche il dosaggio dell'IL6 (INTERLEUCHINA 6) per verificare se vi sia un'infiammazione rilevante. Orbene, nel caso in esame è stata rilevata una PCR con valori superiori alla norma, in presenza di una VES compatibile con l'età e in assenza di un dosaggio dell'IL6; quindi, non possiamo con certezza concludere che gli esami ematochimici fattibili fossero indicatori di una possibile flogosi con un grado di probabilità qualificabile come “più probabile che non”. Come già detto e scritto nell'Elaborato di CTU, radiografie e TAC eseguite dopo l'intervento di sostituzione della protesi di ginocchio infetta, non evidenziarono linee di radiolucenza, di osteolisi focali, mobilitazione e migrazione dell'impianto. Non fu descritta la presenza di fistole. Non risulta che i Curanti, dopo la dimissione della Paziente [REDACTED] Org\_16 di Cortina, ossia dopo il 2014, abbiano praticato un'artrocentesi (puntura evacuativa di articolazione) dal ginocchio protesizzato per il sospetto di una raccolta di liquido sinoviale, meritevole di esame colturale

ed antibiogramma. Non sono state eseguite ulteriori biopsie per esami istologici o per ricerca di batteri nell'osso periprotetico. Circa il valore della scintigrafia nella ricerca di infezioni ossee (osteomielite) primitive e/o periprotetiche, va ribadito quanto riportato a pagina 34 del testo *“Fondamenti di medicina nucleare”* (Volterani, Erba e Mariani, ed. Springer, 2010): ***“Tuttavia, a questa spiccata sensibilità dell'indagine medico-nucleare per alterazioni precoci della malattia raramente corrisponde un altrettanto rilevante specificità per una determinata malattia”***. In altre parole, la scintigrafia ossea evidenzia con facilità alterazioni patologiche ma non riesce a definire la patologia. Sempre i succitati Autori, a pagina 387, rilevano: *“L'accuratezza globale della scintigrafia nella valutazione di patologia a carico della protesi è del 50-70 %”* e sostengono poi che una scintigrafia ossea negativa è quasi diagnostica, mentre una scintigrafia ossea positiva non è sufficiente per porre una diagnosi. Proseguono, poi, sostenendo: *“Nelle protesi di ginocchio è possibile osservare ipercaptazione per più anni dall'impianto, nel 63 % dei casi per la componente femorale e nel 89 % per quella tibiale”*; più avanti si legge che bisogna *“poter distinguere l'aumento della captazione causato da un focolaio infettivo da quello dovuto ai processi di rimodellamento osseo ... Dopo il posizionamento di supporti ortopedici la sensibilità della scintigrafia si riduce del 67 % e la specificità del 50 %”*. Questa sintetica premessa indica con chiarezza che **il valore della scintigrafia nella diagnosi dell'infezione periprotetica non è assoluto**, anzi, indica solo la presenza di un rimodellamento osseo che può non essere normale o può deviare dalla norma, ma **non necessariamente legato ad infezione**. Come è ben noto, negli esiti dei reimpianti di artroprotesi è sovente il riscontro di un'attività osteoblastica disordinata “anomala” dell'osso periprotetico, già patologico prima del reimpianto. Occorre precisare che, nel caso di specie, non risultano essere state prodotte le immagini dell'indagine scintigrafica che avrebbero – tutt'al più – permesso di operare un'analisi ancora più precisa, atta a valutare la corrispondenza degli accumuli patologici di radiotracciante con quelli osservati nei reimpianti protesici, nonché gli indicatori di un'attività osteoblastica disordinata o espressione di possibile infezione. La scintigrafia non può, comunque, dire altro e va necessariamente integrata con i rilievi emergenti dagli esami di laboratorio, dalle radiografie, dalla TAC, dalla RMN e dall'esame clinico. Se oltre ad una scintigrafia evidenziante un accumulo anomalo di radiotracciante, si fosse osservata una fistola secernente e fosse stata eseguita dai Curanti un'artrocentesi che avrebbe dato esito a pus o liquido sieroso, con conseguente isolamento di un batterio, saremmo di fronte ad un tipico quadro clinico flogistico e/o settico, ulteriormente comprovato dai rilievi scintigrafici. Come sostenuto dagli Illustri Esperti di Medicina Nucleare, la scintigrafia avrebbe avuto un ruolo diagnostico rendendo pochissimo probabile l'infezione, qualora fosse stata negativa (cioè se non avesse mostrato accumulo anomalo di radiotracciante), nel caso di un quadro clinico con evidente infiammazione articolare. Con ragionamento controfattuale, si può concludere che se non vi fosse infezione, la scintigrafia ossea sarebbe potuto essere positiva lo stesso? **Sì**, perché è esame che indica **accumulo anomalo di radiotracciante nell'osso**, ma non ne specifica la causa, se da infezione o da altri fattori (rimodellamento disordinato abnorme dell'osso periprotetico da ripetute aggressioni chirurgiche e da qualità ossea non più ideale). Quindi, i dati scintigrafici e di laboratorio prodotti dopo la conclusione delle operazioni di CTU medico-legale e il deposito dell'Elaborato, non sono tali da modificare la diagnosi formulata circa le menomazioni permanenti residue nel caso in esame e cioè diagnosi di protesi di ginocchio da revisione dolorosa, in assenza di infezione periprotetica in atto al momento della visita medicolegale, con un criterio di elevata probabilità clinico-scientifica. Va, altresì, ribadito che nell'ipotesi non suffragata da dati clinico-laboratoristici e strumentali (radiografie, TAC e scintigrafia) coerenti e concordi nel senso di un'infezione ossea periprotetica, definibile come osteomielite anche in assenza di segni di certezza (nelle linee guida del primo consensus meeting mondiale sulle infezioni periprotetiche - Philadelphia 2013 - , i cui risultati sono stati riportati in sintesi nel Focus in argomento di Persona\_10 [...] Controparte\_33 2015; 41:96-118 - , a pagina 106 si legge che l'infezione periprotetica è manifesta quando si hanno: - due colture periprotetiche positive con organismi

