R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI TARANTO

- Terza Sezione Civile -

Il Giudice Unico, dott. Remo Lisco ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa iscritta in primo grado nel registro generale affari contenziosi civili sotto il numero d'ordine 9066 dell'anno 2014, avente per oggetto: risarcimento danni,

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1*), con l'Avv. [redacted]

attore

E

Controparte_1 (c.f. *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante, Avv. P. [redacted] rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted]

convenuta

NONCHE'

Controparte_2 (c.f. *C.F._2* , *CP_3* (c.f. *C.F._3*) e *CP_4* (c.f. *C.F._4* , quali eredi di *Persona_1* , con gli Avv.ti [redacted] e [redacted]

terzi chiamati

E

CP_5 (c.f. *C.F._5*), con dagli Avv.ti [redacted] e [redacted]

terzo chiamato

NONCHE'

Controparte_6 (c.f. e p.i. *P.IVA_2*), in persona del procuratore, dott. *Persona_2* , con l'Avv. [redacted]

altra terza chiamata

All'udienza del 07.05.2019, la causa veniva trattenuta in decisione con l'assegnazione dei termini ex art. 190 c.p.c., sulle conclusioni riportate nel relativo verbale, da intendersi qui integralmente trascritte.

MOTIVI DELLA DECISIONE

* rilevato che *Parte_1* conveniva davanti a questo Tribunale la *Controparte_1* *[...]* al fine di vedere risarcito il danno dallo stesso subito a seguito di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

un'infezione contratta in occasione di un ricovero presso la predetta struttura sanitaria, protrattosi dal 12.09.2009, nel corso del quale veniva eseguito un intervento chirurgico per una cervicobrachialgia in soggetto con ernia del disco C5-C6, fino al 14.09.2009, data in cui veniva dimesso;

* rilevato che la convenuta, costituitasi, contestava la fondatezza dell'avversa domanda e chiamava in causa il dott. *CP_5* e gli eredi del dott. *Persona_1* (quali asseriti chirurghi operatori) al fine di essere manlevata e tenuta indenne in caso di condanna;
* rilevato che gli eredi del dott. *CP_3* in epigrafe indicati, costituitisi, contestavano la fondatezza delle domande proposte e chiamavano in causa la *Controparte_7* *[...]* al fine di essere manlevati in caso di condanna;
* rilevato che *CP_5* costituitosi, eccepiva che sulla domanda promossa dalla casa di cura nei suoi confronti dovesse decidere il giudice del lavoro competente ovvero che detta domanda fosse inammissibile; nel merito rilevava che la domanda attorea era infondata e che comunque egli, nel caso di specie, era stato il secondo operatore; aggiungeva che la casa di cura, che chiamava in causa, ove in via subordinata fosse stata riconosciuta una sua responsabilità, dovesse essere dichiarata tenuta a risarcire in via diretta ed esclusiva il danno ovvero dovesse tenerlo indenne da ogni conseguenza; aggiungeva che la convenuta era tenuta a stipulare una polizza assicurativa della quale avrebbe potuto beneficiare anche l'operatore sanitario;
* rilevato che la *Controparte_8* costituitasi, si opponeva all'accoglimento della domanda;
* osservato preliminarmente che dalla lettura dell'atto di citazione emerge che l'attore richiede il risarcimento del danno conseguente all'infezione assertivamente contratta in sede nosocomiale (cfr. pagg. 3 e 4 dell'atto introduttivo);
* rilevato, con riguardo all'eccezione preliminare sollevata dall' *CP_5* (cognizione del giudice del lavoro), che non sono emersi sufficienti ed adeguati elementi, utili al fine di inquadrare lo specifico rapporto intercorso fra la convenuta e detto terzo fra quelli ricompresi nell'art. 409 c.p.c;
* ritenuto che la domanda avanzata dall'attore nei confronti della convenuta possa trovare accoglimento, per quanto di ragione, mentre infondate appaiono le domande proposte dalla convenuta nei confronti dei sanitari (o dei rispettivi eredi), con assorbimento della domanda avanzata nei confronti della compagnia di assicurazione; osservato, infatti, che il c.t.u. medico-legale, dott. *Persona_3*, nominato nel corso del procedimento, ha

