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:

S E N T E N Z A

nella causa n° 700903 del Ruolo Generale Civile dell'anno 2013, avente ad oggetto: risarcimento danni, vertente tra

Parte_1 , rapp.ta e difesa dagli avv. [redacted] e [redacted] in virtù di mandato a margine dell'atto di citazione, ed elett.te dom.ta presso i difensori ;

attrice

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

Controparte_2 , rapp.to e difeso dall'avv. [redacted] in virtù di procura in atti;

convenuto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

nonché

Controparte_3 , in persona del legale rapp.te p.t., rapp.ta e difesa dall'avv. [redacted]

chiamata in garanzia

e

Parte_2 , in persona del legale rapp.te p.t., rapp.ta e difesa dagli avvocati [redacted] e [redacted] ;

chiamata in garanzia

e

Controparte_4 , in persona del legale rapp.te p.t., 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, l'istante deduceva che il sedici maggio del 2003 le era stato diagnosticato dal dott. *CP_2* gonalgia destra con morfologia in valgo dell'arto ed era stato programmato intervento presso l'unità di ortopedia e traumatologia della [redacted] *CP_1* di Caserta di artroprotesi di ginocchio destro .

Ricoverata il 19 giugno 2003 , era stata sottoposta il 23 giugno 2003 ad intervento chirurgico di artoprotesi e, in fase postoperatoria, a terapia locale eparinica e antibiotica sino al

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

28 giugno 2003 quando era stato aggiunto bentelan alla terapia fino a normalizzazione dell'aumento della temperatura corporea con dimissioni intervenute il 12 luglio 2003.

Al controllo ambulatoriale del 5 agosto del 2003 il dott. *CP_2* le aveva prescritto attività di mobilizzazione con idroterapia in paziente in lento graduale miglioramento . Accusando, tuttavia, ancora forte dolore a due mesi dall'intervento, si era sottoposta a visita fisiatrica presso il centro *Org_1* di Napoli dove le era stata formulata la diagnosi di esiti di intervento chirurgico di artroprotesi al ginocchio destro , essendo stata poi sottoposta ad esame radiografico presso la clinica *CP_1*

Non avendo ottenuto miglioramenti, il prof. *Per_1* presso il [redacted] di Napoli le aveva diagnosticato rigidità di ginocchio destro di artoprotesi di ginocchio .

A seguito di effettuate scintigrafie era stata evidenziata l'esistenza di pregressa infezione in stato avanzato e sottoposta ad intervento di rimozione di protesi infetta l'undici marzo 2004 e poi a intervento di riprotesizzazione il 17 maggio 2004 con ulteriore successivo intervento di scissione dei margini di deiscenza del 6 luglio 2004 e infine intervento per deiscenza della ferita chirurgica del 5 novembre 2004.

Essendo l'attrice affetta da infezione nosocomiale in diretto rapporto causale col primo intervento di artoprotesi al ginocchio destro effettuato il 23 giugno 2003 , essendo stato la diagnosi di infezione tardivamente avanzata , essendo stata l'attrice sottoposta a nuovo intervento di rimozione di protesi e poi a

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

nuovo programma farmacologico dal dott. *Per_2* del *Pt_3* per la cura del ginocchio ormai ingravescente ,aveva poi subito altri cinque interventi presso il centro di alta specializzazione [redacted] a Tolosa che non erano stati risolutivi. Il 16 aprile del 2008 veniva certificata dal dott. *Per_3* la perdita della funzionalità articolare del ginocchio in quanto bloccato a 180 gradi con accorciamento di 4 cm senza possibilità di recupero della sua funzionalità .

Concludeva per il risarcimento dei danni subiti , vinte le spese di lite.

Si costituiva la casa di cura che assumeva come il caso fosse stato trattato con diligenza , prudenza e perizia , non sussistendo nesso di causalità tra le prestazioni mediche ricevute in struttura e i danni lamentati.