fenotipicamente identici oppure - una fistola in comunicazione con l'articolazione oppure - quando sono positivi due dei seguenti criteri minori di diagnosi: PCR e VES elevate, elevato numero di globuli bianchi nel liquido sinoviale, elevata percentuale di neutrofili polimorfonucleati nel liquido sinoviale, analisi istologica positiva del tessuto in sede periprotetica, una coltura unica positiva) si dovrebbe procedere con l'espanto della protesi e si dovrebbe realizzare un'artrodesi di ginocchio (cioè una fusione ossea dei capi osteoarticolari di tibia, femore, rotula con perdita della mobilità articolare e eventuale accorciamento dell'arto inferiore). Una menomazione permanente da artrodesi di ginocchio è tabellata, con accordo unanime tra i vari barèmes medico-legali, con un valore percentuale pari al 25 %. Tale valore potrebbe essere aumentato ad un 27-28 %, tenendo conto di un presumibile accorciamento dell'arto inferiore per perdita ossea legata agli interventi di artroprotesi. Quindi, la valutazione dell'indebolimento dell'integrità psicofisica della persona dell'Esaminata, legata al danno permanente al ginocchio, non si modificherebbe”

Ora, la lesione all'integrità psicofisica conseguente alla infezione deve potersi valutare alla stregua di una situazione “cristallizzata”, che tiene conto di una compromissione per l'appunto non più “in corso” verso forme anche più gravi se non sotto il profilo della alta probabilità, confermata da dati diagnostici dotati di particolare validità scientifica.

Allo stato e sulla base dei dati diagnostici forniti non può affermarsi con il necessario grado di alta probabilità che sussista un processo di osteomielite ormai cronicamente in corso, come sostenuto dalla difesa sulla scorta della sola indagine scintigrafica.

Le risposte offerte dal CTU, richiesto di integrare la perizia proprio sul punto, appaiono infatti convincenti.

Egli si è concentrato in primo luogo sullo strumento di indagine utilizzato, segnalandone la non perfetta precisione di accertamento; dall'altro ha evidenziato come una infezione cronica protesica comporterebbe una sostituzione della protesi al ginocchio con scarsa differenza sotto il profilo della valutazione medico legale di compromissione della integrità psicofisica.

Sebbene quest'ultima osservazione, fortemente criticata dalla difesa attorea, in effetti appaia scarsamente convincente alla luce delle caratteristiche dell'osteomielite, non semplicemente eliminabili con una sostituzione della protesi, merita senza dubbio adesione il profilo relativo alle caratteristiche di accertamento diagnostico della scintigrafia.

La paziente è stata sottoposta a numerosi accertamenti prima dell'introduzione del presente giudizio, a visita medico legale e quindi, successivamente all'esito dell'elaborato peritale, a nuova scintigrafia.

Le indagini in ordine alla patologia che nella attrice si è cristallizzata si sono svolte su molteplici fronti e non hanno mai portato ad una attuale definizione della lesione nei termini indicati dalla difesa. Del resto, come ha sottolineato la difesa di parte attrice, la sig.ra Pt\_1 era stata già sottoposta a diverse scintigrafie che tuttavia non avevano segnalato altro che sospetti e che per tale limitato profilo di accertamento erano state valutate.

In assenza di una valutazione oggettiva e certa nella attualità, gli elementi offerti in questa sede non consentono di affermare con la dovuta certezza che la patologia in atto sia quella di una osteomielite, infezione che colpisce il tessuto osseo in modo consistente e con gravi conseguenze.

Non è escluso che la progressione della patologia possa, a distanza di tempo, produrre questo risultato ma, allo stato, non può affermarsi che tale patologia di svilupperà con quella alta probabilità che potrebbe fondarne il riconoscimento anche in questa sede.

La compromissione accertata è dunque quella valutata ed apprezzata dal consulente dell'ufficio e quindi pari al 10% ( nel range indicato).