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

fatto rilevare: "*...Si tratta, quindi, di un'infezione del sito chirurgico che ha complicato il decorso post-operatorio, determinando un allungamento del periodo di malattia e di convalescenza e, come abbiamo visto, anche un peggioramento degli esiti attesi per quel tipo di intervento. Dalla documentazione in esame si evince, invece, che l'indicazione all'intervento era corretta; e che anche la metodica adoperata rientra tra quelle in uso per la patologia discale di cui si discute. Va detto, per completezza, che l'intervento non risolse l'ernia discale, presente agli esami di immagine anche in occasione dei controlli post-operatori. E che la descrizione dell'intervento estremamente sintetica contenuta in cartella clinica non consente alcuna valutazione di merito sulle modalità e la tecnica chirurgica. Abbiamo già detto che la spondilodiscite insorta nel postoperatorio rientra senza alcun dubbio tra le infezioni del sito chirurgico. Ed allo specifico riguardo, non è in discussione la condotta dei chirurghi operatori della casa di cura convenuta. Mentre è evidente che il post-operatorio è stato segnato dalla comparsa della spondilodiscite infettiva della quale si è detto. Si tratta di tipico esempio di infezione correlata all'assistenza e - più precisamente, come si è detto- di infezione del sito chirurgico, contratta nel corso della degenza ospedaliera e manifestatasi dopo il consueto periodo di incubazione. Secondo la definizione dell'* Organizzazione_1 *, per infezioni nosocomiali o infezioni correlate all'assistenza (ICA) si intendono infezioni insorte nel corso di un ricovero ospedaliero, che non erano manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ammissione, e che si rendano evidenti dopo almeno 48 ore dal ricovero, durante la degenza stessa o dopo la dimissione. Le infezioni ospedaliere sono tra i principali indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria. I dati fomiti dal nostro Istituto Superiore di Sanità stimano in circa cinquecentomila su nove milioni e mezzo di ricoverati l'anno i soggetti che contraggono un'infezione nosocomiale (con una percentuale compresa tra il 5% e il 7%). Le infezioni ospedaliere rappresentano una sfida per la comunità scientifica e per il Sistema Sanitario Nazionale ed implicano problematiche di natura terapeutica, economica, etico-deontologica e giuridica. La loro insorgenza, infatti, comporta un prolungamento dei tempi di degenza con oneri aggiuntivi per il SSN ed evidenti conseguenze negative anche sulla collettività. Alcuni fattori contribuiscono tipicamente ad aumentare la percentuale delle infezioni correlate all'assistenza: la presenza di pazienti immunocompromessi, le manovre diagnostico-terapeutiche invasive ed il progressivo invecchiamento della popolazione ospedaliera. Gli agenti eziologici comprendono patogeni tradizionali e patogeni opportunisti (microrganismi*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

