



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Tribunale Ordinario di Trieste

R.G. 4197 / 2017

Il Tribunale in composizione monocratica nella persona del giudice Dr. Paolo VASCOTTO , ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I grado iscritta al n. r.g. 4197 / 2017 promossa da:

Parte_1

c.f.

C.F._1

con

l'avv. [REDACTED]

Attore

contro

Controparte_1

c.f.

P.IVA_1

con l'avv. [REDACTED]

Convenuto

*

Conclusioni delle parti

Come fogli di p.c. in atti

Motivi della decisione

Con atto di citazione 14.12.2017 notificato il 15.12.17 e preceduto da mediazione , *Parte_2* agiva giudizialmente per il risarcimento dei danni da infezione ospedaliera lamentando di averla contratta presso la ██████ *CP_2* di TRIESTE dopo l'intervento chirurgico di artroprotesi dell'anca derivante da coxoartrosi.

Si costituiva in giudizio la convenuta contestando in punto *an* e *quantum* la pretesa attorea .

Venivano scambiate le memorie ex art.183,6°co.c.p.c. e si procedeva all C.T.U. medico – legale sulla persona dell'attore cui seguiva il deposito dell'elaborato da parte del CTU Dott. *Per_1* . La causa veniva istruita anche con produzioni documentali.

All'udienza del 24.7.2020 , rassegnate le conclusioni la causa veniva trattenuta in decisione assegnando alle parti i termini di legge per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

*

In fatto

l'attore veniva sottoposto presso la *CP_2* di Trieste ad intervento chirurgico di protesizzazione dell'anca dx in data 20.2.2012 ed in seguito alle complicanze ,

di natura infettiva, successivamente emerse , optava per l'intervento di rimozione e sostituzione della protesi dell'anca dx ,in altra sede sanitaria.

Al CTU cui veniva sottoposto il seguente quesito,

“Verifichi il CTU la sussistenza del nesso di causa tra l'intervento eseguito presso il [...]

Controparte_3 e l'infezione successivamente contratta dall'attore. In particolare, esaminati gli atti e i documenti di causa, accerti il CTU se tale infezione sia riconducibile a carenze nelle pratiche operatorie eseguite ovvero a difetti della struttura di accoglienza del paziente; verifichi se l'insorgenza dell'infezione a distanza di tempo dall'operazione sia compatibile con l'intervento operatorio subito dal paziente; se inoltre l'infezione possa essere ricondotta a cause di qualunque natura estranee al ricovero per intervento presso il Controparte_1 Verifichi la sussistenza di postumi permanenti e temporanei di natura biologica in capo all'attore e la congruità delle spese mediche sostenute-accerti infine l'entità della sofferenza psico-fisica patita dall'attore.

Utile ai fini della decisione la disamina del diario clinico e del decorso post-ospedaliero riportato nella CTU e di seguito trascritto:....*Introduttivamente, dalle dichiarazioni dell'interessato e dalla documentazione agli atti risulta che lo stesso veniva ricoverato in data 19/02/2012 presso la Organizzazione_1 di Trieste per un intervento programmato (in elezione) di artroprotesizzazione d'anca destra. Dalla cartella clinica di tale ricovero risulta in anamnesi “coxalgia destra ingravescente da almeno 3 mesi. I dolori si sono notevolmente accentuati con forte limitazione funzionale nel movimento e difficoltà a compiere i comuni atti di vita quotidiana (mettersi le scarpe, infilarsi dei pantaloni, inginocchiarsi a*

raccogliere degli oggetti). Constatato che la sintomatologia dolorosa non recede nemmeno con i comuni antidolorifici, è stato proposto il trattamento chirurgico che il paziente ben informato accetta". Veniva espletata consulenza cardiologica e chirurgica per presenza di fibrillazione atriale con programmazione di sostituzione dell'anticoagulante prima del trattamento, nonché ecodoppler degli arti inferiori per esclusione di rischi aggiunti per trombosi. Le Rx di bacino per anche eseguite in data 30/01/2012 risultavano "...ovalizzate ambedue le teste femorali, in modo più evidente la destra. Addensamento della limitante articolare della testa femorale di destra, che presenta areole di rarefazione in sede sottocorticale. Marcata riduzione della rima articolare ed addensamento del tetto del cotile". L'esame obiettivo dell'anca destra del 18/01/2012 risulta "...anca destra: arti inferiori simmetrici, piede extraruotato, ipotrofia della muscolatura del quadricipite femorale, flessione antalgica degli adduttori dell'anca destra, dolore inguino-femorale destro che arriva fino al ginocchio, zoppia deambulatoria tipo di 'fuga' a destra, importante limitazione funzionale del movimento attivo e passivo con extrarotazione ed adduzione assente e dolorosa, abduzione ed extrarotazione 5° massimo, flessione attiva 80°. Apparentemente non si rileva nessuna patologia periferica tipo neurovascolare: Lasègue negativo a destra, EPA ed ECD validi e simmetrici, ROT normoelicitabili".

Previo consenso informato per l'anestesia e la tipologia dell'intervento chirurgico, in data 20/02/2012 veniva sottoposto ad intervento chirurgico così descritto "...previa pianificazione pre-operatoria con paziente in decubito laterale sinistro, incisione posterolaterale anca destra. Aperta la fascia, si passa attraverso il gluteo. Si isolano e sezionano extrarotatori e capsula. Si lussa posteriormente l'epifisi femorale che viene resecata in transcervicale. Si passa al cotile: lo si prepara con frese emisferiche fino al diametro adeguato e si posiziona un guscio Delta ST-CDA 52 mm entro il quale si applica un inserto ceramico Delta 36. Si prepara il femore: si canalizza e raspa la diafisi fino alla misura adeguata e si posiziona uno stelo C2 della 5.a taglia in cui si applica una testina in ceramica Delta 36/3. Riduzione con normale tensione e pull-out e senza facile lussabilità.