Con riguardo alla quantificazione del periodo di inabilità temporanea va svolta una precisazione.

Il CTU – sul presupposto che una convalescenza “ordinaria” avrebbe compreso un periodo di circa 90/120 giorni di inabilità e che il decorso anomalo determinatosi nella paziente concretizzò un

aggravamento sotto il profilo dell'allungamento temporale della convalescenza - ha accertato un periodo pari a 440 (quattrocentoquaranta) giorni circa, da articolarsi in: - 200 (duecento) giorni di invalidità biologica temporanea totale; - 120 (centoventi) giorni di invalidità biologica temporanea parziale al 75 %; - 120 (centoventi) giorni di invalidità biologica temporanea parziale al 50 %.

Il tema è stato trattato anche in sede di integrazione poiché la difesa aveva segnalato che, avendo il CTU fissato quale momento di definitiva cristallizzazione del postumo quello delle dimissioni avvenute nel luglio 2014, ben maggiore doveva considerarsi il tempo della inabilità temporanea se decorrente dalla data dell'intervento del 2010.

La risposta data dal consulente appare tuttavia errata sotto un profilo di calcolo numerico atteso che la somma delle diversi segmenti temporali riassunti dallo stesso consulente con riguardo ai vari ricoveri porta ad un risultato di gg. 335 e non di 200, anche tenendo conto del periodo che sarebbe stato attendibile in relazione ad un intervento ben riuscito ( stimato per la fase del ricovero in 45 giorni dal consulente); ne consegue che ben potendosi affermare che al ricovero corrisponda una inabilità temporanea assoluta si può riconoscere come periodo di inabilità temporanea assoluta riconducibile alla contrazione dell'infezione un periodo di gg 290 gg; un ulteriore periodo di gg. 100 ( 140-40) di inabilità temporanea al 75% ed un ulteriore periodo di gg. 100 (140-40) di inabilità temporanea al 50%.

Per un totale di giornate di inabilità pari a 615 gg. Vale tuttavia osservare che se i postumi si sono cristallizzati alla data del luglio 2014, data da considerare nel calcolo per la inabilità da postumo permanente, ciò vuol dire che fino a quel momento è residua comunque una fase di inabilità temporanea, pur più lieve ma comunque sussistente.

Si ritiene equo dunque aggiungere al periodo indicato dal consulente un ulteriore periodo di inabilità temporanea al 10% per la durata residua di gg. 845 al 10%.

Quanto al danno patrimoniale sono stato accertati come riconducibili alla contrazione dell'infezione esborsi per spese mediche pari ad €. 1456,24. Da tale importo risulta escluso, ingiustificatamente, l'importo di euro 180,00 per sedute di piscina a piccolo gruppo; tenuto conto della necessità di mobilitare il ginocchio tale esborso appare collegato alla iatrogena evoluzione dell'intervento.

Non possono invece considerarsi congrui gli esborsi per "parere medico legale" in favore del dott. *Per\_21* ammontanti complessivamente ad euro 8.540,00. Sebbene tali esborsi siano documentati e presentino un collegamento con la vicenda clinica della attrice, essi tuttavia non appaiono congrui se si considera che il parere medico legale ( prima dell'introduzione del giudizio, come nel caso di specie) è volto all'accertamento di una possibile causa iatrogena e si distingue dalle spese per visita medica ortopedica ( i cui esborsi sono invece stati riconosciuti).

Ne consegue che a tale titolo può essere riconosciuto il minor importo di euro 980,00 pari ad una delle numerose fatture ( la cui duplicazione non appare giustificata). Tale esborso risulta peraltro sostenuto dal coniuge sig. *Parte\_1* e a tale soggetto andrà dunque rimborsato.

In conclusione possono essere riconosciute spese mediche per l'importo complessivo di **euro 1.636,24.**

Quanto all'ulteriore danno avente natura patrimoniale e legato al profilo della incapacità lavorativa specifica si rileva, concordando con quanto peraltro evidenziato dal CTU, che la sig.ra *Pt\_1* era al tempo dell'intervento pensionata e che dunque non può ritenersi sussistente alcun detrimento di carattere economico legato alla prestazione di una attività lavorativa.

Non sono state ritenute necessarie, con il criterio della elevata probabilità di esborso, spese mediche future; il giudizio merita adesione alla luce della tipologia di lesione accertata, della percentuale accertata in via differenziale e della mancata prova in ordine alla riconducibilità di eventuali spese alla componente iatrogena invece che a quella naturalmente residuale.

### La liquidazione del danno

La quantificazione della percentuale di compromissione evidenziata dal consulenti dell'ufficio merita totale condivisione anche perché ancorata a indici e barèmes medico legali di fonte ampiamente riconosciuta.

La quantificazione della compromissione è stata posta dal consulente in termini differenziali avendo parte della stessa causa non iatrogena; nella individuazione del danno risarcibile è infatti necessario circoscrivere con rigore eziologico quest'ultimo alla condotta colposa accertata pena attribuire indebitamente parte del danno ad una causa che risulta in concreto estranea.

