N. R.G. 3872/2020

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di TARANTO

SECONDA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott.ssa Francesca Perrone, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **3872/2020** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato presso il difensore avv. [redacted]

ATTORE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*, con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliata presso il difensore avv. [redacted]

Controparte_2 (C.F. *P.IVA_2*, con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato presso il difensore avv. [redacted]

CONVENUTI

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da note depositate telematicamente all'udienza di precisazione delle conclusioni tenutasi con modalità scritta ex art. 127 ter cpc.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* conveniva in giudizio la *CP_3* e la *[...] CP_4* innanzi all'intestato Tribunale per sentire " I*) Accertare e dichiarare le responsabilità dell' [...] Controparte_5 e dell' Controparte_6 in persona dei relativi rappresentanti legali pro tempore, per i fatti di cui in narrativa e per i relativi danni occorsi al sig. Parte_1 . II) Per gli effetti, condannare l' Controparte_5 e l' Controparte_6 in persona dei relativi rappresentanti legali pro tempore, in via tra loro solidale, e/o alternativa, e/o in relazione alle rispettive accertate responsabilità, al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali in favore dell'attore, così come evidenziati e quantificati nel corpo del presente atto, o nella misura maggiore o minore di giustizia accertata in corso di causa, oltre rivalutazione monetaria e interessi*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

dal dì del dovuto e fino all'effettivo soddisfo; III) Condannare i convenuti al pagamento delle spese e competenze tutte del presente giudizio, nonché di quelle sostenute per il procedimento di mediazione."

A sostegno della domanda, esponeva che, a seguito di un incidente avvenuto in data 04.01.2015 nel quale aveva riportato un grave trauma all'arto superiore sinistro, era stato ricoverato dapprima presso l'Ospedale *CP_7* di *CP_5* e sottoposto ad intervento chirurgico per poi, a seguito del fallimento della prima operazione, essere ricoverato presso il nosocomio [redacted] di [redacted] (BA) per essere nuovamente operato. Lamentava che, a seguito del fallimento di entrambi gli interventi e del peggioramento costante delle sue condizioni cliniche, si era ricoverato a Milano presso [redacted] di Milano, ove finalmente guariva ma con gravi postumi e deficit funzionali e invalidanti.

In particolare, esponeva:

- di essere stato trasportato in data 04.01.2015, in seguito ad una caduta accidentale dalle scale, al Pronto Soccorso dell'Ospedale di [redacted] (BA) ove era stata riscontrata una frattura spiroide, con frammento osseo, al III medio prossimale della diafisi omerale sinistra, composta e con risalita del moncone distale" (cfr. doc. n. 1).
- di essere stato visitato al Pronto soccorso dell'Ospedale di *CP_5* "SS. *CP_7* ove, effettuata consulenza ortopedica che non evidenziava segni di sofferenza venosa/nervosa, gli era stato applicato tutore di spalla e consigliato il ricovero per trattamento chirurgico;
- di essersi ricoverato in data 8.01.2015 nel reparto di Ortopedia e traumatologia del predetto ospedale, e successivamente in data 13.01.2015, di aver subito l'operazione chirurgica di impianto di "Chiodo CTF con 3 viti cefaliche e 3 viti di blocco distale", per essere dimesso in data 15.01.2015

Lamentava che, sin dai giorni immediatamente successivi all'intervento, aveva accusato dolori, sensazione di corpi estranei mobili nonché una vasta tumefazione nella zona scapolo omerale, con fuoriuscite di liquidi dalla ferita; specificava che detto quadro si era aggravato progressivamente con il passare del tempo, con gonfiori su tutto l'arto sinistro e difficoltà motorie dello stesso.

Esponeva ancora che, con una grave infezione in corso, aveva deciso di ricoverarsi in data 25.02.2015 per l'intervento volto a rinsaldare la struttura ossea presso l' *Controparte_8* che veniva eseguito il 02.03.2015 ("Rimozione di chiodo endomidollare – toilette chirurgica – stabilizzazione con fissatore esterno").

Deduceva altresì che l'esame colturale effettuato durante il ricovero, in data 28.02.2015, aveva evidenziato la presenza di "Serratia marcescen" per poi risultare positivo al microorganismo Staphylococcus xylosus il 30 aprile.

Ciò esposto, lamentava l'erronea esecuzione dei due interventi chirurgici (il primo di riduzione sintesi della frattura eseguito a *CP_5* e il secondo di rimozione di chiodo endomidollare – toilette chirurgica – stabilizzazione con fissatore esterno eseguito a [redacted] nonchè il sorgere ed il proliferarsi di una grave osteomielite con grave danneggiamento del nervo circonflesso che aveva portato alla necrosi dell'omero.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

Ritualmente costituitasi, la *Cont* di *CP_5* contestava ogni addebito e così concludeva: "- *rigettare la domanda attorea, così per come formulata; nel merito, accertare e dichiarare l'assenza di qualsivoglia forma di responsabilità contrattuale ed extracontrattuale a carico della CP_3, per come indicata da controparte, respingendo la domanda attorea perché infondata in fatto e in diritto per quanto premesso; - per l'effetto non riconoscere qualsivoglia voce risarcitoria avanzata da controparte. - Con vittoria di competenze di giudizio e accessori di legge".*

Anche la *Cont* di *CP_* si costituiva per eccepire che il danno derivante dalla perdita funzionale del braccio sinistro non fosse addebitabile alla condotta dei medici dell'ospedale di [redacted] contestato anche il quantum, concludeva per il rigetto della domanda.

