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:

ORDINANZA

nella causa n° 11143 del Ruolo Generale Civile dell'anno 2017, avente ad oggetto: risarcimento danni, vertente tra

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

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

Conclusioni :

come in atti .

In fatto e in diritto.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Con ricorso ex art. 702 bis cpc Parte_1 deduceva che , sottoposta in passato ad intervento di protesizzazione bilaterale di anca , aveva effettuato l'undici maggio del 2009 ulteriore intervento di riprotesizzazione dell'anca destra .

Non essendo stato correttamente posizionato lo stelo della protesi d'anca , era stata sottoposta a nuovo intervento chirurgico nel gennaio del 2010 sempre presso la struttura convenuta senza riuscire a deambulare e essendo certificata ai suoi danni la presenza di infezione della protesi anca destra con fistole secernenti per lo sviluppo di staphilococco epidermidis .

L'espletata atp innanzi all'intestato Tribunale aveva accertato la sussistenza di nesso di causalità tra gli intervenuti subiti presso la struttura sanitaria convenuta e i danni da infezioni dell'attrice costretta su una carrozzina e impossibilitata a deambulare per cui 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 la rinnovazione della consulenza medica e per il rigetto dell'avversa domanda.

All'udienza del 16 luglio 2018, il giudice riservava la decisione.

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.

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 in sede di art. 696 bis cpc, occorre rilevare che l'attrice, "era operata presso la *Cont* Osp. "*Org_1* di Napoli di protesi di anca bilateralmente dieci dodici anni prima.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

In data 11 maggio 2009 per l'insorgere di una sintomatologia algica si recava presso la casa di cura "Organizzazione_2 affidandosi alle cure degli ortopedici che la sottoponevano a riprotesizzazione dell'anca destra. L'esame radiografico praticato all'ingresso evidenziava: "esiti di protesizzazione bilaterale di anca con evidenza a dx di coppetta acetabolare extraruotata". Il giorno successivo il ricovero era praticato l'intervento chirurgico di revisione. L'esame radiografico post operatorio mostrava: "lievemente extra ruotata la coppetta acetabolare". Il 23 maggio era dimessa con tm e prescrizione di F.K.T. I trattamenti FKT prescritti post-intervento evidenziavano al fisioterapista, dopo circa 1 mese dall'intervento, che erano di indaginosa attuazione per cui l'attrice si sottoponeva, il 30 giugno, ad Rx bacino-femore destro che evidenziava la presenza di "frattura spiroide del femore destro in esiti di recente protesizzazione con infibulo metallico endomidollare. Lieve angolazione dei capi fratturativi con apice dell'infibulo metallico a sede extra-femorale", per cui era trattata presso la Organizzazione_2 con doccia gessata dagli stessi ortopedici. La Rx era ripetuta, sotto carico, il 30 settembre ed in tale occasione era evinta la presenza di "dismetria degli arti con prevalenza del sinistro rispetto al controlaterale di cm 1.8. Esiti di pregresso intervento chirurgico di artroprotesi coxofemorale con estremità distale dell'innesto protesico di destra posizionato nel contesto dei tessuti parostali del terzo inferiore di coscia. Presenza di tenue capsula fibrosa