Emostasi, 2 redon con sistemi di recupero delle perdite ematiche post-operatorie, ricostruzione con sutura capsulare e degli extrarotatori, suture per strati. Buona motilità articolare e stabilità. Tampone intraoperatorio per esame colturale. Normale sanguinamento. Medicazione a piatto". Il tampone della protesi risulta refertato in data

21/02/2012 con risultato "negativo". Il decorso post-operatorio sembra essere stato regolare con segnalazione però nel diario infermieristico di gonfiore lieve al ginocchio destro ed alla gamba destra con dolore, sofferenza poi risoltesi.

Dimesso in data 27/02/2012 con le usuali prescrizioni per gli artroprotesizzati d'anca nonchè terapia con Clexane 4000 u.i. per 40 giorni, Esopral 20 mg, Paracetamolo 1000. Programmate visite di controllo e per rimozione di suture il 05/03/2012. Nel corso del ricovero, dopo l'intervento chirurgico, risulta effettuata una Rx di controllo che evidenziava un buon posizionamento dell'artroprotesi. In data 06/03/2012 lo specialista ortopedico dott. Per_2 segnalava "...gli elementi protesici sono in titanio e ceramica e pertanto il paziente può essere sottoposto ad esame RMN". Dopo l'usuale ciclo di riabilitazione motoria, in data 12/04/2012 risulta visita ortopedica di controllo con refertazione di "esito artroprotesi di anca destra. Componenti ben posizionati. Buon recupero della funzionalità articolare. Arto sinistro accorciato di 1 cm (si consiglia rialzo della scarpa sinistra). Continuare con la kinesi articolare in piscina. Usare una stampella a sinistra per 20 giorni, poi eliminarla progressivamente". Nel maggio 2012 il sig. Pt_2 riferisce la comparsa di una progressiva dolenzia evoluta in dolorabilità e dolore a livello dell'anca-gluteo di destra. Alla visita ortopedica dell'11/06/2012 c/o CP_2 veniva refertato "...algie anca destra residue in esiti PTA (20/02/2012). Coxofemorale destra libera e non dolorosa. Dolorabilità trocanterica irradiata alla coscia ed inguine. Non deficit neurologici apprezzabili nè dolore lombare.

Non eterometrie evidenti. Ginocchio destro valgo. A mio parere trattasi di trocanterite post-chirurgica con tendinite del medio e piccolo gluteo. Consiglio trattamento fisioterapico assistito associato a nuoto e cyclette. Consiglio controllo a settembre con nuove Rx del bacino per anche. Viene riferito che per la persistenza ed ingravescenza della lombocruralgia destra veniva ricoverato dall'08/09/2012 al 15/09/2012 presso la Org_2 del locale nosocomio con refertazione alle dimissioni di "...lombocruralgia destra in paziente con spondilolistesi anteriore di I° grado di L4 su L5 e di L5 su S1 con riduzione degli spazi discali interposti e degenerazione dei dischi, fibrillazione atriale cronica, pregresso intervento di protesi d'anca destra". Tale dato risulta desunto dalla relazione medico legale di parte del dott. Per_3 Risulta invece un nuovo ricovero d'urgenza per la comparsa di febbre in data 20/09/2012 presso la Organizzazione_3 di Trieste con diagnosi d'ingresso di "...febbre, riferita ematuria, disturbi irritativi urinari, dolore alla regione inguinale e anca destra". Dalla lettera di dimissioni del 19/10/2012 risulta "...valutato in P.S. dallo specialista urologo che, rilevato un ristagno postminzionale di 500 ml ha posizionato catetere vescicale Foley. Contestualmente proseguiva terapia con Parte_3 già iniziata a domicilio. Un'urocoltura eseguita in terapia risultava negativa. Il catetere è stato rimosso con successo l'01/10/2012. Gli indici di flogosi, molto elevati all'ingresso,

sono migliorati. La PCR peraltro è rimasta su valori di 60-70 mg/L. E' inoltre persistita febbre (inferiore a 38° C). Le emocolture eseguite dopo wash out da antibiotico sono risultate negative. Sono state inoltre eseguite Rx torace, ECG ed ecografia dell'addome negativa per focolai infettivi. Il paziente, portatore di artroprotesi anca destra, lamenta inoltre intensi dolori all'anca destra e alla regione inguinale. Una Rx del femore e anca destra non ha mostrato alterazioni patologiche. Sono state eseguite consulenza ortopedica che ha consigliato l'esecuzione di scintigrafia a leucociti marcati e consulenza infettivologica. La scintigrafia ha confermato il sospetto clinico di infezione della protesi.

Un'ecografia delle parti molli della regione dell'anca destra ha mostrato in sede peri-protesica una raccolta anfrattuosa ipo-anecogena disomogenea del massimo diametro pari a 48 x 37 di circa da mettere in relazione al reperto scintigrafico. Sono state eseguite ecografia dei tessuti molli dell'anca destra, TC dell'anca destra con conferma del quadro scintigrafico ed artrocentesi anca destra con fuoriuscita di materiale sierolemico il cui esame colturale è risultato positivo per rare colonie di Staphylococcus Epidermidis (contaminazione del campione?). Valutato più volte dalla 'Terapia Antalgica' ha assunto terapia antalgica con limitato beneficio.