Il tema del danno differenziale è tema complesso che, nel caso di specie, si caratterizza per intervenire su una sostanzialmente identica componente funzionale della persona, la funzionalità dell'arto sinistro.

La Suprema Corte ha sul punto affermato il principio in base al quale sia necessario *“accertare, sul piano della causalità materiale (...) l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (...) così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica (rettamente intesa come relazione tra l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili all'esito prodottesi) onde ascrivere all'autore della condotta, responsabile tout court sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì determinate dal fortuito, come tale da reputarsi la pregressa situazione patologica del danneggiato che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario”* (v. Cass. n. 15991/2011).

Il Tribunale di Milano ha già avuto modo di affrontare la questione sottolineando, con argomentazioni totalmente condivise da questo giudice, come *“non può farsi gravare sul medico, in via automatica, una misura del danno da risarcirsi incrementata da fattori estranei alla sua condotta, così come verrebbe a determinarsi attraverso una automatica applicazione di tabelle con punto progressivo, computato a partire, in ogni caso, dal livello di invalidità preesistente”* (Tribunale Milano, giudice Bichi, sent. 30.10.2013).

Pertanto, alla luce dei sopra richiamati principi, alla struttura convenuta potrà essere addebitato esclusivamente il danno dalla stessa provocato, che ha dunque un'incidenza complessiva sull'integrità psico-fisica globale dell'attore una percentuale di danno pari allo scarto differenziale tra la percentuale attuale di compromissione ( del 27-28% ) e quella che sarebbe comunque residuata a seguito della frattura e della lussazione ( pari al 17-18%), dunque una frazione percentuale pari al 10%..

La Suprema Corte di Cassazione, seppure in materia non identica ma omogenea, ha offerto quale criterio liquidativo quello della differenza di valori piuttosto che di percentuali ( si veda Cass. Sez. 6 - 3, **Ordinanza n. 25327** del 12/12/2016 (Rv. 642318 - 02) ); tale criterio non appare convincente alla luce della circostanza che tale operazione opererebbe un calcolo di valori che presuppongono una compromissione della integrità psicofisica non imputabile ai sanitari ma derivante da cause esterne (la naturale menomazione conseguente alla riparazione di una gonoartrosi).

Nel caso in esame risulta che, rispetto alla complessiva invalidità di Parte\_1 (pari al 27-28 %), l'entità del danno iatrogeno riferibile all'erronea attività della convenuta può essere quantificato nella minore misura del 10% poiché la particolarità dell'intervento correttivo avrebbe comportato un postumo comunque anche in ipotesi di intervento ben riuscito del 17-18%.

Alla luce dei sopra richiamati principi, se alla struttura convenuta va addebitato esclusivamente il danno dalla stesa provocato, che ha inciso sulla complessiva sull'integrità psico-fisica globale dell'attore nella misura del 10%, esso deve essere calcolato in termini risarcitori partendo dal punto “0”; in caso contrario si attribuirebbe alla responsabilità dei sanitari un maggior danno in termini quantitativi data da una circostanza non ricollegabile all'operato dei sanitari.

Il dato indicato, concernente la misura del danno, va poi successivamente, rimodulato – mediante adeguata personalizzazione – per adeguarlo alla situazione concreta della parte danneggiata.

Ritenendosi equo effettuare la liquidazione assumendo come parametro utilizzando i parametri indicati dalle Tabelle dell' *Organizzazione\_23* di Milano – aggiornamento 2018, parametro di riferimento idonea alla luce della considerazione di età, percentuale di lesione e previsione di vita, avuto riguardo all'età dell'attrice al momento della stabilizzazione degli esiti temporanei successivi all'intervento del luglio 2014 (65 anni), devono liquidarsi all'attrice, a titolo di danno non patrimoniale, l'importo di **euro 18.995,00** ( importo calcolato calcolando il punto percentuale del 10% su soggetto di anni 65).

Va altresì calcolato un ulteriore aumento in relazione alla personalizzazione nella misura del 35% di tale importo ( pari ad euro 6.648,25) in ragione dell'allegato particolare riflesso sulla vita di relazione della signora *Pt\_1* Fin dall'atto introduttivo la difesa ha segnalato come la sig. *Pt\_1* fosse persona attiva, dedita a molteplici attività di carattere sociale, fosse appassionata al ballo ( essendo tesserata del Centro sociale *Org\_2* del *Organizzazione\_3* e si dedicasse a passeggiate e a gite organizzate avendo particolare interesse alla attività escursionistica. Tali circostanze, non specificatamente contestate dalla difesa di parte convenuta, sono allo stato precluse e, in quanto espressione di una particolarissima espressione della personalità della danneggiata, non propriamente riconducibile alla ordinarietà delle attività della persona umana, giustificano una particolare personalizzazione del danno. Vale anche osservare che la prolungata necessità di sottoporsi a cure e ricoveri ospedalieri ha costretto la sig.ra *Pt\_1* a trasferirsi dalla città di [REDACTED] con ciò determinandosi una effettiva modificazione delle abitudini di vita incidente anch'essa sulla componente dinamico relazionale della persona.

