REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL GIUDICE ISTRUTTORE PRESSO IL TRIBUNALE DI S.MARIA C.V., IV^ SEZIONE CIVILE , dott. Giovanni D'Onofrio, **in funzione di GIUDICE UNICO,** ha emesso la seguente:

sentenza

nella causa n° 271 del Ruolo Generale Civile dell'anno 2015, avente ad oggetto: risarcimento danni, vertente tra

Parte_1 , rapp.to e difeso dall' avv. [redacted] , in virtù di mandato a margine del ricorso ;

attore

e

Controparte_1 in persona del legale rapp.te p.t., rapp.ta e difesa dagli avv. [redacted] e [redacted] , in forza di mandato a margine della comparsa di risposta;

convenuta

e

CP_2 , in persona del legale rapp.te p.t., rapp.ta e difesa dall'avv. [redacted] ;

convenuta

nonché

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Controparte_3 , in persona del legale rapp.te pt, rapp.ta e difesa dall'avv. [redacted] ;

chiamata in garanzia

Conclusioni :

come in atti .

In fatto e in diritto.

Con atto di citazione ritualmente notificato *Parte_1* deduceva che aveva riportato per caduta in strada una frattura periprotesica del femore di sinistra per cui era stato ricoverato presso la clinica *Org_1* di [redacted] .

Il 15 febbraio del 2012 si era proceduto all'intervento di riprotesizzazione dell'anca sinistra avendo subito dopo l'operazione una prima trasfusione , avendo lamentato posteriormente alle dimissioni dalla clinica del 23\02\2012 rialzi termici .

Era stato poi ricoverato presso *Organizzazione_2* dove lo stato algico dell'arto operato diveniva persistente , associato a rialzi termici , aumento dei globuli bianchi e delle gamma .

Soltanto il 28 settembre del 2012 presso [redacted] *Org_3* di Napoli gli era stata diagnosticata una protesi d'anca infetta a sinistra con due interventi chirurgici di rimozione protesi.

Sussistendo nesso di causalità tra le complicanze infettive manifestatisi a carico dell'anca e la condotta colposa della struttura sanitaria [redacted] per la sua carenza organizzativa

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

nel campo della sterilità e prevenzione , oltre che per nell'omessa predisposizione di adeguata terapia profilattica , ravvisando altresì la colpa degli operatori di Org_2 [...] nell'omesso riconoscimento dello stato settico, concludeva per il risarcimento dei danni subiti, vinte le spese di lite.

Si costituiva la clinica [redacted] che eccepiva l'inammissibilità della domanda e concludeva in ogni caso per il rigetto dell'avversa domanda.

Si costituiva altresì CP_2 che era autorizzata a chiamare in garanzia la propria assicurazione per la responsabilità civile e in ogni caso concludeva per il rigetto dell'avversa domanda.

Si costituiva infine la società assicuratrice che eccepiva come la copertura assicurativa fosse solo a secondo rischio e in ogni caso con franchigia di euro 15.000,00.

All'udienza del 29 maggio 2018, il giudice riservava la decisione con la concessione di giorni 40 per note conclusionali e 20 per repliche.

La domanda è fondata nei limiti che si indicheranno.

L'istante lamenta i danni subiti a seguito dell'infezione contratta presso la struttura sanitaria convenuta e non diagnosticata presso la casa di cura Organizzazione_2 in cui era stato ricoverato nella fase successiva all'intervento chirurgico subito presso la clinica Org_1

Posto che alcuna contestazione è insorta sulla legittimazione attiva e passiva delle parti in causa ,occorre rilevare

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

preliminarmente che, secondo l'insegnamento consolidato della giurisprudenza, confermato dalle Sezioni Unite della Cassazione - sent. 1/7/2002 n. 9556 e sent. 11/1/2008 n. 577-, il rapporto che lega la struttura sanitaria -pubblica o privata - al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico -cd contratto di "spedalità" o di "assistenza sanitaria"- che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti – con la sola accettazione del malato presso la struttura -Cass. 13/4/2007 n. 8826 - e che ha ad oggetto l'obbligo della struttura 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 ecc.-. Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità, va inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura -sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato- per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni – esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario – e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro (cfr. in tal senso Cassazione secondo cui , in via di principio, pur quando manchi un rapporto di subordinazione o di collaborazione – per