-Procedure: -interventi eseguiti durante la degenza: cateterismo vescicale, artrocentesi anca destra. Terapia farmacologica e trattamenti praticati al

paziente: Ciprofloxacina 500 mg 1 compressa x 2 per 6 giorni, Warfarin, betabloccante, terapia antalgica con Tramadolo, Paracetamolo, Org_4 .

Diagnosi alla dimissione: ritenzione acuta di urina in paziente con ipertrofia prostatica nota. IVU, risolta. Microematuria. Infezione della protesi di anca destra. FA permanente in TAO. Anemia normocitica non carenziale.

Stato funzionale alle dimissioni: persiste febbre, non segni di sepsi; i dolori all'anca destra, assenti a riposo, si presentano se carica o decombe sul fianco destro...seguirà ricovero presso struttura privata dove è stato eseguito intervento di artroprotesi per approfondimenti o procedure in merito al dolore persistente all'anca destra...".

Nell'ambito di tale ricovero risulta alla consulenza urologica urgente di data 20/09/2012 (il giorno del ricovero) "...diagnosi: ritenzione acuta d'urina. Epicrisi: in apparente pieno benessere, riferisce comparsa di intensa sintomatologia dolorosa acuta in corrispondenza dell'articolazione coxo-femorale sinistra recentemente operata (febbraio scorso). Contestualmente comparsa di disuria e riferita ematuria. Per tale motivo assume da allora terapia antibiotica con Parte_3 ...". Le Rx del torace eseguite in data 24/09/2012 venivano refertate "...si confronta l'esame odierno con un precedente eseguito in data 26/02/2009. Al controllo odierno il quadro radiologico appare sostanzialmente invariato. In particolare, campo polmonare destro modicamente

meno espanso del controlaterale. Blocco del seno costofrenico destro, libero il sinistro. Lieve rinforzo della trama peribroncobasale su tutto l'ambito polmonare, in particolar modo in sede basale destra. Ombra cardiaca nei limiti. Calcificazioni lamellari all'arco dell'aorta". In data 25/09/2012 alla consulenza ortopedica veniva refertato "...i sintomi del paziente sembrano essere di origine meccanica (da osteolisi attorno allo stelo protesico oppure da cosiddetto effetto punta). Anche alla nuova radiografia forse si nota una zona di riassorbimento osseo alla parte terminale dello stelo...". L'ecografia dell'addome del 26/09/2012 veniva refertata "...notizie cliniche: febbre. Aumento gamma GT e fosfatasi alcalina...fegato di dimensioni e morfologia nei limiti, ad ecostruttura omogenea. Non apprezzabili lesioni focali nel suo contesto. Colecisti discretamente distesa a pareti di spessore nei limiti con alcuni spot iperecogeni di parete nel quadro della colesterolosi. Non evidenti calcoli endoluminali. Non dilatazione delle vie biliari. Non evidenti espansi a livello del pancreas. Nei limiti la milza, i reni e il calibro dell'aorta addominale. Non dilatazione delle vie escretrici. In sede endovescicale, a livello del pavimento, si evidenzia grossolano oggetto in sede mediana (circa 3.5 cm di maggior diametro) determinato dal lobo medio prostatico, nel contesto del quale sono apprezzabili numerose calcificazioni. Non versamento libero".

Risulta in data 01/10/2012 visita urologica con rimozione del catetere e minzione spontanea. La scintigrafia globale corporea con cellule autologhe marcate (leucociti TC 99) del 04/10/2012 veniva refertata "...quesito clinico: sospetta infezione protesi d'anca destra impiantata il 02/02/2012. Statiche e SPECT TC del bacino: le immagini precoci della 1.a e 4.a ora mostrano moderata iperconcentrazione delle radiomarcate in corrispondenza del collo femorale destro, a livello del tessuto osseo, nell'interfaccia con la protesi. Il rilievo descritto mostra significativo incremento relativo di captazione nelle immagini della 24.a ora. Total body: non ulteriori aree di progressiva concentrazione del tracciante di sicuro significato patologico. Conclusioni: l'indagine scintigrafica è compatibile con la presenza di processo infettivo leucocitomediato nella sede descritta".

L'ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo del 09/10/2012 veniva refertata "...indagine eseguita con sonda Convex multifrequenza focalizzata alla valutazione dell'anca destra in esiti di posizionamento di artroprotesi (febbraio 2012) con descrizione scintigrafica di raccolte intorno al collo femorale (indagine eseguita in data 03/10/2012). A destra, in sede peri-protesica (circa 23 mm di profondità dalla limitante cutanea) è riconoscibile raccolta anfrattuososa ipo-anecogena disomogenea del massimo diametro pari a 48 x 37 di circa da mettere in relazione a reperto scintigrafico". Alla consulenza infettivologica

dell'11/10/2012 veniva refertato "sospetta infezione di artroprotesi dell'anca destra, posizionata in altra sede nel febbraio 2012; dall'intervento protesico il paziente riporta coxalgia ingravescente e recente tumefazione locale. Buone condizioni generali, non febbre, ferita chirurgica non arrossata, ben consolidata, modicamente tumefatta. Scintigrafia positiva con iperaccumulo leucocitario in sede protesica, eco tessuti molli: presenza di raccolta periprotetica. TAC dell'anca in corso. Consiglio rivalutazione dell'ortopedico di riferimento per sostituzione della protesi; utile nel contempo eseguire prelievo microbiologico della raccolta periprotetica ed artrocentesi per coltura microbiologica ed esame chimico-fisico. Da rivedere alla luce di tali dati + emocolture per 3 (anche se apiretico), urinocoltura/esame urine, indici di flogosi incluse proteina CR". La TAC dell'articolazione coxo-femorale del femore di destra di data 11/02/2012 veniva refertata "...notizie cliniche: sospetta infezione in artroprotesi anca destra (scintigrafia con leucociti marcati indicativa di tale quadro).-Indagine eseguita mediante scansione volumetrica diretta. A livello del III° superiore della diafisi femorale, perifericamente agli ultimi 5 cm dello stelo protesico, si riconosce area di osteorarefazione del massimo spessore pari a circa 2,5 mm, compatibile con il quesito clinico. Artefatti da indurimento del fascio per la presenza di artroprotesi limitano la qualità delle immagini a livello coxo-femorale. Con tale limite non si riconoscono ulteriori segni di mobilizzazione dei mezzi protesici". In

data 15/10/2012, alla visita ortopedica veniva eseguita un'artrocentesi dell'anca destra con esame colturale refertato in data 19/10/2012 (data di stampa) con refertazione di "...carica microbica: rare colonie. Esame colturale: positivo.