generalmente non patogeni che divengono tali in ospiti immunocompromessi). Si tratta generalmente di batteri ed, in misura minore, di virus e miceti. Si possono distinguere: a) infezioni endogene, sostenute da un patogeno presente nell'organismo che diviene patogeno per le ridotte difese dell'ospite; b) infezioni esogene, determinate da patogeni trasmessi dall'ambiente o da un altro paziente. La trasmissione delle infezioni può avvenire per via aerea, per contatto diretto o indiretto o per veicolo comune (quando siano contaminate più persone attraverso un unico mezzo). La trasmissione per contatto è senza dubbio la più frequente, dovuta nella gran parte dei casi al contatto manuale ad opera del personale. È evidente, quindi, che punto centrale per sperare in un controllo ed una riduzione dei rischio di *Org* *è costituito dalla prevenzione, realizzata mediante regole codificate e rigorose, e da altrettanto solidi sistemi di sorveglianza. Il principale organo di controllo e di denuncia delle infezioni nosocomiali è costituito dal* *[...]* *Controparte_9* *la cui istituzione risale al 1985 quando il* *Controparte_10* *(con circolare n. 52/85) definì il Comitato per le infezioni ospedaliere come organo per la strategia di contrasto alle infezioni nosocomiali, identificando, in tal modo, anche le figure dei responsabili della gestione del problema del quale si discute. Si tratta di un approccio multidisciplinare finalizzato a realizzare provvedimenti organizzativi da attuare all'interno del singolo presidio ospedaliero. Il CIO definisce le linee di intervento per contrastare le infezioni ospedaliere, predispone i piani annuali di intervento a livello aziendale, verifica l'attuazione dei programmi di sorveglianza e di controllo e la loro efficacia, valuta i metodi e l'operatività in atto per il controllo delle infezioni professionali del personale degli ospedali, redige la relazione annuale da trasmettere al Direttore Generale nella quale si riporta la sintesi delle attività svolte, i risultati raggiunti e le risorse impegnate. All'interno del CIO viene nominato il gruppo operativo (GO), composto di solito da un igienista della Direzione medica di presidio, infettivologo, un microbiologo, infermieri specificamente formati, un farmacologo clinico od un farmacista ospedaliero che svolge attività di integrazione e collegamento tra le diverse realtà ospedaliere. Il Gruppo, inoltre, è diretto interlocutore delle istituzioni pubbliche sanitarie locali, regionali e nazionali. Il gruppo operativo ha la funzione istituzionale di mettere in atto i progetti pianificati e approvati dal CIO: - indagini epidemiologiche, studi d'incidenza e prevalenza; - elaborazione e stesura di protocolli: isolamento, sanificazione e disinfezione e antisepsi in ospedale, prevenzione, diagnosi e terapia delle infezioni associate all'uso di cateteri vascolari, procedure igienico-sanitarie in odontostomatologia, etc; - informazione e formazione; -*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

valutazioni igienico-comportamentali (periodiche) nei blocchi operatori , nelle sale di odontoiatria etc; - gestione di eventi epidemici; - collaborazione con i gruppi di lavoro istituiti ad hoc dai CIO: gruppo sterilizzazione, gruppo profilassi chirurgica, etc. La struttura é articolata in due livelli: il Comitato, che ha funzioni di programmazione, organizzazione e controllo, ed un ristretto gruppo operativo responsabile dell'attuazione degli interventi, della messa in opera quotidiana dei protocolli stabiliti per la strategia globale decisa dai Comitato. Per essere validi, i programmi di prevenzione e controllo delle ICA devono prevedere necessariamente la corretta applicazione dei processi di decontaminazione e sanificazione rispondenti a precisi protocolli. Per controllare e ridurre le infezioni ospedaliere è necessario che le *[...]* *CP_11* *agiscano su più fronti: l'attuazione di azioni sulle strutture ospedaliere, sui sistemi di ventilazione e sui flussi di acqua, sull'igiene del personale e dell'ambiente; l'individuazione di personale dedicato alla sorveglianza; un protocollo di sorveglianza attiva delle infezioni che si manifestano e un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni stesse nei diversi presidi; la formazione del personale dedicato al trattamento dei pazienti, soprattutto nelle aree critiche di terapia intensiva e chirurgica, e di quello dedicato alla raccolta e analisi dei dati. La prevenzione, quindi, costituisce il momento fondamentale del percorso per ridurre l'incidenza delle ICA e comprende interventi organizzativi di sorveglianza e di controllo ed anche di educazione del personale (lavaggio della mani); nonché il rispetto di criteri architettonici nella costruzione di nuove strutture ospedaliere e nella ristrutturazione di quelle esistenti. Il tutto finalizzato a ridurre la contaminazione, facilitare la disinfezione e costituire zone filtro nei percorsi dei materiali e dei pazienti in ottemperanza a quanto previsto dalle norme nazionali anche in relazione ai requisiti minimi strutturali per l'esercizio delle attività sanitarie nell'ambito delie strutture pubbliche e private e sia dalla normativa europea che stabilisce regole precise in relazione all'organizzazione ed al coordinamento dei processi aziendali. Nei casi di infezioni correlate all'assistenza, la struttura sanitaria è in grado di provare che la complicanza non dipende da propri inadempimenti soltanto se è in grado di dimostrare che l'organizzazione dispone di un programma di profilassi e sanificazione ed anche di procedure codificate per tutte le procedure finalizzate alla prevenzione, al controllo ed al contrasto delle infezioni. Nel caso del sig.* *Pt_1* *, nel caso non fosse disponibile la documentazione sopra richiamata, dovrebbe concludersi per una responsabilità organizzativa della struttura alla quale sono conseguiti la complicanza infettiva della*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