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

periprotesica…". Quindi i controlli strumentali successivi dell'arto inferiore destro e delle ginocchia evidenziavano la sussistenza di gonartrosi ed a destra presenza di protesi d'anca con stelo non correttamente posizionato. L'11 gennaio 2010 la sig.ra *Pt_1* si ricoverava nuovamente presso la *Org_2* *[…]* con diagnosi d'ingresso "coxalgia acuta a dx da sospetta mobilizzazione PTA". L'esame radiografico praticato all'ingresso mostrava "esiti di protesizzazione completa di anca bilateralmente con chiodo endomidollare a dx disassiato". Il giorno successivo era sottoposta ad intervento di sostituzione di protesi dell'anca a destra. Il 19 gennaio era dimessa con diagnosi di "mobilizzazione asettica della componente femorale su esiti di riprot. anca destra; operata". Anche dopo questo intervento la perizianda riferiva che non riusciva a deambulare autonomamente, affermando che la ferita chirurgica "non si chiudeva" e secerneva materiale purulento per cui era posta diagnosi di infezione protesi anca destra con fistola secernente. Il 27 gennaio praticava visita specialistica presso il dott. *Per_1* che certificava la presenza di "infezione protesi anca dx, con fistola secernente" e suggeriva "valutazione e cura c/o centro di riferimento malattie infettive dell'osso". Il 7 febbraio 2012 controllo specialistico presso il prof. *Per_2* primario di Ortopedia dell' *Org_3* di Milano che diagnosticava: "infezione fistolizzata protesica d'anca a destra" e suggeriva procedura chirurgica (cfr. amplius in ctu).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il 31 maggio 2012 la sig.ra *Pt_1* era ricoverata presso l'*Organizzazione_4* di Milano con diagnosi d'ingresso di: "infezione fistolizzata protesica d'anca a dx". Si praticava RX bacino ("A destra, si osserva esteso riassorbimento osseo attorno a fittone protesico femorale ed al cerchiaggio metallico, con perdita di sostanza ossea soprattutto dal versante laterale, per mobilizzazione e complicanza settica…") e scintigrafia globale ("sono emersi elementi indicativi per processo settico periprotesico femorale (a dx), esteso a gran parte dello stelo"). Nel mese di giugno dello stesso anno si sottoponeva, presso l'*Org_3* ad intervento chirurgico di rimozione di protesi totale anca destra ed impianto di spaziatore antibiotato. L'esame microbiologico praticato sul materiale secreto evidenziava la presenza di Staphilococco epidermidis. Seguivano diversi altri ricoveri presso l'*Organizzazione_5* di Milano, durante il ricovero si evidenziava una recidiva di infezione di protesi articolare dell'anca destra per cui l'attrice si rivolgeva alle cure di una infettivologa. Nel marzo 2104 si rivolgeva agli ortopedici della *Co*. Osp. "*Org_6* di Napoli, dove i sanitari diagnosticavano "infezione di RpTA anca destra", e procedevano alla rimozione della protesi stessa (cfr. amplius in ctu).

Come chiarito dal ctu nominato, l'osteomielite può essere definita acuta (< 6 mesi) o cronica (> 6 mesi) a seconda della durata dell'infezione; oppure ematogena o contigua in relazione alla via di diffusione dell'agente eziologico. 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

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

è spesso difficile ed avviene mediamente 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 negativi e gli streptococchi (osteomieliti post-traumatiche o post-chirurgiche, osteomieliti secondarie ad ulcere da decubito o piede diabetico). I batteri gram negativi, in particolare Pseudomonas aeruginosa ed Enterobacteriaceae (Escherichia coli, Proteus spp,..) sono maggiormente responsabili di osteomieliti in ambiente nosocomiale. Le osteomieliti micotiche sostenute da Candida spp, rappresentano comunemente la complicanza di fungemie associate a presenza di dispositivi endovascolari. 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.), nonché i pazienti affetti da anemia falciforme; 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 dell'osso attraverso i canali di *Org_7* .

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

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

l'infezione si realizza per contaminazione diretta della ferita o come complicanza 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 (IL-6, Il-1, IL-12) 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 associata riduzione della vascolarizzazione ossea cui consegue estensione della necrosi a livello dell'osso devitalizzato (sequestro osseo).

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 anche presente febbricola e, in una percentuale discreta di 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, specie 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% deicasi, 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

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

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 della 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. Già nella fase acuta sono apprezzabili alterazioni di intensità di segnale, in particolare dovuto all'aumento della componente idrica tissutale secondaria all'infiammazione. Altri esami radiologici di ausilio diagnostico sono la scintigrafia con Tc99, la scintigrafia al gallio 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 radiofarmaco o delle cellule autologhe irradiate già a 48 ore dalla comparsa dei sintomi, sebbene abbiano lo svantaggio di essere poco specifici, risultando positivi qualora concomitino altri processi infiammatori (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. La durata minima della terapia antibiotica è di 8-12 settimane e, nelle prime fasi, deve essere somministrata per via venosa. 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 l'ausilio del 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 aumentarevascolarizzazione locale dell'osso; rimozione di eventuali mezzi di sintesi con analisi microbiologica. Alla terapia specifica si associa la terapia ortopedica che mira a limitare le deformità residue, evitando il carico sulle

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

articolazioni interessate, mediante opportuni apparecchi gessati e tutori di scarico.