Disposta la CTU medica dal precedente Magistrato assegnatario ed istruita la causa con l'ascolto dei testi indicati da parte attrice, all'udienza del 17.10.2024 tenutasi con modalità scritta ex art. 127 ter cpc le parti precisavano le rispettive conclusioni con note depositate telematicamente; all'esito, il Tribunale si riservava per la decisione previa assegnazione dei termini di legge ex art. 190 cpc.

La domanda deve trovare accoglimento nei limiti che seguono.

Prima di ricostruire la vicenda medica del paziente, devono essere richiamati gli approdi della giurisprudenza di legittimità in punto di responsabilità professionale sanitaria.

La responsabilità del medico nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico. Sul piano processuale, dunque, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del professionista, restando a carico dell'obbligato l'onere di provare l'esatto adempimento, con la conseguenza che la distinzione fra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non vale come criterio di ripartizione dell'onere della prova, ma rileva soltanto ai fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, spettando, al sanitario la prova della particolare difficoltà della prestazione, in conformità con il principio di generale "favor" per il creditore danneggiato cui l'ordinamento è informato (Cass. Sez. 3, 20 ottobre 2014, n. 2222). Resta a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la dimostrazione dell'assenza di colpa e, cioè, la prova del fatto che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (Cass., Sez. 3, 28 maggio 2004, n. 10297). Con la precisazione, altresì, che, pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore (Cass., Sez. 3, 19 maggio 2004, n. 9471).

Nondimeno, a fronte dell'allegazione dell'attore di inadempimento od inesatto adempimento, a carico del professionista sanitario, o dell'ente, resta sempre l'onere probatorio relativo sia al grado di difficoltà della prestazione (Cass., Sez. 3, 9 novembre 2006, n. 23918), sia all'inesistenza di colpa; in proposito è stato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

anche di recente ribadito che è onere del debitore (sanitario e/o ente) dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass., Sez. 3, 14 febbraio 2008, n. 3520). Peraltro, con specifico riguardo all'onere della prova in punto di nesso di causalità, la recente giurisprudenza non ha mancato di chiarire che "In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'evento di danno (aggravamento della patologia preesistente ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, non potendosi predicare, rispetto a tale elemento della fattispecie, il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 c.c." (Cass. Sez. 3, 20 agosto 2018, n. 20812).

L'accertamento del nesso causale è passaggio logicamente e cronologicamente precedente all'accertamento della colpa, in quanto solamente qualora sia dimostrato che la condotta attiva od omissiva del sanitario sia stata causa dell'evento lesivo subito dal paziente, è possibile procedere ad accertare se questa condotta sia contraria alle "leges artis".

La valutazione di questo nesso, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica. Anche nell'illecito civile, quindi, la cosiddetta causalità materiale trova disciplina negli artt. 40 e 41 c.p., ossia nel criterio della condicio sine qua non riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche. Come da ultimo chiarito dal supremo organo di nomofilachia, insomma, il nesso di causalità materiale, tra condotta ed evento lesivo, anche nella responsabilità da illecito civile, deve essere accertato secondo i principi penalistici di cui agli artt. 40 e 41 c.p., per cui un evento è causato da un altro se non si sarebbe verificato in assenza del secondo. Tuttavia, la giurisprudenza di legittimità ha ulteriormente precisato come una causalità materiale non sia sufficiente per avere una causalità giuridicamente rilevante, la quale impone di attribuire rilievo, secondo la teoria della regolarità causale o della causalità adeguata, con cui va integrata la teoria della "condicio sine qua non", a quei soli accadimenti che, al momento in cui si produce l'evento causante il danno, non siano inverosimili e imprevedibili, secondo un giudizio "ex ante" (di cosiddetta "prognosi postuma"), da ricondurre al momento della condotta e da effettuare secondo le migliori conoscenze scientifiche disponibili (Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n 581). Come chiarito dalle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte, però, pur essendo gli stessi i principi che regolano il procedimento logico - giuridico ai fini della ricostruzione del nesso causale, ciò che muta tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", mentre, nel secondo, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non" (al riguardo, la già citata Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n 581). In materia civile, quindi, l'accertamento della causalità materiale richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica. Ed invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, che questo Giudice ritiene di condividere, il nesso causale fra il comportamento del medico e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (Cass., Sez. 3, 17 gennaio 2008, n. 867; Cass., Sez. 3, 23 settembre 2004, n. 19133). Risulta, dunque, necessario accertare che il comportamento diligente e perito del sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente verificatesi. Probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico - razionale. Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato: giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