Chiedeva di chiamare in causa la *Controparte_3* per esserne manlevata.

Quest'ultima società assicuratrice assumeva che la responsabilità dell'evento fosse ascrivibile alla sola condotta del dott. *CP_2* , eccepiva l'inoperatività della polizza, la coassicurazione con *CP_5* , *CP_6* e *CP_7* , con sua corresponsabilità nella misura del 40%, con domanda di rivalsa nei confronti del dott. *CP_2* e di regresso verso le assicurazioni del medico, con vittoria di spese di lite.

Si costituiva altresì *Controparte_2* che negava ogni responsabilità nella vicenda e chiedeva di chiamare in garanzia le sue assicurazioni.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Si costituiva Controparte_4 che eccepiva l'inoperatività della polizza e concludeva per la sua estromissione dal processo.

Si costituiva infine Controparte_8 che concludeva per il rigetto dell'avversa domanda.

Espletata ctu medica , all'udienza del 28 novembre del 2017, il giudice rimetteva la causa in decisione con la concessione dei termini di legge (60 + 20 gg) per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

La domanda è fondata e va accolta per quanto di ragione.

L'istante lamenta i danni subiti a seguito dell'intervento eseguito dal dott. CP_2 presso la clinica convenuta per la conseguente infezione nosocomiale.

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

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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 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

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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).

Ciò acclarato, prendendo in considerazione l'espletata consulenza medica, occorre rilevare che al Prof. *CP_9* erano stati formulati i seguenti quesiti a) di accertare le condizioni di salute inerenti alla sig.ra *Parte_1* al momento del ricovero presso la [redacted] *CP_1* di Caserta il 19.06.2003; chiarisca se i trattamenti espletati presso la *Controparte_1* *[...]* siano stati conformi alle Linee Guida ed alla buona pratica medica; se i trattamenti effettuati possano essere compresi tra quelli di speciale difficoltà tecnica; chiarisca se le sequele successivamente prodottesi siano da rapportarsi causalmente ai trattamenti ed al ricovero presso la stessa *Controparte_1* specifichi nel caso le diverse responsabilità, se emergenti, delle diverse strutture presso le quali la sig.ra *Pt_1* è stata sottoposta a trattamenti sanitari; In caso positivo ne quantifichi il danno temporaneo e permanente.

Come si ricava dalla ctu, alla quale per correttezza e congruità delle argomentazioni è possibile riportarsi espressamente, "in atti si evince che "dall'esame della documentazione sanitaria in atti, dalla raccolta anamnestica e dall'esame obiettivo espletato si può affermare che la sig.ra *Parte_1* in seguito a diagnosi di gonartrosi, il 19 giugno 2003 si ricoverava presso il Reparto di Ortopedia della *CP_1* *CP_1* di Caserta. Il giorno successivo era praticato esame radiografico degli arti