Con riguardo al caso di specie, la ricorrente risulta "affetta da postumi di ri-protesizzazione anca dx con frattura post-chirugica del femore dx. Nuova riprotesi con infezione settica ed osteomielite cronica del bacino e femore dx con espianto PTA infetta. I trattamenti sanitari prestati, durante e dopo l'intervento chirurgico, risultavano mediamente in contrasto con i corretti indirizzi clinici, tanto da determinare un risultato peggiorativo rispetto alla situazione prima dell'intervento, con un danno all'integrità fisica della paziente. I trattamenti ortopedici erano stati praticati con negligenza, causando un danno all'integrità psico-fisica della perizianda. La perizianda veniva sottoposta ad intervento di ri-protesizzazione totale d'anca dx per usura, con successiva frattura post-operatoria a livello dell'apice dello stelo quindi si deduce l'inappropriato tecnicismo chirurgico adoperato in questo caso, aggiungendosi l'infezione settica della ferita chirurgica con conseguente osteomielite del bacino e femore dx. Non sussiste un rapporto causale tra l'osteomielite e l'intervento precedente di protesizzazione bilaterale di anca, effettuato presso l'*Cont* Osp. A. *Org_1* di Napoli, non essendo integrato il criterio cronologico in quanto era stato praticato ben 8 – 10 anni prima. Per la perizianda si manifesta una osteomielite che rientra in quelle infezioni post-chirurgiche per inoculo diretto, mostrando la fase chirurgica il momento in cui più verosimilmente, ed in assenza di ulteriori momenti eziologicamente validi, può realizzarsi una contaminazione

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

del campo operatorio cui consegue la colonizzazione del mezzo di sintesi laddove è noto l'elevato tropismo dei patogeni per questi essendo in grado di formare un biofilm con capacità nutritive e difensive. Nel caso in discussione l'evidenziazione settica si verificava nel gennaio 2012 (circa 30 mesi dal 1° intervento ed a circa 2 anni dal 2° intervento di riprotesizzazione) potendosi così codificare tale infezione post chirurgica come di tipo ritardato, intendendo quel processo settico che si manifesta in un lasso di tempo pari o superiore ai 24 mesi, rendendo logici gli interventi chirurgici demolitivi successivamente effettuati. Deve pertanto ritenersi che l'infezione subita dall'istante di genesi iatrogena debba essere ricondotta a genesi nosocomiale , insorta nella specie durante il ricovero presso la struttura sanitaria convenuta , essendosi nella specie verificata una osteomielite , rientrante nel novero delle infezioni post chirurgiche per inoculo diretto costituendo la fase chirurgica il momento in cui più verosimilmente , in assenza di ulteriori momenti etiologicamente idonei , può realizzarsi una contaminazione del campo operatorio . In presenza di criterio cronologico e topografico (nonchè di seriazione fenomenologica e di esclusione di ulteriori momenti causali idonei) deve conclusivamente ritenersi l'infezione a genesi nosocomiale ed in diretto rapporto causale con gli interventi di riprotesizzazione praticati presso la clinica convenuta il 5 maggio 2009 e il 12 gennaio 2010. Né può inficiare il ragionamento del ctu la solo assunta da parte del consulente di parte sterilizzazione da parte della struttura sanitaria delle

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sale operatorie , non essendo stata tale documentazione neppure prodotta in atti.

Alla luce degli acquisiti elementi deve ritenersi per le indicate ragioni sussistente nei limiti indicati la responsabilità della convenuta nella verificazione dei danni costituiti dalla impossibilità del reimpianto della protesi con incapacità dell'attrice di sollevarsi e mantenere la stazione eretta , oltre che di deambulare in modo autonomo , necessitando di una carrozzina per disabili . Il ctu ha pertanto correttamente quantificato il danno non patrimoniale in una invalidità permanente del 35% oltre ad una inabilità temporanea totale di 900 giorni . Adottando pertanto le tabelle milanesi è possibile quantificare il danno nella misura di euro 283586,00 (previa devalutazione al 2009 e con interessi per euro 20086,00 e rivalutazione per euro 25733,00) oltre interessi legali sulla sola sorte capitale dalla pubblicazione del provvedimento al soddisfo.

Le spese processuali , comprese quelle di atp , seguono la soccombenza come per legge, nulla potendo essere liquidato in favore del ctp in presenza di sola proposta di fattura e in assenza di prova di corresponsione di somme .

P. Q. M.

Il Tribunale di S. Maria C.V., quarta sezione civile , definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[...] nei confronti di [redacted] CP_1 , in persona del legale rapp.te p.t., in accoglimento della domanda per quanto di ragione, così provvede:

1°) accoglie la domanda e per l'effetto condanna parte convenuta al risarcimento dei danni subiti dall'attrice che liquida in complessivi euro 283586,00 oltre interessi legali dalla pubblicazione del provvedimento al soddisfo sulla sola sorte capitale;

2°) Condanna parte convenuta alla rifusione delle spese processuali di atp e di giudizio sostenute dall' attrice , liquidate in complessivi euro 12135,00 di cui 460,00 per spese , oltre spese generali, cpa ed iva come per legge in favore dell'avvocato [redacted] antistatario ; pone le spese di consulenza in sede di atp definitivamente a carico della parte convenuta.

Così deciso in Caserta il 23.07.18.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it