Tale importo, per la cui monetizzazione si è fatto riferimento alle tabelle milanesi aggiornamento del 2018, ricomprende in un'ottica di unitarietà del danno anche della ordinaria sofferenza morale legata alla compromissione in esame; la difesa ha tuttavia evidenziato un profilo di danno morale particolare che da un lato consente di ritenere sussistente detta componente di danno e dall'altro rende necessario un discostamento rispetto a tale parametro avendo segnalato la particolare sofferenza legata al rilevante dolore fisico sopportato ( del quale vi è chiara traccia nella documentazione medica ) prolungato per diversi anni.

Questo Giudicante non è estraneo al complesso dibattito che ha riguardato la posta risarcitoria in questione né tantomeno è indifferente alla consueta “unificazione” del danno morale a quello biologico (si pensi, in tal senso, alla circostanza che i valori tabellari milanesi concernenti il danno da lesione all'integrità psico-fisica “contengono” , nella versione attuale, una percentuale di danno morale e ciò in ragione del fatto che, per dato condiviso dalla scienza medico-legale, una condizione di disagio interiore è normalmente e ragionevolmente assorbita dalla lesione alla salute). In adesione alle più recenti pronunzie della Corte di legittimità ( cfr sentenza n. 901/2018) che, mediante un'interpretazione sistematica, approdano alla definitiva scorporazione del danno morale da quello biologico, può ritenersi che nel caso di specie vi siano elementi che conducono a ritenere sussistente una componente di danno riferibile al danno morale superiore rispetto a quella “media” già riconosciuta nel valore di punto tabellare . Tale maggiore quota consente di operare un aumento sul danno fino ad ora liquidato del 20% ( pari ad euro 3.799,00).

Avuto riguardo alla inabilità temporanea, richiamati i periodi accertati come in motivazione, individuato il criterio giornaliero di liquidazione nella somma di euro 98,00 come da parametro tabellare può liquidarsi la somma complessiva di **euro 48.951,00**.

In definitiva il danno patito dall'attrice in relazione alla condotta iatrogena accertata ammonta a complessivi **euro 78.393,25 oltre spese per euro 1.636,24**.

Su tale importo liquidato al valore attuale della moneta (con riferimento al danno non patrimoniale) non possono essere riconosciuti i c.d. interessi (legali) compensativi con decorrenza dall'illecito (alla luce dell'insegnamento risalente a Cass. Sez. Un. 17/2/1995 n.1712), giacché si verte

in tema di debito di valore. Si ritiene tuttavia, in considerazione del lungo lasso di tempo trascorso dall'illecito (dal 2010 sono decorsi 9 anni), che vada riconosciuta al danneggiato un'ulteriore somma a titolo di lucro cessante provocato dal mancato tempestivo risarcimento del danno da parte dei responsabili (e conseguentemente dalla mancata disponibilità dell'equivalente pecuniario spettante al danneggiato), potendo ragionevolmente presumersi che il creditore ove avesse avuto la tempestiva disponibilità della somma spettante l'avrebbe certamente impiegata in modo fruttifero. Ai fini della liquidazione equitativa del lucro cessante derivato dal mancato tempestivo risarcimento per equivalente si ritiene di far ricorso al criterio degli interessi legali (compensativi) da calcolarsi sull'importo riconosciuto e "devalutato" fino all'illecito e poi "rivalutato" annualmente con l'aggiunta degli interessi legali fino alla decisione giudiziale ovvero sul capitale "medio" rivalutato, pure sovente adottati dalla giurisprudenza. Sulla somma così risultante, corrispondente all'intero danno risarcibile liquidato a parte attrice, sono altresì dovuti gli interessi al tasso legale sino al saldo e con decorrenza dalla data della presente pronuncia, coincidente con la trasformazione del debito di valore in debito di valuta.

### *Il consenso informato*

La difesa della attrice ha lamentato altresì la violazione dei diritti a manifestare un consenso informato completo rilevando come l'attrice non sarebbe stata informata adeguatamente dei rischi benefici cui sarebbe andata incontro effettuando l'intervento di artroprotesi avuto particolare riferimento alla situazione di obesità e quindi al profilo del mancato esito positivo in ragione dell'eccessivo carico cui la portesi sarebbe stata sottoposta ( pagg. 6/7 della citazione); il profilo viene ripreso alle pagg. 12 e 13 della citazione introduttiva nella quale si precisa che il sanitario sul quale gravava tale obbligo era il dott. **CP\_1** medico che ha eseguito l'intervento del 4.11.2010. Ha evidenziato che il modulo in cartella è del tutto generico e non prevede alcuna specifica informazione avuto riguardo al peculiare rischio di fallimento dell'intervento in ragione della particolare situazione clinica della paziente, diabetica e obesa; se la paziente fosse stata correttamente informata ( tenuto conto della allegata controindicazione all'intervento) ella non si sarebbe sottoposta all'intervento prima di portare a termine un serio dimagrimento ed avrebbe sopportato il dolore al ginocchio che l'affliggeva piuttosto che abbandonare del tutto le attività che svolgeva. Ha precisato che l'avere il dott. **CP\_1** sottaciuto l'esistenza del detto rischio ha impedito alla attrice di scegliere consapevolmente se affrontare o meno l'intervento, se farlo in quell'esatto momento oppure no. Tale carenza di informazione ha determinato un duplice danno in capo all'attrice: un danno alla salute coincidente con le gravi conseguenze dell'intervento e un danno all'autodeterminazione coincidente con il turbamento e la sofferenza patita al verificarsi di conseguenze del tutto inaspettate.