Ceppo 1: Staphylococcus Epidermidis..." con antibiogramma praticamente sensibile a tutti gli antibiotici testati tranne che alla Penicillina G. Nuova consulenza infettivologica in data 18/10/2012 con refertazione di "...paziente affetto da infezione di artroprotesi dell'anca destra, posizionata in altra sede a febbraio 2012, da Staphylococcus Epidermidis isolato da agoaspirato della raccolta periprotetica eseguita dai colleghi ortopedici in data 15/10/2012. Il paziente è anche affetto da FA cronica in terapia con Org_5 Buone condizioni generali, presenza di febbricola, riferisce dolori all'anca destra. Emocolture ripetutamente negative, urinocoltura negativa. Presenza di alterazioni degli indici di flogosi: PCR 70, GB 6730 con formula conservata, HB 9,6. Si consiglia:

valutazione ortopedica per eventuale intervento di sostituzione della protesi; iniziare terapia antibiotica con: Oxacillina 2 grammi ogni 4 ore endovena, Rifampicina 600 mg ogni 24 ore endovena, monitorizzando ogni giorni l'INR, ogni 3-4 giorni indici di Funzionalità epatica. Si consiglia monitorizzare indici di

flogosi, emocromo con formula, indici di funzionalità epatica e renale. Da rivedere”.

Dopo le dimissioni risulta in data 23/10/2012 nuova consulenza infettivologica con refertazione di “...quadro clinico strumentale di infezione PTA destra. Attualmente non in terapia antibiotica. Consiglio sostituzione in due tempi con prelievi microbiologici multipli intraoperatori. Dopo la rimozione della PTA, nell’attesa degli esami micro, consiglio Parte_4 2 grammi in 100 SF ogni 6 ore e Parte_3 compresse 700 mg x 2”. Per scelta dello stesso ricorrente risulta nuovo ricovero dal 29/10/2012 al 15/11/2012 presso la [...]

Org_6 di [REDACTED] con diagnosi di “protesi infetta anca destra”. In data 31/10/2012 veniva sottoposto ad intervento chirurgico di artrotomia per rimozione di protesi dell’anca e inserzione di spaziatore di cemento antibiotato. Al tampone della ferita chirurgica del 31/10/2012 refertato in data 06/11/2012 veniva segnalato “...positivo per Staphilococcus aureus” con contestuale antibiogramma che individuava una sensibilità del germe praticamente a tutti gli antibiotici testati. Il decorso post-operatorio risulta essere stato regolare. Veniva dimesso in data 15/11/2012 con refertazione di “...diagnosi: mobilizzazione settica artroprotesi anca destra.

Intervento (31/10/2012): rimozione artroprotesi e applicazione di spaziatore in cemento.

Decorso post-operatorio: ortopedico: regolare. Generale: immediatamente dopo l'intervento il paziente ha iniziato una terapia antibiotica con Parte_4 e Parte_3 fornita dall'infettivologo finchè le colture eseguite da prelievi tissutali durante l'intervento hanno messo in evidenza la crescita di Staphylococcus Aureus. A questo punto l'infettivologo ha sospeso la Parte_3 ed ha modificato la terapia con Parte_4 da 2 grammi x 4 a 3 grammi x 4 nelle 24 ore. Tale terapia è stata condotta fino alle dimissioni con buon risultato, con paziente apiretico, ferita chirurgica ben consolidata e in ordine e miglioramento degli indici infiammatori, in particolare della PCR che è rientrata nella norma...". Dimesso con prescrizione degli usuali farmaci nonché Ceporex 1 grammo x 3 per 8 giorni e Rifadin 600 mg 1 compressa al dì e programmazione di controlli. Nella descrizione dell'intervento chirurgico in cartella clinica risulta illeggibile.

Il tampone da ferita chirurgica refertato in data 06/11/2012 risulta "...positivo per Org_7 .." con allegato antibiogramma con evidenziazione di sensibilità per tutti gli antibiotici testati ad eccezione della Penicillina G. Considerata la data dell'accettazione di tale referto (31/10/2012 ore 13:15) più che tampone da ferita è verosimilmente riferibile a tampone da protesi. Il decorso post-operatorio risulta comunque essere stato regolare con progressiva normalizzazione degli indici di flogosi ematici. Una Rx del bacino e per la coxo-

femorale destra prima dell'intervento chirurgico (29/10/2012) veniva refertata "...riduzione del tono calcico. A destra: esiti di posizionamento di artroprotesi coxofemorale.