Ciò premesso in via generale e venendo al caso di specie, deve rilevarsi che il Collegio peritale nominato dal precedente Magistrato ha così ricostruito l'iter clinico del paziente: "*il 04.01.2015, il sig.* *Parte_1* *cadde accidentalmente a casa di un parente riportando una "frattura spiroide, con frammento osseo, al III medio prossimale della diafisi omerale sinistra, composta e con risalita del moncone distale" così come gli veniva diagnosticata alle ore 12 circa presso il* [redacted] *di* [redacted] *In verità le radiografie, datate 04/01/15 dimostrano, nella proiezione antero-posteriore, una frattura della metafisi prossimale dell'omero apparentemente composta, ma nelle proiezioni laterali la stessa frattura appare ben più difficoltosa da trattare, con rima complessa, a becco di flauto, scomposta e con risalita del moncone distale. Il paziente, comunque, rifiutò il ricovero propostogli presso tale nosocomio e si recò presso l'O.C. di* *CP_5* *, dove giunse in pari data, alle ore 20.41. Anche qui fu confermata la diagnosi già posta dai sanitari di* [redacted] *confermata l'assenza di lesioni vasculo/nervose in atto, consigliato ricovero in altra sede per mancanza di posti letto, che il paziente, ancora una volta, rifiutò.* *Pt_1* *fu finalmente ricoverato presso 1'0.C. di* *CP_5* *1'08/01 ed operato il 13/01, di riduzione della frattura e sintesi mediante impianto di Chiodo CTF bloccato: "Decubito Beach chair si eseguono manovre riduttive per via percutanea; soddisfacente riduzione con apposito strumentario si impianta chiodo CTF con tre viti cefaliche e tre viti di blocco distale. Stabile il sistema anche in scopia dinamica. Scopia finale ok. sutura a strati; medicazione, bendaggio". Nelle prescrizioni farmacologiche successive all'intervento e destinate al reparto è riportato "... continua profilassi ATE (antitromboembolica), profilassi antibiotica Short Therapy eseguita; terapia analgesica al bisogno con Perfalgan (max 3 fl/die);". Si dà atto, quindi, che era stata effettuata la profilassi antibiotica in sala operatoria, ma non è, però, specificato né il tipo, né la posologia del farmaco impiegato. Nella scheda anestesiologica relativa al "Periodo intraoperatorio", alla voce "Sito e farmaci", non vi è menzione di profilassi antibiotica, ma solo segnalata la somministrazione di fisiologica, "Infusioni: Sol. F. 1000 mi.". In data 14/01 nel diario clinico si legge: "Controllo clinico apiretico. Non segni di soff. v/n. Dimesso." (ndr: sofferenza vascolo/nervosa). Il 15/01/15* [redacted] *fu dimesso con prescrizioni di medicazioni ogni tre gg., kinesiterapia attiva etc, terapia medica. Coerentemente con le linee guida, non fu prescritta altra terapia antibiotica, trattandosi di intervento non contaminato. Dall'esame della documentazione*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

radiografica prodottaci dopo la visita riscontriamo che: il radiogramma omero datato 13/01/2015, postoperatorio, è stato effettuato solo in una proiezione; ed evidenzia la frattura in apparente buona riduzione e sintesi. La sintesi era stata ottenuta con chiodo endomidollare, bloccato da 3 viti prossimali nella testa omerale, da 2 viti posizionate in corrispondenza del moncone prossimale a becco di flauto nel tentativo di sintetizzarlo al chiodo, e da una vite distale di blocco. Manca, però, una proiezione laterale per riscontare l'effettiva riduzione della frattura e la stabilizzazione della stessa. Ricordiamo, infatti, che la scomposizione della frattura era evidente nelle proiezioni laterali e, quindi, o nel radiogramma post-operatorio, o comunque nei giorni seguenti prima della dimissione del paziente, tali proiezioni avrebbero dovuto essere effettuate per controllare e documentare la riduzione ottenuta e la stabilità della stessa. Dalla lettura della cartella non risulta refertato il radiogramma del 13/01, ma solo quello del 04/01; e soprattutto, non risultano effettuati altri radiogrammi dopo l'intervento e prima della dimissione. Il sig. Pt_1 riferisce che dopo la dimissione, nel corso delle visite di controllo avrebbe continuato a presentare secrezione dalla ferita; di avere subito anche un'incisione drenante durante una medicazione, con fuoriuscita di sangue misto a pus. Usiamo il condizionale perché tale segmento del decorso seguente al primo intervento non è documentato. Nella documentazione prodotta non abbiamo trovato traccia di tali successive visite di controllo effettuate presso l'ospedale di CP_5 . Infine, dopo il controllo clinico e radiografico del 16/02, al paziente fu prospettata la necessità di revisione chirurgica della frattura. Abbiamo esaminato l'RX omero datato 16/02/2015, consegnatoci dopo la visita, costituito da tre pellicole, che in effetti evidenzia il fallimento della sintesi operata, con parziale scomposizione della frattura causata dalla perdita di tenuta delle due viti intermedie che appaiono distaccate nelle parti molli. Per quanto riferito prima, mancando delle idonee proiezioni radiografiche non possiamo affermare che la sintesi abbia perso di tenuta dopo l'intervento o se ab inizio la tenuta delle viti fosse inefficace; certo è che al 16/02 la frattura era nuovamente scomposta e complicata da un'infezione del sito chirurgico. Il Sig. Pt_1 abbandonò, a questo punto, i sanitari di CP_5 rivolgendosi all'ospedale [redacted] di [redacted] dove fu ricoverato il 25/02 con diagnosi di "Frattura omero sin; pseudoartrosi infetta con fistola in portatore mezzi di sintesi". L'esame obiettivo all'ingresso fece rilevare la presenza di fistola secernente al 3° medio e fu effettuato immediatamente tampone ed antibiogramma. [redacted] fu operato il 02/03 ("Rimozione di chiodo endomidollare - toilette chirurgica + lavaggio - stabilizzazione con fissatore esterno"). Nella descrizione chirurgica si legge: "Attraverso ampia incisione laterale all'omero si rimuove il chiodo endomidollare con le viti. Presenza di raccolta purulenta in sede di frattura. Si effettua toilette chirurgica del tessuto circostante. Si effettua esame batteriologico e citologico; lavaggio antibiotico con Ciproxin; si riduce per quanto possibile la frattura spiroide; si stabilizza sotto controllo scopico la frattura con FEA Ortofix con 2 fiches prossimali e due distali. Controllo scopico..." Il che conferma, quindi, l'esistenza di una raccolta purulenta non superficiale ma profonda, nella sede della frattura. L'esame colturale effettuato all'atto del ricovero documentò la presenza di " Parte_2 sensibile ai chinoionici. Gli esami colturali effettuati successivamente sui prelievi intraoperatori si riveleranno, invece, negativi. Occorre, però,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