quale si discute, l'allungamento del periodo di temporanea ed i più gravi esiti a distanza dell'intervento…"; nella risposta alle osservazioni di parte convenuta lo stesso consulente osserva: "*…Chiariamo, inoltre, che quando affermiamo che la spondilodiscite insorta nel post-operatorio rientra senza alcun dubbio tra le infezioni del sito chirurgico. Ed allo specifico riguardo, non è in discussione la condotta dei chirurghi operatori della casa di cura convenuta intendiamo sostenere proprio quello che attesta il dr.* CP_3 *nella sua nota: non tanto in relazione all'asetticità dell'ambiente, della quale diremo a breve, bensì in relazione alle condotte abituali degli operatori, ben consci delle precauzioni (abbigliamento di sala operatoria, lavaggio chirurgico ecc) indispensabili per ridurre il rischio di infezioni nosocomiali. Soltanto in tal senso, quindi, riteniamo che non sia in discussione la condotta dei singoli operatori, poiché se, in coscienza, il dr.* CP_3 *ritenne di attestare che l'intervento era stato effettuato in ambiente assolutamente asettico, evidentemente era testimone della cura dei suoi colleghi nel prepararsi agli interventi nel rispetto di tutte le precauzioni individuali di cui abbiamo detto. D'altra parte, mentre è certamente possibile testimoniare in relazione al rispetto delle procedure da parte dei singoli operatori, con altrettanta certezza si deve riconoscere che questo non è certamente possibile per tutto ciò che riguarda l'ambiente, la sterilizzazione dei ferri chirurgici e la condizione di salute individuale di ogni singolo operatore presente nelle sale operatorie: poiché tali variabili inevitabilmente sfuggono al controllo di ciascuno di noi che non è in grado di verificare, ictu oculi, se e quanto un ambiente, un ferro chirurgico o, addirittura, un operatore sia microbiologicamente contaminato. Non ci è sfuggito, infatti, e non discutiamo del rispetto delle procedure richiamate dall'avv.* [redacted] *parte della* CP_1 *convenuta in giudizio, ma non abbiamo alcuna possibilità di verificare, in concreto e per il singolo caso di cui discutiamo, se qualcuna delle molteplici variabili potenzialmente responsabili delle infezioni post-chirurgiche (ambiente, personale, sanitario, ferri chirurgici) abbia inficiato la tenuta della delicata catena delle prevenzione. In secondo luogo, non vi è dubbio che la spondilodiscite sia eziologicamente correlata all'intervento. Il tempo di evoluzione del quadro clinico non lascia, al riguardo, alcuna perplessità. Cosicché tutte le considerazioni sulla documentazione delle procedure finalizzate alla prevenzione, al controllo ed al contrasto delle infezioni; alla asserita asetticità delia sala operatoria od alle eventuali responsabilità del paziente stesso) potrebbero, tutt'al più, incidere sulle responsabilità dell'infezione ma non certo sul nesso causale che, come già detto, è inequivocabilmente*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