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

inferiori che rilevava "A destra gonartrosi con riduzione di ampiezza delle interlinee articolari femoro-tibiali per valgismo". Il 23 giugno era sottoposta ad intervento chirurgico di artroprotesizzazione del ginocchio destro. Il 25 giugno era praticato esame radiografico di controllo "pregressa osteotomia dei capi articolari del ginocchio con impianto di artroprotesi metallica totale sostitutiva. Interlinee articolari simmetriche e regolari di ampiezza. Non apprezzabili processi osteolitici". Dal 9 luglio la sig.ra Pt_1 iniziava la deambulazione assistita. In corso di degenza si manifestava edema della gamba destra con dolore al polpaccio, per cui era praticato ecocolordoppler agli arti inferiori che non rilevava elementi patologici. Il giorno 11 luglio era dimessa con prescrizione di terapia medica e FKT. Il 2 settembre effettuava visita fisiatrica ed in tale occasione lo specialista certificava la presenza di "evidente blocco articolare anche della tibiotarsica", per cui prescriveva un piano riabilitativo. Il 19 novembre praticava visita di controllo presso il Reparto di Ortopedia del [redacted] di Napoli ed in tale occasione lo specialista prescriveva esecuzione di esame scintigrafico con leucociti marcati. L'esame era effettuato il 27 novembre e mostrava a carico del ginocchio destro "aumento del flusso e del volume ematico, nonché da incremento dell'attività osteoblastica in corrispondenza del tessuto osseo periprotesico". Il 1 dicembre era praticato nuovo esame scintigrafico con leucociti marcati che concludeva "Il quadro scintigrafico è compatibile con patologia flogistico-settica nella suindicata sede". Il 26 febbraio 2004 si ricoverava presso il [redacted] di Napoli con diagnosi di ingresso "intolleranza PTG dx". In data 11 marzo era sottoposta ad intervento chirurgico di rimozione della protesi ed apposizione di spaziatore antibiotato; durante l'intervento erano prelevati campioni di liquido articolare e tessuto fibrinoso per effettuare esame batteriologico che dava luogo allo sviluppo di Staphilococco spp. Durante la degenza era praticata terapia antibiotica e per la comparsa di anemia la paziente era sottoposta ad emotrasfusione. Il 20 marzo era dimessa con diagnosi di "protesi infetta a dx-ginocchio". Nell'agosto 2004 e nel febbraio 2005 praticava scintigrafia con leucociti marcati che in entrambi i controlli non evidenziava aree patologiche di accumulo. Diversamente, lo stesso esame ripetuto il 4 luglio 2006 rilevava la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

presenza di "iperaccumulo del tracciante in corrispondenza del ginocchio destro" e concludeva "quadro scintigrafico compatibile con processo settico nella sede descritta". Il 30 agosto praticava esame radiografico a carico del ginocchio destro che rilevava la presenza di "notevole alterazione strutturale del tessuto osseo circostante la protesi". Il 12 dicembre la sig.ra *Pt_1* praticava nuova scintigrafia che rilevava la presenza di un "quadro scintigrafico compatibile con processo settico nella sede descritta". Il 9 febbraio era praticato esame radiografico del ginocchio destro che rilevava "areole di minus strutturale da focolai osteitici in regione condiloidea femorale". Il 9 marzo 2007 la sig.ra *Pt_1* praticava controllo presso la *Organizzazione_2* Osp. [redacted] ove era certificata la presenza di "osteomielite da Staphilococcus capitis" ed era prescritta terapia con Targosid 200 mg da praticare per 90 giorni. Il 22 marzo i sanitari del [redacted] di Napoli attestavano la presenza di "artroprotesi infetta del ginocchio dx" e consigliavano di rivolgersi ad un Centro di alta specializzazione ortopedica ed infettivologica. La sig.ra *Pt_1* si rivolgeva, quindi, ai sanitari della *Org_3* [redacted] di Tolosa. Dal 21 maggio si ricoverava presso tale struttura con diagnosi di "sepsi recidivante al ginocchio destro dopo revisione della protesi" presentando una "un'estesa necrosi cutanea sulla faccia anteriore del ginocchio dx con esposizione della rotula e del terzo superiore del tendine rotuleo". Durante la degenza era sottoposta a cinque interventi "22.05: escissione del tessuto necrotico e sostituzione del fissatore esterno; 29.05: escissione necrosi ossea femoro-tibiale; 26.06: innesto del capo mediale del gastrocnemio; 03.07: prelievo e innesto cute per favorire l'evoluzione degli interventi precedenti; 16.07: rimozione del port-a-cat innestato nel corso del primo intervento".