evidenziare che al paz. era stata avviata terapia- antibiotica con Ciproxin per via endovenosa già dal giorno prima dell'intervento, con ciò compromettendo la risposta dell'esame colturale intraoperatorio. Assolutamente corretta l'indicazione alla rimozione dei mezzi sintesi ed all'applicazione temporanea di un fissatore esterno per consentire all'infezione, dopo la pulizia, i lavaggi praticati e la terapia antibiotica mirata, di evolvere in guarigione; mantenendo con il fissatore esterno i monconi di frattura almeno temporaneamente affrontati e stabilizzati, in attesa della guarigione del focolaio infettivo. Per contro, appare censurabile l'avvio di una terapia antibiotica prima dell'intervento. Tale procedura ha compromesso, infatti, l'esito dell'esame microbiologico e, probabilmente, la conferma dell'identificazione del patogene (Serratia Marcescens) isolato dal prelievo cutaneo; o il reperimento in profondità di altri patogeni con differenti sensibilità all'antibiogramma. I prelievi cutanei sono purtroppo inficiati dalla possibilità di sovra infezioni superficiali sui tessuti macerati, che possono nascondere od associarsi al patogene che agisce in profondità. Per questo, un prelievo intraoperatorio effettuato in profondità è certamente più affidabile, perché meno esposto a rischio di sovrainfezioni di un prelievo ottenuto a livello cutaneo con un tampone. Proprio per non inficiare tale chance diagnostica e di cura, le buone pratiche mediche consigliano di rimandare l'avvio della terapia antibiotica ad un momento immediatamente successivo al prelievo del campione; vale a dire, in casi come questo, di avviare la terapia antibiotica in sala operatoria, subito dopo l'effettuazione dei prelievi per gli esami colturali. [redacted] *fu dimesso il 07.03.2015, con diagnosi di "pseudoartrosi infetta in frattura spiroide diafisi omero sinistro" e prescrizione di ossigenoterapia iperbarica, kinesi, controlli ematici con indici di flogosi, medicazioni delle fiches, profilassi eparinica per 30 gg. e terapia antibiotica per 5 giorni con chinoionico. Controllo ambulatoriale a 40 gg. con esame rx. La terapia antibiotica prescritta in dimissione, nonostante l'infezione profonda riscontrata, fu affidata ad un singolo antibiotico, per un numero di giorni assolutamente insufficiente (5 gg) e senza aver disposto durante il ricovero -od aver suggerito in dimissione- una consulenza infettivologica. Seguivano, quindi, medicazioni e controlli in data 14/3, 17/3, 21/3 con riscontro di flogosi locale con cute eritematosa e calda; fu, però, opportunamente mantenuta la terapia antibiotica, anche se in monoterapia. Il controllo radiografico del 14/04 da noi esaminato evidenzia il corretto allineamento dei monconi di frattura, non ancora in via di consolidazione. Il 30/04 si ottenne un nuovo isolamento da tampone cutaneo di un germe diverso lo Stafilococco xylosus. Non è dato sapere con precisione quale sia stato il percorso di cura dopo la dimissione del 07/03/15, ma dalla documentazione in atti apprendiamo che il 5/6 a distanza di tre mesi dal secondo intervento vi era ancora secrezione, e che gli fu consigliato di cambiare terapia antibiotica, utilizzando la Vancomicina, previa valutazione infettivologica. Il controllo radiografico del 08/06 confermò la mancata consolidazione della frattura; e, nonostante il trattamento in camera iperbarica, nelle settimane successive il paziente continuava a presentare secrezione dalla fiches ed anche febbre. Seguì il ricovero, questa volta presso il reparto di Malattie Infettive dell'ospedale* Pt_3 *di* CP_5 *, dal 12 al 20.06.2015; fu avanzato, per la prima volta, il sospetto di osteomielite. Fu effettuata una TC e* Pt_1 *fu dimesso con diagnosi di "infezione da Pseudomonas fluorescens della ferita chirurgica in*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