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

vero quest'ultimo sussistente nel caso di specie – tra clinica e sanitario, sussiste comunque un collegamento tra i due contratti stipulati , l'uno tra il medico e il paziente e l'altro tra il paziente e la casa di cura ,venendo in rilievo un collegamento ontologico che dal piano fattuale assume rilevanza anche sotto il profilo giuridico dal momento che l'individuazione della casa di cura dove il medico eseguirà la prestazione promessa costituisce parte fondamentale del contenuto del contratto stipulato tra paziente e professionista in applicazione del principio generale di cui all'art. 1218 cc secondo cui il medico, come ogni debitore, è responsabile dell'operato dei terzi , della cui attività si avvale, così come la struttura risponde non solo dell'inadempimento delle obbligazioni su di essa incombenti, ma anche dell'inadempimento della prestazione svolta dal sanitario , quale ausiliario necessario dell'organizzazione aziendale : in questo senso, ex plurimis, Cass. 2012\10616; 2014\12833; 2007\13953; 2015\280). Né alcun elemento di segno contrario è possibile rilevare dall'introduzione della nuova normativa sulla responsabilità sanitaria che riconferma la responsabilità contrattuale della casa di cura, assumendo il concorso cumulativo della medesima con la responsabilità aquiliana dell'esercente la professione sanitaria. Ciò acclarato, prendendo in considerazione l'espletata consulenza medica d'ufficio , occorre rilevare che a seguito dell'intervento chirurgico effettuato presso la clinica *Org_1* , il *Pt_1* pativa, in seguito alla riprotesizzazione realizzata il 15 febbraio 2012, una infezione

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

periprotesica che rappresenta la più grave complicanza di una protesi articolare. La classificazione più tradizionale di questa patologia si basa sul tempo di insorgenza dell'infezione dopo l'impianto della protesi:

- Infezioni precoci: compaiono entro 3 – 5 settimane dall'impianto;
- Infezioni ritardate: si manifestano entro i 2 anni;
- Infezioni tardive: insorgono clinicamente oltre i 2 anni.

Tale classificazione deve essere confrontata con quella relativa all'origine dell'infezione protesica, ponendo la distinzione tra infezioni da contaminazione intraoperatoria e quelle da infezioni ematogene provocate da germi localizzati in altre sedi dell'organismo. I foci di partenza della colonizzazione protesica ematogena possono essere per esempio nel cavo orale, faringo-tonsilliti croniche, impetigini, gastroenteriti, infezioni urinarie e glomerulo nefriti.

La capacità delle infezioni degli impianti protesici, in genere dovute a stafilococchi (circa il 90%) ma non solo, è contraddistinta dalla capacità di questi batteri di colonizzare la superficie di un dispositivo di impianto con la formazione di un sottile biofilm multistratificato. La contaminazione avviene durante la procedura chirurgica, ad opera di un numero ristretto di batteri, provenienti dalla cute, dalle mucose del paziente o anche dagli strumenti o dagli operatori stessi. La formazione del biofilm avviene in 2 tempi: dapprima i batteri aderiscono rapidamente ai materiali, poi, nella successiva fase

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

"accumulativa" i batteri proliferano formando gruppi multistratificati di cellule immerse in una matrice extracellulare. Ciò che può essere interessante da punto di vista clinico-terapeutico è che le sindromi a più lenta evoluzione possono essere almeno parzialmente associate a Stafilococchi coagulasi negativi, in particolare allo Stafilococco Epidermidis, che usualmente sono riconoscibili solo a distanza di mesi o di anni dall'impianto della protesi.

Inoltre, si deve ritenere, a questo proposito, che molte mobilizzazioni protesiche definite asettiche ed evidenti dopo diversi anni dall'impianto, siano in realtà dovute ad un'infezione da ceppi a bassa virulenza, a lento sviluppo, spesso altamente resistenti. Al contrario lo Stafilococco Aureo presenta generalmente una colonizzazione più aggressiva, che porta a manifestazioni cliniche più precoci, spesso nel giro di pochi giorni o settimane dall'inserimento della protesi.

I batteri patogeni alla base dell'infezione protesica possono essere riscontrati in tre diverse forme e in proporzione variabile da caso a caso, il che rende ragione del fatto che sia le artrocentesi radio o eco guidate dell'anca o dirette del ginocchio, ma anche i prelievi intraoperatori di materiale macroscopicamente infetto, possano non dare luogo ad isolamento batterico, pur in casi di infezioni certe e conclamate e, a maggior ragione, nelle infezioni protesiche molto tardive e a bassa virulenza, tali da far ritenere corretta la diagnosi di mobilizzazione protesica non infetta (asettica). Tali forme: la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sessile (collegata al biofilm aderente all'impianto), quella intracellulare e quella planctonica (dispersa nei tessuti o nei liquidi articolari) possono, a loro volta, essere presenti particolarmente in talune zone dell'impianto protesico, ad es. all'apice dello stelo femorale, oppure a livello delle componenti articolari della protesi.