Praticava successivi controlli strumentali; il 20 dicembre si sottoponeva ad esame TC che evidenziava "Alterazione morfostrutturale a carico dei capi articolari in esame dove l'osso appare irregolare per l'alternarsi di aree di riassorbimento e di grossolane aree di condensazione, con presenza di addensamento disomogeneo nei tessuti molli". Ripeteva tale esame nel febbraio e marzo successivo confermando i risultati già evinti. Il 16 aprile 2008 il dott.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

CP_10 certificava "ha avuto una complicanza settica dopo l'intervento di riprotesizzazione di ginocchio con distruzione dell'apparato estensore e trattata con rimozione della protesi ed artrodesi con fissatore esterno. Attualmente l'artrodesi è in via di consolidazione. La sig.ra ha perso la funzionalità articolare del ginocchio in quanto bloccato a 180° con accorciamento di 4 cm e non vi è allo stato una possibilità chirurgica di recupero in futuro della funzionalità del ginocchio".

Negli anni successivi la perizianda effettuava esami radiografici e TC che evidenziavano marcate alterazioni morfostrutturali dei capi articolari, nonché visite ortopediche che attestavano l'impossibilità della deambulazione autonoma e la stabilizzazione del quadro clinico non suscettibile di miglioramento.

Sembra opportuno, a questo punto, riportare una breve disamina della osteomielite, patologia patita dalla sig.ra Pt_1 .

La diffusione della chirurgia ortopedica protesica ha determinato un progressivo aumento dell'incidenza di osteomieliti. Attualmente le infezioni dell'osso costituiscono una patologia infettiva in aumento, con un'incidenza mondiale variabile da 1:1.000 a 1:20.000 abitanti. Circa l'80% delle osteomieliti è dovuto a diffusione all'osso di un'infezione dai tessuti molli adiacenti oppure ad inoculazione diretta, post-traumatica o post-chirurgica, del microbo; il rimanente 20% dei casi è dovuto a localizzazione ossea secondaria a diffusione ematogena dei microbi.

L'osteomielite può essere definita acuta (< 6 mesi) o cronica (> 6 mesi) a seconda della durata dell'infezione. Per quel che riguarda l'estensione del processo infettivo, si distinguono osteomieliti midollari, superficiali, locali o diffuse in base alla profondità ed entità del processo di distruzione ossea. L'isolamento dell'agente eziologico è spesso difficile ed avviene solo nel 35-40% dei casi. L'agente più frequentemente isolato è lo Stafilococco aureus che presenta un particolare tropismo per il tessuto osseo grazie al legame delle adesine batteriche con le proteine della matrice extracellulare ossea (collagene, laminina, fibronectina) cui consegue la produzione locale di citochine infiammatorie e tossine che determinano un'azione osteolitica. Altri batteri gram positivi di non raro isolamento sono gli stafilococchi coagulasi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

negativi e gli streptococchi. I batteri gram negativi, in particolare Pseudomonas aeruginosa ed Enterobacteriaceae (Escherichia coli, Proteus spp, Klebsiella spp) sono maggiormente responsabili di osteomieliti in ambiente nosocomiale. Le osteomieliti micotiche, in particolare, sostenute da Candida spp, rappresentano la complicanza di fungemie associate alla presenza di dispositivi endovascolari in soggetti immunodepressi. In base alla modalità di infezione le osteomieliti si distinguono in forme a diffusione ematogena, da contiguità e da inoculo diretto.

Le osteomieliti a diffusione ematogena colpiscono principalmente i soggetti che presentano frequenti batteriemie (tossicodipendenti, emodializzati, etc.); i siti di localizzazione elettiva sono le metafisi delle ossa lunghe grazie alla loro ricca vascolarizzazione che favorisce sia l'impianto che la proliferazione microbica. L'infezione si propaga lungo il periostio o all'interno della cavità midollare, penetrando anche nella corticale attraverso i canali di *Pt_4* .

Le osteomieliti da contiguità sono la diretta conseguenza della diffusione all'osso di un'infezione locale che interessa la cute ed i tessuti molli circostanti (ustioni di III grado, celluliti, infezioni delle radici dentarie, etc.). Tali forme sono più frequenti in soggetti che presentano insufficienza vascolare locale quali i pazienti diabetici o affetti da arteriopatie ostruttive degli arti inferiori; colpiscono più frequentemente le ossa del piede (tarso, metatarso, falangi) e riconoscono un'eziologia polimicrobica.