paziente operato per frattura scomposta omero sinistro". I successivi controlli radiografici del 15/07 e del 26/08 mostravano il buon affrontamento dei monconi di frattura, ma in assenza di segni di evoluzione in consolidazione. Ricoverato nuovamente presso l'ospedale di [redacted] *dal 21/09 al 24/09, in anamnesi si annota che "il paziente entra, come programmato, per eseguire intervento chirurgico di rimozione FEA e toilette. Da circa 5- 6 giorni il paziente ha sospeso terapia con Levofloxacin 500 1 cp x 2". II 21/09 fu, infine, rimosso il fissatore esterno e furono effettuati tre tamponi per esame colturale in corrispondenza dei fori di emergenza delle fiches. Al controllo radiografico del 22/09 fu confermata " ... scarsa apposizione di callo osseo". Vi è da aggiungere che la struttura del collo e della testa omerale appare, sui radiogrammi, francamente alterata e malacica. Dei 3 prelievi colturali effettuati, due erano negativi, ma uno documentava la persistenza di infezione con presenza di Enterobacter cloacae, gram negativo ed anaerobio, resistente alla* CP_9 *utilizzata fino a pochi giorni prima del terzo ricovero,* [redacted] *21 - 24/09/15) come rilevato all'ingresso. Tale germe era invece sensibile al ceftadizime (cefalosporina di prima generazione). Il paziente fu, quindi, dimesso con prescrizione di Glazidim lgr. x 2 (ceftadizime) per 10 gg. Un esame elettromiografico effettuato in data 09/12/15 rilevò, inoltre, a quasi un anno dal trauma e dopo tre interventi, l'esistenza di una lesione axonotmesica, ovvero totale, del nervo circonflesso. Ricordiamo, in proposito, che il giorno del trauma, il 4 gennaio, presso il pronto soccorso dell'ospedale di* CP_5 *fu espressamente indagata ed esclusa l'esistenza di lesioni vascolo/nervose; e che, parimenti, il 14/01, dopo il primo intervento di riduzione, fu annotato in cartella che non vi erano lesioni vascolo/nervose post-operatorie. Non vi sono ulteriori annotazioni dalle quali si evincano le condizioni cliniche del paziente nel corso di questi ricoveri; e pertanto dobbiamo ritenere che tali lesioni siano conseguenti a procedure od interventi effettuati successivamente al primo. Un esame scintigrafico refertato in data 11.01.16 fece rilevare "... una condizione di flogosi semplice dei tessuti molli a ridosso della scapolo omerale sinistra", ma non rilevava "... con certezza ... focolai settici, attualmente in attività".* Pt_1 *fu quindi, ricoverato il 31/05/2016 presso* [redacted] *di Milano dove effettuò nuovi ed approfonditi accertamenti Rx, TC, e soprattutto una RM del 03/06/16, con evidenza di un esteso focolaio flogistico-settico oltre alla mancata consolidazione della frattura: "...frattura ad evoluzione pseudoartrosica verosimilmente settica... monconi disallineati e scomposti, ... si interpone raccolta fluida a pareti marcatamente ispessite, che si estende anche in sede endomidollare diafisaria e metafisaria prossimale dì omero ... a livello dello spazio ascellare e del ventre muscolare del grande rotondo ... comunicante con il piano cutaneo attraverso due tramiti fistolosi, superficialmente al deltoide". Il 06/06/2016 fu asportato chirurgicamente il terzo prossimale dell'omero e, per mantenere il distanziamento delle componenti in previsione di un possibile successivo impianto di protesi definitiva, fu posizionata una sorta di protesi provvisoria (spaziatore antibiotato), costituita da cemento miscelato ad antibiotici da applicare al posto del segmento asportato: "... si espone la porzione prossimale dell'omero ... sede della pseudoartrosi. L'osso appare ormai necrotico. Si nota la lesione completa del nervo circonflesso che non è più identificabile. ... Si eseguono tre tamponi per l'esame culturale ... Si asporta porzione cervico meta-*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

epifisaria dell'omero che si invia per esame microbiologico ... Si impianta spaziatore...". Purtroppo non abbiamo documentazione radiografica che consenta la valutazione dell'impianto applicato. Risulta prescritta ed effettuata la profilassi antibiotica con 2 gr. di Cefamezin nel post-operatorio (Scheda denominata: Terapia post-operatoria; Indicazioni al reparto). Segue terapia antibiotica per 3 gg. (Foglio unico di terapia: dal 7 pomeriggio al 10 mattina) con gr. 3 di cefalosporina. [redacted] *fu dimesso il 10/06/16 con diagnosi di "pseudoartrosi omero prossimale a sinistra in postumi chirurgici"; e con prescrizione di un tutore reggibraccio e profilassi antitromboembolica. È singolare che anche dopo questo intervento non sia stata effettuata nel ricovero postoperatorio, né prescritta in dimissione, alcuna terapia antibiotica. Gli esami colturali pervenuti successivamente alla dimissione erano negativi. Non abbiamo notizie sull'evoluzione della ferita chirurgica nelle settimane successive, ma sappiamo che solo due mesi dopo, in data 5/8/2016,* Pt_1 *fu ricoverato, sempre presso il* [redacted] *di Milano, per la comparsa di febbre e limitazione funzionale. L'emocromo all'ingresso rilevava marcata leucocitosi (21.000 bianchi). La scheda anestesiologica parla di "stato settico". Non vi erano secrezioni o deiscenze della ferita chirurgica, ma l'esame radiografico effettuato il 04/08 rivelava la rottura dello spaziatore con dislocazione laterale dell'apice dello stesso ed estrusione dei fili di K, migrati nel canale. Una RM del 05/08 segnalava anche "... voluminosa raccolta fluida disomogenea, verosimilmente settica, che circonda lo spaziatore antibiotato ... si estende lateralmente all'interno dei fasci anteriori del deltoide ... raggiungendo il piano cutaneo attraverso un tramite fistoloso adiacente all'apice dello spaziatore." In pari data* Pt_1 *fu sottoposto a nuovo intervento chirurgico: "... incisione su precedente (cicatrice?) estesa distalmente a tutto l'omero; rimozione completa dello spacer rotto. Toilette dei tessuti fino a completa bonifica. Non si osservano sacche di materiale purulento. Si prelevano tamponi per istologico dall'articolazione e dalla diafisi omerale. Si inviano campioni di tessuto per esame istologico. Si procede al lavaggio con pulsavac. ...". Nei giorni successivi effettuata terapia antibiotica endovenosa con Meropenem (gr. 1x3 die) + Teicoplanina (400 mg/die). Dimesso il 22/08/16 con sola prescrizione di clexane 4000 e paracetamolo".*