A sinistra: segni di coxartrosi con iniziale riduzione dell'interlinea articolare e minima sclerosi del tetto acetabolare. Non calcificazioni di pertinenza vascolare a carico dei tessuti molli esaminati...". Risulta eseguita in data 30/10/2012 anche una TAC toracica dell'anca destra per "...sospetto focolaio broncopneumonico. Infezione anca destra" che veniva refertata "...torace: bronchiectasie cilindriche per lo più deterse a livello delle LM e del segmento basale laterale del L1D. Area di aspetto pseudo-nodulare a livello del seno costofrenico di destra riferibile in prima istanza ad atelettasia rotonda (controllare a distanza di 3 mesi mediante HRCT). Dilatazione aneurismatica dell'aorta ascendente (48 mm). Non lesioni parenchimali polmonari addensanti nè segni di patologia interstiziale diffusa in atto. Non significative adenomegalie ileo-mediastiniche ascellari. Non significativa quota di versamento pleuro-pericardico. Anca destra: esiti di PTA a destra.

Non chiari segni TC di mobilizzazione della protesi. Non evidenza di significative raccolte periprotetiches...". Le Rx di controllo dopo l'intervento chirurgico (sempre in data 31/10/2012) dell'anca destra venivano refertate "...esiti di intervento di revisione di artroprotesi coxo-femorale. Presenza di n° 3 sondini di

drenaggio radiopachi nella sede di intervento. Agraphes metalliche in sede di accesso chirurgico. Radiogrammi allegati per le ulteriori specifiche valutazioni clinico-ortopediche". Ulteriori Rx di controllo in data 09/11/2012 per l'anca destra con refertazione di "...esito di intervento di revisione di artroprotesi coxo-femorale. Rimossi i sondini radiopachi. Agraphes metalliche in sede di accesso chirurgico. Radiogrammi allegati per le ulteriori specifiche valutazioni clinicoortopediche".

Dalla lettera di richiesta di consulenza infettivologica del 06/11/2012 risulta "...come da te consigliato abbiamo operato il sig. Parte_2 di Trieste. Lo stelo era mobilizzato e vi era liquido purissimile in articolazione. Ti alleghiamo l'antibiogramma per opportuna documentazione. Il paziente è in terapia come da te suggerito con Parte_4 e Parte_3. Attendiamo eventuali modifiche terapeutiche..."

Un'ecocardiogramma ed un'ecografia suggerite dallo specialista infettivologo risultavano sostanzialmente nella norma. Delle Rx dell'anca destra di controllo di data 09/11/2012 venivano refertate "...esiti di intervento di revisione di artroprotesi coxo-femorale.

Rimossi i sondini radiopachi. Agraphes metalliche in sede di accesso chirurgico.

Radiogrammi allegati per gli ulteriori specifiche valutazioni clinico-ortopediche”.

La consulenza infettivologica del 12/11/2012 veniva refertata “...PTA destra 2 febbraio 2012.

Per infezione da SAMS, espanto della PTA destra il 31/10/2012 a [REDACTED] (dott. Per_4). Dal 31/10/2012 terapia con Oxacillina endovena. Si consiglia: Cefalexina os 1 grammo x 3/die e Rifampicina compresse 600 mg/die (a digiuno, ore 10). Controllo ogni 2 settimane di PCR, emocromo, GOT/GPT, creatinina. Importante: controllo frequente (anche bisettimanale) dell’INR per le interferenze tra Org_5 e Org_8 ; in alternativa continuare sino all’intervento con Clexane 6000 U.I. ogni 12 ore. Controllo clinico tra 45 giorni.

Alla consulenza infettivologica [REDACTED] di Treviso di data 08/01/2013 risulta “...Posizionamento artroprotesi anca dx ad aprile 2012, con mobilizzazione settica della stessa. Ricoverato il 29.10.2012 presso l’Org_9 di [REDACTED] il 31.10 è stato sottoposto a rimozione della protesi e posizionamento di spaziatore antibiotato. Trattato subito dopo l’intervento con Oxacillina 2 gr x 4/die e Ciprofloxacina, poi quest’ultima sospesa per isolamento di stafilococco aureo da colturale intraoperatoria; è passato a Parte_4 3 gr x 4 fino alla dimissione (15.11.2012), quando ha proseguito con Ceporex 1 gr x 3 die + Rifampicina 600 mg/die. Esami ematochimici in

ordine, in particolare GB 4820, Hb 12.2, MCV 93.2, Plt 200.000, PCR 1.2 (v n < 7,5), VES 65 (vn < 35), nella norma funzione renale ed epatica. Assume Clexane 6000 UI/die; prima dell'intervento Warfarin per FA cronica; valuterei passaggio a Clexane 6000 x 2/die o ritorno a Warfarin controllando strettamente il PT per le interferenze con la Rifampicina. EO: anca destra fresca, asciutta. Eseguite ad oggi circa 9 settimane di terapia antibiotica, può procedere con l'impianto della protesi; si raccomanda: -di passare sostituire il Org_10 con Oxacillina 3 gr x 4 ev durante il ricovero e di ritornare a Org_10 1 gr x 3 + Rifadin 600 mg/die alla dimissione -colturali intraoperatori. Da rivedere 30 giorni dopo la dimissione con colturali intraoperatori per valutare la durata della terapia antibiotica; utile anche emocromo, PCR, AST, ALT, creatinina recenti". Veniva pertanto nuovamente ricoverato presso la Organizzazione_6 di XXXXXXXXXX dal 15/01/2013 al 26/01/2013. Dal foglio di dimissioni risulta "...diagnosi: paziente con spaziatore antibiotato di anca destra in esiti di infezione".