Il tema è stato ulteriormente approfondito nella memoria ex art. 183 sesto comma n. 6 cpc dove la difesa ha preso posizione sulla contestazione della convenuta in ordine al chiaro suggerimento offerto alla paziente di procedere ad un dimagrimento prima di essere operata sia nel 2009 sia nel 2010, trattandosi per l'appunto di mero suggerimento ma non di indicazione costituente condizione per una buona riuscita dell'intervento e non potendosi dedurre dal trasferimento della attrice a Milano per essere sottoposta a detto intervento la tenace volontà di procedere all'operazione anche se le fosse stato prospettato il rischio di complicanze quale quella verificatasi.

Ora il consenso prestato dalla paziente all'intervento risulta cristallizzato nel modulo di consenso informato sottoscritto dalla paziente e dal dott. **Persona\_22** in data 29.10.2010 ed allegato alla cartella clinica contiene un richiamo effettivamente una indicazione abbastanza generica dei rischi e benefici dell'intervento; tuttavia il profilo di doglianza sul quale si è concentrata la difesa attiene al profilo dell'incidenza del peso eccessivo sulla buona riuscita dell'operazione e non il profilo del rischio infettivo, oggetto di accertata censura.

Viceversa l'indagine del CTU, alla quale il Tribunale ha aderito, non evidenzia tale aspetto come il motivo della cattiva riuscita dell'intervento quanto piuttosto il rischio infettivo.

Ne consegue che il danno alla salute verificatosi non risulta collegato alla allegata carenza di informazione sotto il profilo segnalato dalla difesa.

Del resto è documentalmente provato che il profilo del peso eccessivo era stato più volte segnalato alla paziente; risulta un certificato del 14.2.2005, dell'istituto ortopedico *Org\_24* [...] che segnala l'obesità patologica e la indicazione chiara "deve dimagrire"; nel certificato del 25.11.2009 si legge a carattere stampatello "diminuire di peso". L'indicazione dunque era chiara e già ben nota alla paziente che quindi decise consapevolmente di sottoporsi all'intervento con un margine di rischio altro sotto il profilo del buon esito a causa del peso.

Certo è che non fu il peso eccessivo a determinare il cattivo esito dell'intervento ma l'infezione contratta.

Quanto al profilo del riverbero sul diritto alla autodeterminazione si osserva che esso non risulta essere stato articolato in modo diverso dalla difesa, che ha sempre lamentato la mancanza di informazione con riguardo al profilo del rischio legato all'obesità e alla sofferenza patita in relazione alla mancata possibilità di riflettere sulla opportunità dell'intervento e quindi sulla possibilità di scegliere o meno di sottoporsi, in quel momento e in quella struttura, all'intervento, sofferenza amplificata dalle conseguenze inaspettate dell'intervento stesso.

Anche tale profilo non merita accoglimento.

Infatti appare altamente significativo di una completa e meditata adesione il periodo di tempo che la attrice ha atteso prima di sottoporsi all'intervento medesimo e la sua decisione, meditata, di trasferirsi a Milano per eseguire l'intervento presso una struttura altamente specializzata. Tale condotta è segnale di una attesa meditata e di una scelta consapevole, pur conoscendo che il rischio legato all'operazione poteva essere quello di un esito negativo.

Del resto tale valutazione non può che essere svolta ex ante senza che gli esiti poi verificatisi possano incidere sulla tipologia di informazione offerta prima dell'intervento, essendo del tutto evidente che una volta verificatasi la situazione patologica nessun consenso si poteva ritenere adeguato ad escludere la decisione di sottoporsi all'intervento.

La domanda va dunque respinta.

*Il danno lamentato dal sig. Controparte\_4*

Con riguardo alla persona del sig. *Controparte\_4* coniuge della sig.ra *Parte\_1* [...] la difesa ha allegato un danno consistente nella "lesione del bene salute" e nella "compromissione di natura morale ed esistenziale"; ha allegato che il sig. *CP\_4* soffre di danno riflesso perché dal giorno dell'intervento "soffre per lei e con lei"; egli si sarebbe visto privare ingiustamente di un punto di riferimento nevralgico della sua esistenza"; che la sua vita ora si svolge "nel cercare di sostenere con amore ogni giorno la sua compagna di vita, rinunciando quindi a sua volta, ad ogni aspetto della vita di relazione". ( pagg. 10 e 11 della citazione). Ha lamentato anche un danno di carattere patrimoniale avendo egli sostenuto l'esborso per la perizia medico legale, per i trasferimenti e il vitto e l'alloggio collegato ai ricoveri della sig.ra *Pt\_1* ( è stato richiamato il doc. 3 allegato alla citazione introduttiva).