Questo essendo l'iter clinico del paziente, i CCTTUU (dott. Per_1 , Medico legale, e dott. Per_2 , specialista in ortopedia) hanno accertato, con indagine peritale esente da vizi avendo anche risposto puntualmente alle osservazioni dei CTP - come dopo si dirà -, che a seguito dell'intervento di riduzione e sintesi con chiodo bloccato all'omero effettuato il 13/01/2015 presso l'O.C. di CP_5 , il sig. Pt_1 ebbe a riportare nelle prime settimane due importanti complicazioni: la perdita di tenuta meccanica della sintesi effettuata, per mancanza di tenuta di due delle viti impiantate ed un'infezione del sito chirurgico. Da quanto descritto nell'esame obiettivo e dalle scelte operate relativamente ai mezzi di sintesi ed alla profilassi antibiotica preoperatoria (short terapy), i CCTTUU hanno potuto accertare che la frattura era "chiusa", ovvero non contaminata, senza lesioni vascolo-nervose successive alla frattura ed antecedenti l'intervento (non vi erano, almeno localmente, condizioni particolari di rischio infettivo, salvo le condizioni generali favorenti come obesità e ipertensione). Quindi, se la scelta di effettuare la short terapy è risultata corretta, "*occorre dire che la stessa nelle prescrizioni destinate al reparto viene espressamente riportata come*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

eseguita "... profilassi antibiotica Short Therapy eseguita" ma non si comprende quando e da chi, perché non risulta documentata né nella scheda anestesiologica intraoperatoria e nemmeno nell'indicazione del farmaco utilizzato e del dosaggio impiegato".

Quanto alla mancata stabilità della sintesi effettuata, i consulenti non hanno potuto affermare con certezza se fosse ascrivibile ad un'iniziale errato posizionamento delle viti o ad un precoce cedimento della tenuta delle stesse; ciò in quanto"*...è stata effettuata un'unica proiezione radiografica post-operatoria in data 13/01/05, mentre per valutare il corretto posizionamento dei mezzi di sintesi e la stabilità dell'impianto sarebbe stato necessario effettuare nel post-operatorio od almeno prima della dimissione l'esame con le due proiezioni ortogonali. Una valutazione postoperatoria affidata solo a quella proiezione (ma altri radiogrammi non ci sono stati consegnati) è certamente inaffidabile per la valutazione del risultato e come tale censurabile. Così come è censurabile che nelle medicazioni successive all'intervento non siano stati effettuati tamponi sul gemizio della ferita ed avviata terapia antibiotica conseguente e nemmeno monitorati i comuni indici di flogosi, per valutare l'evoluzione degli stessi al il passare delle settimane. Che in quelle settimane fosse insorta un'infezione del sito chirurgico lo si evince, oltre che dal ricordo anamnestico del paziente, principalmente dall'esame obiettivo del 25/02 effettuato presso l'ospedale di* [redacted] *a distanza di poco più di un mese dalla dimissione (15/01), nel contesto del quale si legge dell'esistenza di una fistola ovvero di un tramite cutaneo attivamente secernente. La presenza di una fistola su di una ferita chirurgica secondo le linee guida è da sola sufficiente a classificare come certamente infetto l'esito chirurgico. L'indicazione chirurgica all'espianto dei mezzi di sintesi ed all'applicazione di fissatore esterno, posta dai sanitari di* [redacted] *fu, quindi, appropriata. Così come certamente lo fu l'effettuazione immediata, all'ingresso, del tampone cutaneo superficiale che auspicabilmente avrebbe dovuto effettuarsi già qualche settimana prima, positivo per la presenza di* Parte_2 *Censurabile è risultata invece l'effettuazione della profilassi antibiotica 24 ore prima dell'intervento, poiché ha compromesso la possibilità di confermare l'isolamento da tampone superficiale; ed anche l'eventuale identificazione di altri patogeni con differenti profili di resistenza. Parimenti censurabile è stata la gestione postoperatoria del paziente. Infatti, dopo aver riscontrato sul campo operatorio un'infezione profonda sino al piano osseo, e quindi un quadro clinico di sicura gravità, non è stata richiesta una consulenza infettivologica; ed in dimissione, il 07/03/05, la terapia è stata limitata alla somministrazione per via orale di un unico antibiotico (Ciproxin) per 5 gg, certamente insufficiente nel caso di specie. È vero, d'altra parte, che nelle successive medicazioni del 14/3, del 17/03 e del 21/03 è stata prescritta la prosecuzione dell'assunzione di Ciproxin, ma la persistenza di segni locali di flogosi per come descritta negli stessi certificati, avrebbe dovuto portare i medici a disporre una consulenza di un infettivologo. Il 30/04, quasi due mesi dopo la dimissione, vi fu l'isolamento di uno* Parte_4 *xilosus. Si attese ancora un mese, ed il 5/06, previa consulenza infettivologica, fu prescritta terapia con un antibiotico differente (vancomicina). Trascorsero mesi di terapie antibiotiche inefficaci, nel corso dei quali l'infezione si annidò profondamente nelle strutture ossee, durante tale periodo si susseguirono 4 isolamenti, tutti diversi: 25/02 Serratia Marcescens;*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

30/04 Stafilococcus xylosus; 20/06 Pseudomonas aeruginosa; 23/09 Enterobacter cloacae, alla rimozione del fissatore esterno. Quest'ultimo, resistente alla ciprofloxacina utilizzata in monoterapia sino a quel momento. Riteniamo che una serie di comportamenti censurabili abbiano consentito l'instaurarsi di un'infezione profonda esitata in osteomielite che ha richiesto la resezione del terzo prossima dell'omero".