segnato dall'insorgenza e dal decorso clinico della spondilodiscite che, nei termini in cui si è manifestata nel sig. Pt_1 *, non può che essere stata complicanza post-chirurgica dell'intervento di cui si discute. Ancora, sull'eventuale comportamento non corretto addebitabile al* Pt_1 *stesso nel decorso post-operatorio (non si sia attenuto alle raccomandazioni che i sanitari gli consigliarono; ... cambio quotidiano del cerotto che copre la parte interessata... obbligo di non bagnare per alcuni giorni la ferita ecc), davvero impossibile esprimere un parere. Perché negli atti a nostra disposizione manca perfino la lettera di dimissione ospedaliera; e, con essa, tutte le raccomandazioni che, come sostiene correttamente l'avv.* [redacted] *i medici della casa di cura avrebbero avuto l'obbligo di impartire al paziente perché la ferita chirurgica fosse medicata e seguita in ambiente idoneo e da personale adeguatamente addestrato (certamente non dallo stesso paziente mediante il cambio di un cerotto con modalità che nulla hanno a che spartire con la corretta gestione di una ferita chirurgica); ed anche - come correttamente ricorda lo stesso difensore- perché il paziente fosse debitamente istruito a proteggere adeguatamente la medesima ferita chirurgica. Di tutto questo (salvo non sia sfuggito a chi scrive) non vi è traccia in atti. Cosicché non siamo in condizione di sostenere che* Pt_1 *abbia violato prescrizioni delle quali non vi è traccia e di cui, pertanto, ignoriamo tenore e contenuti…*"

* rilevato che con riferimento alla riconducibilità causale dell'infezione contratta dal Pt_1 , in ragione di quanto esposto nella cennata relazione, non può discutersi circa la natura nosocomiale della stessa in relazione al ricovero protrattosi presso la struttura sanitaria convenuta dal 12 al 14 settembre 2009; come è dato evincere soprattutto da quanto innanzi riportato circa la risposta del consulente d'ufficio alle osservazioni di parte convenuta, lo stesso ausiliare individua, però, tra le varie possibili origini dell'infezione, ipotesi anche estranee alla sfera di controllo dei chirurghi operatori chiamati in causa dalla struttura sanitaria; alla luce dei rilievi contenuti nella relazione di c.t.u., irrilevanti, al fine di escludere la responsabilità della struttura, appaiono le relazioni del 24 giugno e del 4 dicembre 2009 della Organizzazione_3 [...] (prodotte dalla convenuta), in quanto, seppur ritenute corrette dal dott. Per_3 nella relazione integrativa, sono riferite al solo "monitoraggio ambientale quartiere operatorio" della casa di cura convenuta e, pertanto, nulla dicono circa il rispetto di tutte le procedure evidenziate dal tecnico nominato d'ufficio ed innanzi riportate; appare, poi, opportuno aggiungere che il rilievo dello stesso ausiliare circa l'estrema sinteticità della cartella clinica che non consente alcuna valutazione di merito sulle modalità e sulla

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

tecnica chirurgica adottata non può condurre all'accoglimento della domanda di manleva avanzata dalla convenuta, in quanto, come innanzi osservato, l'attore, nel proporre la propria domanda risarcitoria, non ha specificamente contestato le modalità e la tecnica chirurgica adottata, ma si duole dei danni subiti in conseguenza dell'infezione contratta durante il ricovero e l'intervento stesso;