Intervento (16/01/2013): rimozione spaziatore di cemento ed applicazione di artroprotesi anca destra. Specifiche dell'impianto: tipo: non cementata; materiale: titanio; superfici d'attrito: ceramica-ceramica. Storia clinica recente: in precedenza ricoverato per infezione artroprotesi anca destra e in data 31/10/2012 sottoposto a rimozione dell'artroprotesi e posizionamento di

spaziatore antibiotato. Successivamente all'intervento trattato con Oxacillina 2 grammi x 4/die e Ciprofloxacina. Dopo aver ricevuto la risposta del colturale intraoperatorio positivo per Persona_5 è passato a Parte_4 3 grammi x 4/die fino alle dimissioni del 15/11/2012. A domicilio ha poi proseguito con Cefalexina 1 grammo x 3/die e Rifampicina 600 mg/die. Rientrato nel nostro reparto il 15/01/2013 su indicazione dell'infettivologo che ha visitato il paziente in data 08/01/2013, è stato sottoposto in data 16/01/2013 ad intervento di rimozione spaziatore ed applicazione di artroprotesi d'anca destra. Il decorso post-operatorio è stato regolare, gli esami colturali intraoperatori non hanno evidenziato crescita di colonie batteriche. La ferita chirurgica è in ordine e il paziente in data odierna viene spuntato...terapia alla dimissione: Clexane T...Ceporex 1 grammo 1 compressa x 3 per 30 giorni, Rifadin 600 mg 1 compressa ore 10...tra gli esami eseguiti durante la degenza si segnalano: Rx torace: sostanzialmente stazionario lo sfumato addensamento parenchimale in sede basale a destra con associata oblitterazione consensuale del scf e sopraelevazione dell'emidiaframma omolaterale. Non ulteriori franchi focolai di addensamento parenchimale negli ambiti esplorati nè grossolani versamenti pleurici nelle proiezioni eseguite. Ili vascolari. Aortosclerosi con provenienza del bottone aortico.

Ombra cardiaca volumetricamente nei limiti. ECG: fibrillazione atriale (rvm 90 bpm).

IAS. EAS. IVS. Org_11 negativo per TVP. Esami di laboratorio da segnalare alla dimissione: emoglobina 10,8; piastrinemia 234.000; VES: 58 (1-55); PCR 1,3 (0- 0,8)..."

Alla visita specialistica infettivologica presso [redacted] di Trieste di data 07/03/2013 risulta "...paziente sottoposto a posizionamento di protesi d'anca ad aprile 2012 presso altra sede, con successiva mobilizzazione settica della stessa; sottoposto a rimozione della protesi e posizionamento di spaziatore antibiotato in data 31/10/2012, è stato trattato con terapia antibiotica con Oxacillina 2 grammi x 4 e Parte_3, poi quest'ultima sospesa per isolamento di stafilococco aureo dal colturale intraoperatorio; ha proseguito Parte_4 3 grammi x 4 fino al 15/11/2012, poi ha proseguito con Org_10 1 grammo x 3 e Rifampicina 600 mg x die; è stato sottoposto in data 16/01/2013 a rimozione dello spaziatore ed applicazione di artroprotesi di anca destra; nella lettera di dimissione gli esami colturali intraoperatori sono riportati negativi. Il paziente ha proseguito la terapia antibiotica con Ceporex fino al 16/02/2013 e con Rifampicina fino al 28/02/2013; è inoltre in terapia con TAO per fibrillazione atriale. Agli esami ematochimici eseguiti in data 01/03/2013: emocromo e PCR nella norma. Le Rx eseguite il

21/02/2013 evidenziano esiti di sostituzione della testa femorale con artroprotesi metallica regolarmente posizionata. All'esame obiettivo: ferita chirurgica in ordine, ben consolidata, non si apprezzano segni di flogosi locali. Si consiglia nuovo controllo agli inizi di aprile con esami ematochimici...". L'ultima visita infettivologica press ██████████ i Treviso risulta essere stata effettuata in data 22/04/2013 e veniva refertata "...riprotesizzazione in due tempi di anca destra in infezione da SAMS. Trattato come da consiglio infettivologico per 6 settimane complessive. Quadro locale e laboratoristico non suggestivi per flogosi in atto.

Si riaffida al collega ortopedico per il proseguimento del follow up. Eventuale rivalutazione presso il ██████████ Organizzazione_12 ██████████ di fiducia al giudizio del collega.

Il ricorrente riferisce di essersi sottoposto successivamente a lunghi mesi di trattamenti riabilitativi con lenta e parziale riacquisizione della motilità dell'anca destra.

Allegata al fascicolo di causa risulta relazione medico legale di parte dello specialista dott. ██████████ Persona_6 ██████████ di data 22/12/2014, con individuazione di responsabilità professionale per l'insorgenza della complicanza infettiva post-operatoria con le seguenti conclusioni: "...il danno subito dal periziando a causa dell'infezione protesica verificatasi il 20 febbraio 2012 è così indicabile: -

maggior durata dell'inabilità temporanea totale di 54 giorni. -Maggior durata dell'inabilità al 75% per 60 giorni. -Maggior durata dell'inabilità al 50% per 186 giorni. -Livello di sofferenza elevato per 114 giorni, medio per 186 giorni. -Peggior riduzione dell'integrità psico-fisica nella misura del 20% con residua sofferenza stabilizzata di livello lieve. -Rilevanza patrimoniale per le spese sostenute. -Danno morale".

----- o -----

Le operazioni peritali che, come già detto, hanno avuto regolare inizio nel giorno ed all'ora fissati, vengono così riassunte:

Il periziando, dalla cui identità mi sono personalmente accertato (C.I.

NumeroDiCa_1 rilasciata dal Comune di Trieste in data 12/04/2016) è

Parte_2

██████████ pensionato.

Ha dichiarato i seguenti dati anamnestici:

Anamnesi familiare e fisiologica: irrilevanti ai fini de quo.

Anamnesi lavorativa: attualmente pensionato, in passato operatore specializzato

Org_13 fino al 1994.