Le osteomieliti da inoculo diretto sono secondarie a traumi penetranti, fratture esposte, interventi chirurgici che coinvolgono l'osso; in questo caso l'infezione si realizza per contaminazione diretta della ferita o come sequela perioperatoria.

In tutte le forme di osteomielite, una volta che il microrganismo ha infettato l'osso, anche se lentamente, si attiva una risposta infiammatoria con produzione di citochine che richiamano i leucociti polimorfonucleati nell'osso. I leucociti richiamati nell'area infetta, nel tentativo di fagocitare i batteri, rilasciano degli enzimi in grado di lisare l'osso; si forma, quindi, materiale purulento con riduzione della vascolarizzazione ossea cui consegue estensione della necrosi a livello dell'osso devitalizzato (sequestro osseo).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il quadro clinico dell'osteomielite acuta è caratterizzato dalla comparsa di sintomi sistemici quali febbre elevata, anoressia e malessere generale cui si associano i segni ed i sintomi locali della flogosi. Si osserva principalmente nell'età evolutiva (5-15 anni) e coinvolge principalmente le metafisi delle ossa lunghe (femore, tibia, omero). Per quel che riguarda l'osteomielite cronica, il quadro clinico presenta un esordio subdolo in cui il dolore locale è il sintomo principale, talora con le caratteristiche del dolore radicolare. Talvolta è presente febbricola e, in alcuni casi, è osservabile la formazione di tramiti fistolosi che drenano il materiale purulento all'esterno.

La diagnosi eziologica, fondamentale per intraprendere una corretta terapia e quindi ottenere una migliore prognosi, è possibile mediante esami microbiologici sistemici o locali. Le emocolture possono essere positive solo nelle forme a diffusione ematogena. Di maggiore utilità è l'esecuzione di esami colturali su biopsie ossee ed agoaspirati che, in particolare se non eseguiti in corso di terapia antibiotica, sono associati ad una più elevata percentuale di isolamento batterico. Le indagini di laboratorio di ausilio alla diagnosi di osteomielite includono la determinazione degli indici di flogosi, quali VES e proteina C reattiva (PCR); questi esami sono molto utili in quanto risultano elevati in quasi il 100% dei casi, con eccezione delle osteomieliti che coinvolgono la spalla; inoltre rivestono un'importanza fondamentale nel monitoraggio della terapia antibiotica. Lo studio radiologico diagnostico di primo livello è costituito dalla radiografia tradizionale che, tuttavia, deve essere eseguita dopo 10-15 giorni dalla comparsa dei sintomi, affinché eventuali alterazioni anatomiche (reazioni periostali, alterazioni delle trabecole) siano visibili. L'esame radiologico di elezione per la diagnosi di osteomielite, invece, è rappresentato dalla risonanza magnetica nucleare (RMN) che è più sensibile e specifico delle tomografia computerizzata (TC). Il vantaggio della *Part* risiede nella sua capacità di rilevare anche piccoli dettagli anatomici, sia a livello osseo che dei tessuti molli circostanti. Altri esami radiologici di ausilio diagnostico sono la scintigrafia con Tc99 e, soprattutto, la scintigrafia con leucociti marcati. Questi esami hanno il vantaggio di poter essere utilizzati nelle fasi precoci dell'infezione, evidenziando un'ipercaptazione del

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

radiofarmaco o delle cellule autologhe irradiate già a 48 ore dalla comparsa della sintomatologia, ma hanno lo svantaggio di essere poco specifiche, risultando positive qualora concomitino altri processi infiammatori (celluliti, sinoviti, artriti, etc.).