Gli stessi CTTUU hanno infine accertato che, anche in seguito al ricovero presso il [redacted] - in occasione del quale si era provveduto a bonificare il sito chirurgico asportando nel giugno 2016 il segmento prossimale dell'omero ed applicando uno spaziatore antibiotato in previsione di un possibile e successivo impianto protesico- è stata adottata una terapia antibiotica insufficiente, con trattamento (3 gr. di cefalosporina die) iniziato dopo l'intervento e continuato sino a dimissione solo per solo 3 giorni. Detto profilo, tuttavia, esula dall'oggetto del giudizio avendo l'attore censurato il solo operato delle due aziende sanitarie convenute.

I CCTTU hanno stimato che, con ogni probabilità, la mancanza di una terapia antibiotica e di un monitoraggio clinico e laboratoristico abbiano contribuito a causare la fistolizzazione della ferita (arrossamento della ferita cutanea e secrezione) associata ad una importante leucocitosi con stato settico, come si evince dalla scheda anestesiologica, con necessità di nuovo ricovero presso il [redacted] il 04/08 e successivo intervento del 5/08 di rimozione dello spaziatore, bonifica locale mediante toilette chirurgica, e parenterale con adeguata (questa volta) terapia antibiotica (Meropenem + Teicoplanina), continuata almeno durante i giorni del ricovero, anche se da allora l'infezione non si è più manifestata.

I CCTTUU, infine, hanno accertato che l'elettromiografia del 9 dicembre 2015 ebbe ad evidenziare il danno neurologico (cronica e discreta sofferenza axonotmesica del nervo circonflesso), rilevato dopo i due interventi effettuati a [redacted]

Si tratta, quindi, di gravi esiti di una infezione del sito chirurgico successiva al trattamento della frattura traumatica complessa dell'omero sinistro che hanno determinato la perdita funzionale dell'arto superiore sinistro per l'assenza di parte dell'omero, con mano e gomito parzialmente utili.

Quanto alla ripartizione delle responsabilità, i CCTTU hanno rilevato profili di negligenza sia in capo ai sanitari della *CP_3* che di quella di *CP_* in particolare, l'insorgenza della complicanza è riconducibile all'assistenza prestata presso la *CP_3* (infezione del sito chirurgico correlata all'assistenza ed al trattamento effettuati presso le strutture di detta azienda sanitaria) mentre alla *CP_4* deve imputarsi il danno neurologico documentato successivamente ai due interventi effettuati presso l'ospedale di [redacted] ed alle violazioni delle leges artis nel trattamento dell'infezione già in atto.

Quanto al primo profilo, i CCTTUU, in risposta alle osservazione del CTP della *Cont* di *CP_5* , hanno specificato che la profilassi antibiotica non è stata in alcun modo documentata così come non vi è traccia della gestione delle medicazioni successive e dell'esecuzione di tamponi di superficie per gli esami microbiologici; non risulta inoltre se siano stati prescritti esami ematochimici per controllare gli indici di flogosi e se sia stata prescritta terapia antibiotica adeguata pur in presenza di una fistola (come risulta dall'esame obiettivo effettuato all'ingresso dell'ospedale di [redacted] dalle quali si rileva l'esistenza di una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

fistola, ovvero di un tramite cutaneo attivamente secernente). Sul punto, le linee guida consigliano che anche la sola presenza della fistola su una ferita chirurgica è già da sé sufficiente a classificare come certamente infetto l'esito chirurgico. La fistola, infatti, è l'esito del processo infettivo profondo determinatosi nelle settimane antecedenti che giunge all'esterno attraverso i piani cutanei. È documentato, quindi, che nelle settimane successive all'intervento si ebbe a sviluppare un processo infettivo non adeguatamente rilevato, monitorato e curato. Non vi è quindi dubbio che detta infezione rappresentasse, con una valutazione ex ante, un rischio concreto, a maggior ragione ove si consideri che il paziente era un soggetto obeso e diabetico, quindi, con una alta propensione a sviluppare complicanze infettive. Pertanto, uno dei profili censurabili *è il non aver rilevato l'insorgenza e l'evoluzione dell'infezione del sito chirurgico e non averla monitorata e trattata con tutto quanto -in termini di diagnosi è cura- è prescritto.*

Sempre i CTTUU, in risposta alle osservazioni del CTP di *CP_4* hanno altresì precisato che l'infezione conseguita al primo intervento chirurgico non è mai stata correttamente definita e trattata dai sanitari di [redacted] (risultano invero solo due tamponi cutanei preoperatori mentre non sono stati in alcun modo effettuati prelievi profondi preoperatori). Quindi, non essendo stato definito con certezza il patogene responsabile, l'infezione non solo non è stata eliminata tempestivamente ma si è insinuata nel tessuto osseo, trascinandosi da un intervento all'altro, sino a rendere necessaria l'asportazione del moncone prossimale dell'omero.