Anamnesi patologica remota: nega patologie pregresse, concomitanti o sopravvenute che possano aver in qualche modo influito nella comparsa delle lesioni, nel protrarsi della temporanea o nel divenire dei reliquati.- Anamnesi

patologica prossima: conferma integralmente quanto esposto nelle note introduttive del presente parere. Precisa che il fastidio poi evolutosi in dolore a carico dell'anca destra incominciava già 1 mese circa dopo il primo intervento chirurgico.

Riferisce che nel 2016 è stato sottoposto ad intervento di artroprotesizzazione anche all'anca sinistra.

Attualmente continua a lamentare persistenti algie e limitazioni funzionali maggiori a carico dell'anca destra rispetto a quella sinistra con impossibilità all'accovacciamento, accentuazione dei disturbi dopo ortostatismo protratto, fastidi nel decubito sull'emisoma destro. Deve assumere saltuariamente Tachipirina e FANS.

----- o -----

L'esame obiettivo viene così riassunto:

Paziente in buone condizioni generali. Psiche lucida, sensorio integro.

Collaborante. Destrimane L'esame obiettivo dell'arto inferiore destro evidenzia un'ipomiotrofia quadricipitale di -1,5 cm ad 8 cm s.m.r.s., eccedenza perimetrica mesorotulea e sovrarotulea di + 1 cm, un'ipomotrofia surale di -1,5 cm. Sull'anca destra, in sede tipica, ben apprezzabile esito cicatriziale chirurgico di 23 cm circa, leggermente infossato e retraente da doppio accesso, differenza ben apprezzabile in confronto con l'esito cicatriziale controlaterale.

Funzionalmente si apprezza un deficit della flessione della coscia che raggiunge a malapena i 90° (controlateralmente supera i 90° di 10°-15° circa).

Deficit di extrarotazione e abduzione del 50% a destra rispetto a sinistra, terminale sempre rispetto alla controlaterale l'intrarotazione e l'adduzione. La deambulazione avviene con accenno di zoppia di fuga a destra, l'accovacciamento è impossibile.

Non apprezzabile attualmente deficit vascolari o nervosi periferici.

Viste le risultanze del caso non si è ritenuto necessario sottoporre il periziato ad ulteriori accertamenti strumentali.

----- O -----

Considerazioni del CTU:

CTU:Da quanto sin qui esposto risulta evidente che in seguito ad infezione di artroprotesi d'anca, il sig. Parte_2 è stato costretto a sottoporsi ad ulteriore intervento chirurgico in due tempi per sostituzione della protesi infetta. Nulla quaestio sulla causa che ha determinato la necessità di sostituzione della protesi, visto che il primo intervento risulta essere stato correttamente eseguito sotto il profilo strettamente chirurgico e pertanto la causa che ha determinato la necessità di riprotesizzazione è indubbiamente soltanto l'infezione. Il motivo del contendere riguarda invece se l'infezione sia stata contratta nel corso del primo intervento chirurgico e relativa degenza presso la Org_14 di Trieste o per

altre cause. Sussistono non pochi elementi per poter individuare l'origine dell'infezione nell'intra-e/o perioperatorio dell'intervento del 20/02/2012. In primis il criterio topografico, laddove risulta evidente (sia radiologicamente che al successivo intervento chirurgico) che l'infezione era periprotetica, (vale a dire "attorno" alla protesi – ndr.) mentre la cicatrice chirurgica del primo intervento era guarita e cicatrizzata per prima, con decorso normale. Le indagini radiologiche effettuate nel settembre 2012 sono sicuramente indicative di tale localizzazione topografica con evidenziazione di segni di osteolisi periprotetica e, all'intervento chirurgico di rimozione veniva descritto versamento di tipo purulento, sempre in zona periprotetica. Il tutto senza che fosse mai stata segnalata un'infezione o una flogosi (peri-) cicatriziale a livello cutaneo, elementi che indicano un'evidente origine profonda dell'infezione stessa e non un'origine da contaminazione superficiale della ferita chirurgica. Anche il criterio cronologico risulta ampiamente rispettato, laddove, come noto, le infezioni di zona operatoria profonda (non da contaminazione superficiale) possono manifestarsi anche a molti mesi di distanza posto che il focolaio infettivo tende a "saccarsi" e pertanto può iniziare a dare segni locali soltanto in seguito alla sua lenta espansione nei tessuti circostanti. Tipica l'evoluzione nello specifico, laddove i primi segni di sofferenza soggettiva venivano riportati nell'aprile 2012 (2 mesi e mezzo dopo l'intervento chirurgico), interpretati inizialmente come

*tendinite, ma rendendosi poi più manifesti nel giugno 2012 ed infine opportunamente indagati e correttamente diagnosticati soltanto nel settembre 2012 (ed anche qui soltanto nel ricovero dal 20/09/2012 al 19/10/2012). L'evoluzione cronologica della lesione depone pertanto con alto grado di probabilità per l'insorgenza della stessa nel periodo del primo intervento chirurgico (febbraio 2012. Per quanto riguarda la "causa efficiente", risulta ampiamente dimostrato che l'agente patogeno responsabile dell'infezione era uno *Staphylococcus aureus* meticillino sensibile (MSSA). Un tanto risulta desumibile dal primo tampone eseguito in occasione dell'intervento di rimozione della protesi stessa (31/10/2012). Va precisato che lo *Staphylococcus aureus* meticillino sensibile è un germe comunemente presente sulla cute (e mucose) di tutti gli individui e può essere considerato alla stregua di un commensale. E' peraltro uno dei principali responsabili di infezioni cutanee (dal semplice foruncolo alle ipodermi), mentre può essere responsabile di ascessi profondi o infezioni anche gravi qualora, superata la barriera cutanea, venga introdotto in profondità (ferite di qualsiasi tipo, traumatiche e/o chirurgiche) o disseminato in circolo (setticemia). Nello specifico non vengono segnalate altre cause, nè nell'anamnesi remota, nè nel corso dell'evoluzione della patologia de quo, che possano aver prodotto l'annidamento dello *Staphylococcus aureus* in regione*

periprotetica, se non l'intervento chirurgico del 20/02/2012 nel suo complesso.