E' necessario instaurare, quanto più precocemente possibile, una terapia antibiotica capace di penetrare nel tessuto osseo, mirata in base all'agente eziologico isolato ed alla sua suscettibilità antibiotica, misurata con l'antibiogramma. Nel caso in cui non sia stato possibile isolare l'agente responsabile dell'infezione, la terapia antibiotica deve essere instaurata precocemente ed impostata empiricamente sulla base di criteri epidemiologici, ovvero diretta nei confronti dei microrganismi più frequentemente causa di osteomielite nelle condizioni dello specifico paziente. In caso di osteomielite cronica con necrosi ossea è consigliabile il trattamento chirurgico che può consistere nel drenaggio dell'area infetta del materiale fluido; debridement con rimozione di sequestri ossei nella zona ossea infetta e possibile trapianto di tessuti (cute o muscolo) per aumentare la vascolarizzazione locale dell'osso; rimozione di eventuali mezzi di sintesi con analisi microbiologica. Alla terapia specifica si associa l'intervento ortopedico che mira a limitare le deformità residue, evitando il carico sulle articolazioni interessate, con opportuni apparecchi gessati e tutori di scarico"(CFR. amplius in ctu).

Il ctu ha poi correttamente risposto ai quesiti postigli precisando che "le condizioni di salute della sig.ra *Parte_1* *[...]* al momento del ricovero presso la *CP_1* " *CP_1* di Caserta il 19.06.2003 erano nel complesso discrete, non emergendo dal diario clinico alcuna patologia acuta o cronica che potesse allarmare i sanitari oltre l'artrosi a carico del ginocchio destro che necessitava di artroprotesi. Presso la *Controparte_11* era sottoposta ad intervento di artroprotesi al ginocchio destro secondo le indicazioni proprie di questo trattamento che si attuava senza evidenza di complicanze. Normale

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

risultava il decorso post operatorio. Pertanto si giudicano conformi alle Linee Guida ed alle buone pratiche mediche il trattamento chirurgico e l'assistenza prestati dal personale sanitario alla paziente presso la Casa di Cura "CP_1 . I trattamenti chirurgici cui era sottoposta la sig.ra Pt_1 presso la Controparte_1 non integrano il concetto di prestazioni che presentino particolari difficoltà tecniche, come espresso dall'art. 2236 codice civile. Le sequele allo stato presentate dalla sig.ra Pt_1 sono rappresentate da una infezione della protesi del ginocchio destro da contaminazione da Staphylococcus diagnosticata la prima volta nel novembre 2003. Essendo stata posta la diagnosi di infezione della protesi a distanza di soli 5 mesi dalla sua realizzazione, secondo il criterio del "più probabile che non" si deve ritenere il processo settico a genesi nosocomiale (o correlata alle pratiche assistenziali) intendendo per questa, secondo la definizione del Center Disease of Control, quella insorta durante il ricovero in ospedale e che non era manifesta clinicamente né in incubazione al momento della dimissione in ospedale.1 Nel caso in esame l'osteomielite che si è realizzata, di fatto rientra nel novero delle infezioni post-chirurgiche per contiguità, 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 è noto l'elevato tropismo dei patogeni per gli stessi essendo in grado di formare un biofilm con capacità

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

nutritive e difensive. Dalla lettura della documentazione sanitaria si ascrivono i postumi evidenziati in persona della sig.ra *Pt 1* all'intervento chirurgico espletato presso la *[...]* *Controparte 12* in quanto seppure ogni intervento chirurgico presenta un intrinseco rischio infettivo, esso può essere ridotto controllando le variabili estrinseche ma di ciò non vi è prova nella documentazione presente in Atti. Nulla, infatti, è riportato in merito ad interventi finalizzati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere: così, non risulta documentata l'attuazione di protocolli relativi a disinfezione e sterilizzazione di ambiente e materiali, la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento, non dimostrando così di aver posto in atto quei provvedimenti atti ad abbattere il rischio infettivo anche attraverso report periodici del monitoraggio dei germi patogeni. In tal senso, quindi, venendo a mancare la prova da parte della *Controparte 12* dell'avvenuta corretta prevenzione del rischio infettivo, la genesi nosocomiale dell'infezione è da ritenersi altamente probabile, prossima alla certezza, contribuendo a tale affermazione la concordanza dei criteri cronologico, topografico nonché di quello della seriazione fenomenologica. Alla stessa *Controparte 1* va in ogni caso attribuito il rimanifestarsi della osteomielite dopo che per circa due anni era rimasta silente (negatività delle scintigrafie con leucociti marcati del 24.08.04 e 04.07.06) in quanto è altamente probabile che si sia avuta la ripresa di un focolaio infettivo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