Dunque, a fronte della contrazione dell'infezione e della errata gestione successiva, la *CP_3* non ha provato di aver adottato ogni cautela prescritta dalle vigenti normative per prevenire l'insorgenza di patologie nonchè di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico mentre, a sua volta, la *CP_4* non ha dimostrato di essere intervenuta adeguatamente in un momento successivo per la gestione del contagio (in tema di infezioni nosocomiali, la giurisprudenza di legittimità ha evidenziato che spetta alla struttura provare di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive e di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico, rilevando, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, il criterio temporale - cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - , il criterio topografico –ossia l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti – e, infine, il criterio clinico – per cui tenendo conto della specificità dell'infezione occorre verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare - cfr. Cass. Civ. sent. n. 4864/2021 -).

Il danno neurologico riportato dal paziente (cronica e discreta sofferenza axonotmesica del nervo circonflesso di sinistra), dovuto a gravi esiti di una infezione del sito chirurgico successiva al trattamento della frattura traumatica complessa dell'omero sinistro con perdita funzionale dell'arto superiore sinistro per l'assenza di parte dell'omero, con mano e gomito parzialmente utili, ha determinato, in applicazione delle tabelle allegate alle Linee Guida SIMLA (Giuffrè, 2016), un biologico permanente differenziale iatrogeno

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

valutabile tra il 38 ed il 39% (così ottenuto partendo dal biologico permanente del 45% - che comprende anche il danno estetico - e gli esiti della frattura traumatica riportata che, in assenza di negligenze, non avrebbero superato il 6-7%).

Quanto alla ITP e ITT, i CCTTUU hanno stimato un periodo di inabilità temporanea totale di 200 (duecento) giorni ed altri 250 (duecentocinquanta) giorni sono da considerarsi come incapacità temporanea parziale al 70%.

I CTTUU hanno infine imputato per due terzi la responsabilità a carico della *CP_3* (una maggiore responsabilità infatti è dovuta all'infezione del sito chirurgico correlata all'assistenza ed al trattamento effettuati presso le strutture di quell'azienda sanitaria) e per un terzo a carico della *CP_4* in relazione al danno neurologico documentato successivamente ai due interventi effettuati presso l'ospedale di [redacted] ed alle violazioni delle leges artis nel trattamento dell'infezione già in atto.

Ai fini della quantificazione, occorrerà fare riferimento ai criteri di liquidazione del danno non patrimoniale stabiliti con le tabelle del Tribunale di Milano nell'attuale versione (2024), i quali costituiscono criterio di riferimento cui parametrare la liquidazione equitativa del danno ai sensi degli artt. 1226 e 2056 c.c. (cfr. Cass. civ., sent. n. 20895 del 15.10.2015; Cass. civ., sent. n. 9950/2017, secondo cui "il danno alla salute, temporaneo o permanente, in assenza di criteri legali va liquidato in base alle cosiddette tabelle diffuse del tribunale di Milano, salvo che il caso concreto presenti specificità, che il giudice ha l'onere di rilevare, accertare ed esporre in motivazione, tali da consigliare o imporre lo scostamento dai valori standard").

Quindi, in applicazione dei criteri della predetta Tabella (2024), tenendo conto dell'età del danneggiato al momento del fatto (72 anni), deve essere riconosciuto, per il danno biologico permanente del 39%, l'importo di euro 229**.**608,00 (già aumentato per il danno morale, alla luce dell'istruttoria orale che ha confermato la sofferenza patita dal *Pt_1*) ed euro 44.562,50 (per ITT e ITP), così per un totale di euro 274.170,50; su detto importo non può riconoscersi la rivalutazione monetaria, in quanto il risarcimento è già espresso in valori attuali, mentre sono dovuti gli interessi compensativi al tasso legale a far tempo dal momento in cui si è manifestata l'inabilità temporanea assoluta, calcolati non sulla somma in valori attuali (cfr. Cass. n. 1712/1995; n. 26303/2019) ma su quella originaria (ottenuta devalutando il detto importo al momento dell'insorgenza della inabilità temporanea assoluta) rivalutata anno per anno, secondo gli indici istat di rivalutazione dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati. A decorrere dalla data della pubblicazione della presente decisione sono dovuti gli interessi al saggio legale sulle somme così ottenute.

I convenuti vanno altresì condannati, sempre secondo le rispettive quote di responsabilità, anche al pagamento di euro 1.142,00 per spese documentate e congrue (cifra sulla quale vanno calcolati rivalutazione ed interessi anno per anno dalla data degli esborsi fino alla data della sentenza).

Le spese seguono la soccombenza e vengono liquidate secondo i parametri del DM 147/2022.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573

- accoglie la domanda e, per l'effetto, condanna la *CP_4* al pagamento in favore dell'attore dell'importo di euro 91.390,16 e di euro 380,66 nonché la *CP_3* al pagamento in favore dell'attore di euro 182.780,34 e di euro 761,34, secondo le rispettive quote di responsabilità (1/3 e 2/3), oltre interessi come in motivazione;
- condanna i convenuti in solido a rimborsare alla parte attrice le spese di lite, che si liquidano in € 565,00 per spese vive ed euro 11.229,00 per onorari, oltre i.v.a., c.p.a. e 15 % per spese generali;
- spese di CTU definitivamente a carico dei convenuti in solido.

Taranto, 13 gennaio 2025

Il Giudice

dott.ssa Francesca Perrone

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-573