Va premesso che il riconoscimento di un danno *iure proprio* ai congiunti della cosiddetta vittima primaria si fonda sullo stretto vincolo parentale e si configura come danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c. derivante dalla perdita del congiunto, in quanto lesione dello specifico interesse - di rilievo costituzionale - alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia.

In proposito va ricordato l'insegnamento della Suprema Corte che, con riferimento al danno da perdita del rapporto parentale, ha sottolineato come "*Il riconoscimento dei "diritti della famiglia" (art. 29, primo comma, Cost.) va inteso non già, restrittivamente, come tutela delle estrinsecazioni della persona nell'ambito esclusivo di quel nucleo, con una proiezione di carattere meramente interno, ma nel più ampio senso di modalità di realizzazione della vita stessa dell'individuo*

*alla stregua dei valori e dei sentimenti che il rapporto personale ispira, generando bensì bisogni e doveri, ma dando anche luogo a gratificazioni, supporti, affrancazioni e significati.” (Cass. 8827/03).*

In via generale lo stretto legame di parentela dà diritto al risarcimento del danno da perdita parentale. L'evento morte del coniuge rappresenta infatti di per sé un evento capace di provocare una sofferenza umana di apprezzabile rilievo. L'evento, in quanto come detto riconducibile ad un comportamento colposo della struttura sanitaria convenuta, in tali termini è fonte di specifica responsabilità ex art. 185 c.p. e 2043 c.c.. Tuttavia la giurisprudenza di legittimità, se da un lato ha assimilato la grave lesione alla perdita laddove ciò comporti un effettivo stravolgimento delle abitudini di vita e dei legami famigliari, non ha mai mancato di sottolineare quanto sia fondamentale, non solo per la commisurazione del danno ma anche per il riconoscimento della sua effettiva esistenza, una adeguata personalizzazione ed individualizzazione della allegazione che non può essere rimessa al mero richiamo dei principi fondamentali oggetto delle pronunzie della Suprema Corte medesima. Si dovrà quindi tenere conto di quale sia stata in concreto da un lato la sofferenza patita, anche transeunte ma apprezzata nella sua prosecuzione nel tempo e dall'altra la compromissione della sfera affettiva familiare da ciò derivata il tutto alla luce della allegazione e della prova – di cui è onerata parte attrice - in ordine alle condizioni soggettive di vittima e congiunto, del grado di parentela, delle rispettive età, dell'eventuale convivenza e di ogni altro indice che la parte interessata abbia inteso sottoporre all'attenzione del giudicante. E' invero principio consolidato che *“nella liquidazione del danno non patrimoniale da uccisione d'un familiare deve tenersi conto dell'intensità del relativo vincolo e di ogni ulteriore circostanza, quale la consistenza del nucleo familiare, le abitudini di vita, la situazione di convivenza, sino ad escludere la configurabilità del danno non patrimoniale da morte se tra fratelli unilaterali non vi sia mai stato un rapporto affettivo e sociale, né rapporti di frequentazione e conoscenza ( cfr . Sez. 3, **Sentenza** n. [23917](#) del 22/10/2013 (Rv. 629114). Tuttavia va anche osservato che ( cfr Cass. sez. 3 - , **Sentenza** n. [21060](#) del 19/10/2016 (Rv. 642934 - 02) “nel caso di **morte** di un prossimo congiunto, un **danno** non patrimoniale diverso ed ulteriore rispetto alla sofferenza morale (cd. **danno** da rottura del rapporto parentale) non può ritenersi sussistente per il solo fatto che il superstite lamenti la perdita delle abitudini quotidiane, ma esige la dimostrazione di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, che è onere dell'attore allegare e provare; tale onere di allegazione, peraltro, va adempiuto in modo circostanziato, non potendo risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche. (Nella specie, la S.C. ha ritenuto inidonea a dimostrare uno sconvolgimento delle abitudini di vita degli stretti congiunti dell'ucciso la mera allegazione di circostanze, quali la convivenza con la vittima, i suoi studi universitari ed il suo subentro in attività imprenditoriali di famiglia, nonché l'assenza di incomprensioni all'interno del nucleo familiare, volte a dimostrare in via presuntiva che gli attori avevano investito molto, in termini umani e professionali, sul parente defunto, figlio primogenito, e che il dolore per la sua prematura perdita era stato particolarmente intenso). Inoltre poiché ( cfr Sez. 3, **Sentenza** n. [25351](#) del 17/12/2015 (Rv. 638116 - 01) “ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale da perdita di persona cara, costituisce indebita duplicazione di risarcimento la congiunta attribuzione del danno morale - non altrimenti specificato - e del danno da perdita del rapporto parentale, poiché la sofferenza patita nel momento in cui la perdita è percepita, e quella che accompagna l'esistenza del soggetto che l'ha subita, altro non sono che componenti del complesso pregiudizio, che va integralmente ma unitariamente ristorato”* la liquidazione del danno in esame dovrà seguire un percorso unitario.