silente, essendo ben conosciuto il rischio di recidiva dell'infezione (15-20%).

Come poi ben chiarito anche in sede di richiesta consulenza integrativa, deve ritenersi da un lato sussistente la evidente responsabilità della casa di cura in ordine all'intervenuta infezione nosocomiale , alcun profilo di responsabilità potendo essere ascritta in capo al dott. CP_2 , essendo l'omissione dei provvedimenti atti e finalizzati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere ascrivibili in via esclusiva alla struttura ospedaliera (vedi in tal senso la ctu ma anche la perizia integrativa in risposta alle osservazioni sollevate dal prof. Per_4 alla quale per correttezza e congruità delle argomentazioni ci si riporta integralmente.

Alla stregua dei rilievi tecnici acquisiti può pertanto ritenersi sussistente la responsabilità esclusiva della clinica CP_1 , potendosi escludere qualsiasi responsabilità del medico pure convenuto.

Passando alla quantificazione del danno , l'ausiliario del giudice ha chiarito che i postumi evidenziati sono rappresentati da anchilosi in estensione del ginocchio destro, caviglia atteggiata in adduzione con limitazione di ¼ del movimento di flessione dorsale, l'arto inferiore sinistro risulta accorciato di 4 cm. Presenza di n° 2 esiti cicatriziali lunghi circa 35 cm di aspetto in parte cheloideo ed infossato. Impossibilità a mantenere la stazione eretta e a deambulare autonomamente, con necessità di una sedia rotelle. Tali postumi sono da ritenersi permanenti e

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

concretizzano un danno biologico, inteso quale menomazione dell'integrità psico-fisica del soggetto in sé per sé considerata, che sulla base dei Barèmes di usuale consultazione medico leale può essere quantificato nella misura del 40% (quaranta percento).

Per quanto attiene al danno temporaneo, l'I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale) attribuibile alla infezione nosocomiale è stata di giorni 90 (novanta), mentre l'I.T.P. (Inabilità Temporanea Parziale) è stata di 15 mesi (quindici), valutabili ad un tasso medio del 50% come sintesi di un periodo più lungo a scalare (vedi amplius anche la consulenza integrativa, laddove si ribadisce la quantificazione operata tenendo conto che il 60% ai fini quantificatori sia previsto per la disarticolazione coxo-femorale, quadro caratterizzato dall'assenza dell'arto in toto e che pertanto non può applicarsi al caso in trattazione).