La diagnosi di infezione protesica non è sempre agevole ed in genere richiede una razionale integrazione dei dati anamnestici e clinici con gli indici bioumorali di flogosi e con le tecniche di imaging (Rx tradizionale, scintigrafia, SPECT, PET ed ecografia). Gli indici di infiammazione (VES, PCR, ma anche fibrinogeno ed alfa-1 glicoproteina acida) sono quasi sempre alterati nelle forme acute e subacute, ma possono essere di valore dubbio nelle forme croniche.

Nel caso vi siano sierosità dalla ferita chirurgica o da una fistola, l'esame colturale si impone, esso deve essere fatto con tamponi o con aspirazione di secrezioni e inviato rapidamente in laboratorio, poiché un esame colturale sarà sempre negativo se la 'semina' è attuata dopo che è trascorso molto tempo (30' – 60') dal prelievo. L'identificazione dei batteri responsabili sta alla base non solo della conferma diagnostica, ma anche della scelta dell'idonea antibioticoterapia generale e locale e persino del tipo di trattamento chirurgico; da ciò ben si comprende l'importanza dell'agoaspirazione articolare, il cui ruolo è incrementato anche dalla conta dei polimorfonucleati nel liquido articolare.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il ruolo della terapia antimicrobica nelle infezioni protesiche può essere schematizzata: • Terapia preparatoria: in genere 1 o 2 settimane prima dell'intervento di espianto: così classificare tale infezione post chirurgica come di tipo ritardato (intendendo quel processo settico che si manifesta entro i 2 anni). Nel caso in esame, come precedentemente riportato, si rilevava il patogeno solo il 10 ottobre 2012 presso il [redacted] " *Org_3* di Napoli ed era intrapresa terapia antibiotica mirata, quando purtroppo era già troppo tardi, per cui si rendeva necessario il reintervento. In questo caso i sanitari, correttamente, decidevano per la rimozione della protesi e l'applicazione di uno spaziatore antibiotato e tale scelta risulta congrua laddove sarebbe stato imprudente la sostituzione protesica in un unico tempo (one stage).

Da quanto riportato si deve ritenere il processo settico a genesi nosocomiale (o meglio correlato alle pratiche assistenziali) intendendo per questo, secondo la definizione del Center Disease of Control, quello insorto durante il ricovero in ospedale o, in alcuni casi, dopo che il paziente è stato dimesso, e che non era manifesto clinicamente al momento della dimissione in ospedale.1 Negli ultimi vent'anni la frequenza di tale tipologia di infezione è notevolmente incrementata, verosimilmente a causa dell'aumento della suscettibilità dei pazienti che richiedono un intervento sanitario, dell'aumento delle resistenze alla antibioticoterapia e dell'esposizione al rischio a seguito di manovre invasive,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

soprattutto se non è garantita la corretta condotta degli operatori responsabili del trattamento in ospedale.

Nel caso in esame, come precedentemente riportato, si verificava una infezione periprotesica che di fatto rientra nel novero delle infezioni da contaminazione intraoperatoria, rappresentando la fase chirurgica il momento in cui più verosimilmente, in assenza di ulteriori momenti etiologicamente idonei, può realizzarsi una contaminazione del campo operatorio cui consegue la colonizzazione del mezzo di sintesi laddove, per le considerazioni precedentemente riportate, è noto l'elevato tropismo dei patogeni per i materiali protesici. Nel caso in discussione la conclamata evidenziazione settica si verificava a distanza di circa 7 mesi dal primitivo intervento chirurgico, potendo così classificare tale infezione post chirurgica come di tipo ritardato (intendendo quel processo settico che si manifesta entro i 2 anni).

Ogni intervento chirurgico presenta un intrinseco rischio infettivo determinato non solo dalla mancata o insufficiente disinfezione e sterilizzazione dell'ambiente e dei materiali da utilizzare, dalla qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento ma anche dalla contaminazione che può partire dagli stessi operatori sanitari. Nel caso di specie la convergenza dei criteri cronologico, topografico, di seriazione fenomenologica e di esclusione di ulteriori momenti idonei fanno ritenere l'infezione periprotesica realizzatasi a genesi nosocomiale che, con criterio di elevata probabilità, prossima alla certezza, si può affermare essere stata contratta presso la Clinica " *CP_1*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[...] " di [redacted] [redacted] Inoltre, si sottolinea come nella cartella clinica relativa al ricovero dal 13 al 23 febbraio 2012 presso la Controparte_4 non vi è prescrizione di antibiotici né prima né dopo l'intervento chirurgico (se non la prescrizione alla dimissione), ma solo somministrazione di Org_4 (gastroprotettore) e di Org_5 (anti-infiammatorio e antidolorifico).