La richiamata necessità di approfondire il grado di compromissione della vita personale e relazionale già nel caso di morte di un congiunto si impone a maggior ragione per i casi , come quello di specie, nei quali non vi è perdita del rapporto parentale ma una lesione della integrità psico fisica; invero può presumersi che una lesione di grande rilevanza ed impatto possa determinare un effettivo stravolgimento della vita di relazione e familiare del coniuge mentre una lieve lesione non possieda analogo effetto.

Nel caso di specie la lesione iatrogena ricollegata alla infezione occorsa alla sig.ra **Pt\_1** è stata valutata al 10% della sua complessiva integrità psico fisica. Si tratta all'evidenza di una soglia appena al di sopra della fascia delle lesioni cosiddette micropermanenti ed oltretutto ricollegata ad un solo ginocchio. La lesione in sé dunque non presenta le caratteristiche di intensità tali da giustificare un danno riflesso, il cui apprezzamento passa anche attraverso il superamento di una normale soglia di tollerabilità e di partecipazione alle sofferenze del congiunto per motivi spontaneamente affettivi. Vale osservare che l'abbandono di attività ludiche e ricreative quali il ballo e le gite in montagna pur presuntivamente provato non incide in modo rilevante e soprattutto attuale in modo tale da comportare uno stravolgimento delle abitudini di vita.

La peculiarità del caso in esame consiste piuttosto nella prolungata necessità da parte della paziente di sottoporsi a visite, controlli e ricoveri particolarmente incisivi ed invadenti, presso strutture che, per essere dislocate su diversi luoghi del territorio nazionale, hanno comportato l'assenza da casa, l'inserimento in nuovi contesti temporanei, l'abbandono delle abitudini di vita e il sostegno di esborsi e spese.

Tale disagio è stato già risarcito in favore della sig. **Pt\_1**

Quello che viene chiesto da parte del coniuge non supera la soglia della normale tollerabilità e merita di essere riconosciuto solo per gli esborsi economici effettivamente sostenuti e documentati. Tali esborsi, dettagliatamente elencati al doc. 3 dalla parte attrice, ammontano ad euro 4.417,00 oltre euro 980,00 per consulenza medico legale al dott. **Per\_21** e vanno interamente riconosciuti al sig. **CP\_4** che ha dimostrato di averli sostenuti ( per un totale di euro 5.397,00).

#### *La regolamentazione delle spese*

Le spese seguono la soccombenza e vanno liquidate a mente del DM n. 55/2014 come modificato dal DM 37/2018 come da dispositivo tenuto conto dell'attività prestata, della particolare complessità della causa e avuto come parametro di riferimento il valore della causa come accertato in sentenza e tenuto conto dell'aumento per la difesa di due parti con posizioni non sovrapponibili. I procuratori si sono dichiarati antistatari e pertanto le spese vanno distratte in loro favore.

Vanno altresì riconosciute agli attori le spese di difesa in sede di mediazione ammontanti all'importo di euro 85,00 .

In ragione della difesa unitaria dei convenuti e dell'accertamento della oggettiva contrazione dell'infezione si ritiene equo disporre la compensazione delle spese tra attori e sanitari convenuti.

Le spese di c.t.u. devono essere poste definitivamente a carico di parte convenuta **[...]**

**Controparte\_1** .

#### **P.Q.M.**

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza, domanda ed eccezione reietta, così provvede:

1) accerta la responsabilità della struttura convenuta e condanna l'azienda ospedaliera **Organizzazione\_1** a pagare in favore dell'attrice **Parte\_1** a titolo di risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale la somma di euro 80.029,49 oltre interessi come in motivazione; nonché a pagare in favore dell'attore **CP\_4** la somma di euro 5.397,00 a titolo di danno patrimoniale oltre interessi legali dall'esborso al saldo;

2) respinge la domanda nei confronti dei convenuti **Controparte\_3** **CP\_1** e **CP\_2**

3) Condanna parte convenuta **Controparte\_1** alla rifusione delle spese di lite sostenute dalla parte attrice spese che si liquidano in euro 15.430,00 oltre

contributo unificato e spese di bollo oltre rimborso forfettario ed accessori di legge oltre ad euro 85,00 per spese di mediazione, spese da distrarsi in favore dei difensori antistatari

4) Compensa le spese tra i restanti convenuti e la parte attrice.

5) Pone definitivamente a carico della convenuta *Controparte\_1*

[...] le spese di c.t.u..

Sentenza resa *ex* articolo 281 *sexies* c.p.c., pubblicata mediante lettura alle parti presenti.

Milano, 18 giugno 2019

Il Giudice  
Valentina Boroni