* rilevato che dall'espletata c.t.u. è emerso che l'attore, in conseguenza dell'infezione contratta, riportò una inabilità temporanea assoluta della durata di giorni 30, un'inabilità temporanea parziale al 50% per altri giorni 30, un'inabilità temporanea parziale al 25% per altri giorni 120, nonchè postumi permanenti (in termini di maggior danno iatrogeno riconducibile all'infezione) nella misura dell'8-10%, che, in assenza di ulteriori elementi di valutazione, può essere riconosciuta pari al valore medio del 9%;
* rilevato che le conclusioni cui perviene l'ausiliario appaiono condivisibili, in quanto adeguatamente e logicamente argomentate e supportate dalla documentazione medica allegata e dalla visita diretta della paziente; lo stesso ha pure dato argomentata, logica e convincente risposta alle osservazione mosse, rinviando sul punto a quanto dallo medesimo ausiliare osservato nella pare finale della relazione, parzialmente riportata innanzi;
* osservato che per la liquidazione del danno non patrimoniale alla salute debba farsi applicazione, in via equitativa, dei criteri dettati dall'art. 139 d.lgs. n. 209/05 (come aggiornato negli importi dal d.m. 22.07.2019, pubblicato sulla G.U. n. 189 del 13.08.2019) per le c.d. lesioni micropermanenti, vale a dire di misura pari o inferiore al 9 per cento;
* rilevato, pertanto, che a *Parte_1* [redacted] in considerazione dei giorni di inabilità temporanea e dei postumi permanenti riconosciuti, va liquidato il complessivo importo di € 17.046,06, che può essere innalzato fino ad € 20.455,27 (importo già rivalutato all'attualità), vale a dire nella misura del 20%, dovendo ritenersi che, in ragione della tipologia delle lesioni riportate e della durata dell'inabilità temporanea, l'attore abbia patito un'apprezzabile sofferenza soggettiva (cfr. Cass. sez.un. n. 26972/08; n. 26973/08; n. 26974/08; n. 26975/08); all'indicata somma vanno aggiunti gli interessi legali dal 28.02.2012 (data di ricezione da parte della struttura sanitaria della lettera contenente la richiesta risarcitoria e, pertanto, avente natura di atto di costituzione in mora, che, come è noto, in tema di responsabilità contrattuale non è *ex re*, ma *ex persona*) fino al soddisfo, da calcolare sulla somma media fra il suddetto importo e quello devalutato alla predetta data del 28.02.2012;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

* ritenuto che la convenuta debba essere condannata al pagamento delle spese di lite nei confronti delle altre parti, in applicazione del principio di soccombenza, con distrazione, quanto alla posizione degli eredi di *Persona_1*, in favore dei relativi difensori dichiaratisi antistatari; le spese di c.t.u., nella misura liquidata in atti, vanno poste definitivamente a carico della convenuta;

P.T.M.

Il Tribunale di Taranto, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulle domande proposte, così provvede:

a) accoglie, per quanto di ragione, la domanda proposta da *Parte_1* nei confronti della convenuta e, per l'effetto, condanna quest'ultima a pagare in favore dell'attore la somma di € 20.455,27, oltre interessi legali, con la decorrenza e secondo le modalità indicate in motivazione;
b) rigetta le domande avanzate dalla convenuta nei confronti degli eredi di *Persona_1 [...]* e di *CP_5*
c) dichiara assorbita la domanda avanzata dagli eredi di *Persona_1* nei confronti della compagnia di assicurazione in epigrafe indicata;
d) condanna la convenuta a pagare all'attore le spese di lite, che liquida in € 800,52 per esborsi ed € 4.000,00 per compensi, oltre accessori di legge;
e) condanna la convenuta a pagare agli eredi di *Persona_1*, in epigrafe indicati, le spese di lite, che liquida in € 768,18 per esborsi ed € 4.000,00 per compensi, oltre accessori di legge, da distrarre in favore degli Avv.ti [redacted] e [redacted]
f) condanna la convenuta a pagare ad *CP_5* le spese di lite, che liquida in € 765,89 per esborsi ed € 3.800,00 per compensi, oltre accessori di legge;
g) condanna la convenuta a pagare alla compagnia di assicurazione in epigrafe indicata le spese di lite, che liquida in € 3.500,00 per compensi, oltre accessori di legge;
h) pone le spese di c.t.u., come liquidate in atti, definitivamente a carico della convenuta.

Taranto, 26.11.2019

Il Giudice

dott. Remo Lisco

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it