Il ctu, alle cui conclusioni per correttezza e congruità della argomentazioni tecnico scientifiche è possibile integralmente riportarsi, perviene alla condivisibile conclusione secondo cui il comportamento professionale tenuto dai sanitari della [...] Controparte_5 nell'intervento chirurgico espletato in persona del sig. Parte_1 in data 15 febbraio 2012 è esente da censure avendo correttamente eseguito il trattamento. Mentre l'assistenza prestata al sig. Pt_1 dagli stessi sanitari nel corso del ricovero dal 13 al 23 febbraio 2012 è da censurare non avendo provveduto alla terapia antibiotica pre e postoperatoria necessaria per evitare l'insorgenza della possibile infezione protesica. Va inoltre rilevato che l'assistenza prestata al Pt_1 presso la Casa di Cura " [...] Org_2 è censurabile in quanto, nonostante all'ingresso il paziente presentasse una ferita chirurgica con "aree di deiscenza, arrossata e secernente materiale simil purulento" e negli oltre 2 mesi di degenza i valori dei globuli bianchi della VES e della PCR risultassero sempre elevati, con frequenti rialzi febbrili, nulla di più era espletato per approfondire le

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

condizioni del paziente. Si poteva evincere in tempi ben più rapidi l'infezione periprotesica, mediante opportune indagini, offrendo al paziente, in questo modo, maggiori possibilità di superare la patologia infettiva. Secondo l'iter diagnostico seguito non poteva essere evitato l'intervento successivo di reimpianto della protesi di anca sinistra per la grave osteomielite realizzatasi. Conforme alle linee guida è stato il comportamento dei sanitari del [redacted] " *Org_3* di Napoli che intervenivano in data 8 ottobre 2012 con debridement, rimozione della protesi e inserimento di spaziatore antibiotato. Gli stessi sanitari in data 13 giugno 2013 reintervenivano impiantando una nuova protesi all'anca sinistra. Un intervento di rimozione della protesi si rendeva necessario, ancora, in data 30 settembre 2016 per la mobilizzazione della protesi dovuta sempre all'infezione periprotesica. Da quanto riportato si riconosce la sussistenza di un comportamento colposo per negligenza ed imprudenza in capo ai sanitari della *Controparte_4* e della *Controparte_6* *[...]* nella genesi della infezione periprotesica che deve definirsi nosocomiale.

Risulta peraltro corretta la ripartizione delle responsabilità tra le due cliniche , potendosi ritenere la prevalente responsabilità nei danni a carico di [redacted] per l'80% e per il resto a carico della *Organizzazione_2* .

Acclarata pertanto la responsabilità delle cliniche convenute nei limiti della ripartizione di responsabilità individuata , occorre altresì rilevare che sarà necessario ai fini del quantum debeatur

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

valutare nel contraddittorio delle parti la circostanza della richiesta con riguardo al danno da invalidità temporanea di un numero di giorni di invalidità inferiore da parte attorea rispetto a quelli indicati dal ctu e poi chiarire se l'istante fosse o meno pensionato al momento dell'intervento dal momento che, secondo la giurisprudenza di legittimità, la circostanza che il danneggiato al momento dell'evento fosse pensionato è sufficiente ad escludere che questi possa aver patito danno patrimoniale da riduzione del reddito o della capacità di produrlo (Cass. 2005\15822) , potendo essere sul punto ammessa la prova testimoniale articolata da parte attrice al punto c\13 della sua memoria istruttoria in ordine alla circostanza che anteriormente all'intervento chirurgico l'attore guidasse un furgone con cui vendeva la verdura al mercato e portava gli operai in campagna al fine di accertare se egli espletasse una qualche attività remunerativa, limitando i testi da escutere a 2 abilitando le controparti alla prova contraria e fissando per l'espletamento l'udienza del 14\01\2019

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

P. Q. M.

Il Tribunale di S. Maria C.V., quarta sezione civile , non definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1* *[...]* nei confronti di *Controparte_1* , in persona del legale

rapp.te p.t., di CP_2 , in persona del legale rapp.te pt., con la chiamata in garanzia di CP_3 , in accoglimento della domanda per quanto di ragione, così provvede:

1°) accerta che la responsabilità dei danni subiti da parte attrice sia ascrivibile alle convenute strutture sanitarie , potendosi ritenere la prevalente responsabilità nei danni a carico di [redacted] per l'80% e per il resto a carico di CP_2

2) spese al definitivo.

Caserta, 3\09\2018

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it