Adottando pertanto le tabelle milanesi, è possibile quantificare il danno nella misura di euro 372807,00 (previa devalutazione del danno al 2003 e con interessi per euro 73211,00 e rivalutazione per euro 57596,00 , prendendo con riferimento un danno base al 2003 di euro 300.000,00 nel range consentito dalla tabella milanese in considerazione delle condizioni di vita dell'attrice , ormai seduta su sedia a rotelle e limitata anche qualitativamente nella sua vita , essendo costretta a dipendere da terzi per ogni aspetto della giornata). Sull'importo così calcolato decorreranno gli interessi legali dalla pubblicazione della sentenza al soddisfo.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Assorbite le domande di chiamata in garanzia delle Pt_6 Pt_2 e CP_4 dal rigetto della domanda risarcitoria avanzata nei confronti di Controparte_2 occorre valutare la domanda di manleva avanzata dalla casa di cura nei confronti di [...] Controparte_3 Sul punto, occorre rilevare che la clinica convenuta ha ritualmente prodotto in giudizio appendice [redacted] dalla quale si evince che Controparte_3 abbia sottoscritto, anteriormente al contratto prodotto dalla stessa, un precedente contratto subentrando nei confronti della clinica CP_1 [...] a Controparte_13 a decorrere dal primo gennaio 2003 e fino alla data del 22 luglio 2003 , tenendo indenne l'assicurato (clinica CP_1) tra l'altro per i sinistri denunziati entro un termine massimo di cinque anni dalla data di scadenza della applicazione sottoscritta a condizione che il fatto che ha dato origine alla richiesta risarcitoria si sia verificato nel periodo intercorrente dall'1\1\2013 al 22\07\2013 , il contraente aderisca al nuovo regime convenzionale (cfr. appendice [redacted] con la quale Cont subentrava a Controparte_13 , ravvisandosi tutti i presupposti per l'operatività della polizza , essendo il fatto verificato il 23 giugno 2003 , essendo stato denunziato nei 5 anni successivi e avendo la clinica aderito come comprovato alla convenzione Org_4 ; deve tra l'altro rilevarsi che la convenzione Org_4 è successiva e posteriore a tale precedente accordo convenzionale non essendovi prova documentale che per il contratto 1\1\2003 – 22\07\2003 Cont agisse quale coassicuratrice

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

cosa che si sarebbe verificata successivamente con la stipula della convezione Org_4).

Va pertanto accolta la domanda di manleva avanzata dalla clinica nei confronti di Controparte_3 .

Quanto alle spese processuali, le stesse seguono la soccombenza con riguardo al rapporto processuale tra l'attrice e la clinica convenuta, potendo essere compensate con riguardo a CP_2 [...] in ragione dell'accertamento della sua esenzione di responsabilità solo a seguito dell'espletata ctu medica; potranno infine essere compensate le spese tra Controparte_2 e le assicurazioni chiamate in garanzia, dovendo seguire la soccombenza le spese processuali tra la clinica CP_1 e Controparte_3

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

P. Q. M.

Il Tribunale di S. Maria C.V., quarta sezione civile , definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da [...] Pt_1 nei confronti di Controparte_2 e [...] Controparte_14 in persona del legale rapp.te p.t., con la chiamata in garanzia di Controparte_3 [...] , assicuratrice Parte_2 Controparte_15 , così provvede :

1°) accoglie la domanda e per l'effetto condanna la [...] Controparte_1 , in persona del legale rapp.te

p.t., al risarcimento dei danni subiti dall'attrice che liquida in complessivi euro 372807,00 oltre interessi legali dalla pubblicazione della sentenza al soddisfo sulla sola sorte capitale;

2°) Condanna la *Controparte_1* , in persona del legale rapp.te p.t., alla rifusione delle spese processuali sostenute dall' attrice , liquidate in complessivi euro 15000,00 di cui 1670,00 per spese , oltre spese generali, cpa ed iva come per legge ; pone le spese di ctu definitivamente a carico della la *Controparte_1* , in persona del legale rapp.te p.t.;

3) accoglie la domanda di manleva avanzata dalla *[...]* *Controparte_1* nei confronti di *Controparte_3*

4) condanna *Controparte_3* al pagamento delle spese processuali sostenute da *Controparte_1* che liquida in euro 8000,00 oltre spese generali, cpa ed iva come per legge in favore degli avvocati [redacted] e [redacted] antistatari;

5) rigetta la domanda nei confronti di *Controparte_2* , rimanendo assorbita in tale rigetto la domanda di manleva da quest'ultimo avanzata nei confronti di *Parte_2* e *Controparte_4* , compensando tra tutte le parti le spese di lite.

Così deciso in Caserta il 05.03.18.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it