A tal proposito si rileva che il tampone da protesi effettuato in sede operatoria il 20/02/2012 risulta refertato come negativo già il giorno seguente (21/02/2012) come deducibile dalla cartella clinica. Si rileva che 24 ore sono un po' poche per la lettura di una coltura batterica con antibiogramma e che comunque non veniva precisato su che parte della protesi era stato effettuato il tempone ed in quale fase dell'intervento chirurgico. Tali elementi pertanto non possono in alcun modo dimostrare la sterilità del campo operatorio del 20/02/2012. Un ulteriore elemento da chiarire è la riferita infezione urinaria corresponsabile di ricovero presso la Org_15 dall'08/09/2012 al 15/09/2012. La necessità di tale ricovero sembra essere stata dettata soprattutto per l'intensa lombocruralgia destra, ma con rialzo febbrile e ritenzione urinaria con concomitante globo vescicale (in ipertrofia prostatica). L'urinocoltura eseguita in tale occasione veniva refertata come negativa e si applicava un catetere Foley mantenuto per 5 giorni complessivi. Da rilevare che anche alle due consulenze urologiche di tale periodo non veniva mai diagnosticata una sicura infezione delle vie urinarie, laddove veniva invece sottolineata l'intensa sintomatologia algica con limitazione funzionale all'anca destra, non di pertinenza urologica. Non sussistono inoltre

altri elementi che documentino un'infezione delle vie urinarie nel periodo 2012-2013, rammentando che un'infezione delle vie urinarie da Staphylococcus aureus (evenienza peraltro alquanto inusuale, avrebbe dovuto dare una sintomatologia sia clinica che strumentale ben più marcata e non soltanto un fugace episodio di ritenzione urinaria in ipertrofia prostatica con urinocoltura negativa. Considerando inoltre l'insorgenza anteriore al ricovero del 05/09/2012 dei disturbi all'anca destra e del quadro radiologico così come evidenziato all'ecografia e alla TAC del 25/09/2012 (insufficienti 20 giorni per creare tali raccolte ipoteticamente secondarie all'infezione urinaria riferita), appare decisamente improbabile l'ipotesi posta in sede di ricovero presso █████ dal 29/10/2012 ("infezione artroprotesi da verosimile IVU"), ipotesi diagnostica del resto non più proposta dopo l'intervento chirurgico di rimozione della protesi e acquisizione del relativo tampone.

Altrettanto ipotetica la diagnosi eziologica dello Staphylococcus epidermidis (evidenziato da coltura da artrocentesi- "alcune colonie") nella diagnosi di dimissione dalla █████ Org_2 █████ del 20/10/2012 ("contaminazione?"), presa in considerazione probabilmente soltanto per il fatto che alla coltura risultavano "poche colonie", a fronte di evidenti segni clinici e radiologici di infezione periprotetica ben evidenti già nella seconda metà di settembre. Considerando comunque che le colture dei liquidi di artrocentesi hanno un alto grado di

imprecisione, la questione risulta essere superata dal sicuro reperto alla rimozione della protesi (31/10/2012) dello Staphylococcus aureus meticillino sensibile che chiariva in modo incontrovertibile e definitivo l'agente patogeno dell'infezione periprotetica. La causa più probabile del perchè si sia verificata tale infezione viene indicata dalle caratteristiche del batterio stesso. Come già detto, lo Staphylococcus aureus è un germe "banale", praticamente ubiquitario sulla cute (e non solo), sensibile a tutti gli antibiotici testati. Non si tratta in altri termini di un temibile MRSA, tipico delle infezioni ospedaliere (polmoniti e osteomieliti in primis), solitamente poliresistente, ma di un "banale" Staphylococcus aureus pressochè ubiquitario sui tegumenti. Appare pertanto altamente probabile che il germe sia stato introdotto nel campo operatorio in fase

intraoperatoria, evidentemente per asepsi insufficiente (cute e/o strumentario e/o altri presidi: guanti, garze, telino operatorio, ecc.).

Pur non potendosi acclarare tale ipotesi con criterio di certezza assoluta, essa risulta rivestire un grado di altissima probabilità e comunque, come si è visto, di gran lunga più probabile rispetto a qualsiasi ipotesi alternativa.

Ciò premesso osserva:

Sulla CTU:

le considerazioni del CTU sono fondate su dati clinici e su referti medici provenienti da terzi , nonchè eseguiti in strutture sanitarie diverse dalla CP_2 di Trieste. Il riscontro di “protesi infetta” ugualmente è stato effettuato dai medici che hanno avuto in cura il Pt_1 dopo l'intervento chirurgico presso la CP_2

I due criteri di accertamento: topografico e cronologico, selezionati da CTU , sono logicamente accettabili (vd. amplius sub pag. 26 della presente sentenza le spiegazioni del CTU) in quanto la sacca infettiva si trovava a ridosso della protesi ed è pertanto altamente probabile la patogenesi in quella sede.

L'altro dato, quello cronologico , non può escludere la contrazione dell'infezione a seguito del primo intervento. Il CTU ha infatti precisato che l'infezione può insorgere anche a distanza di tempo dall'evento produttivo senza poi poter trascurare un dato valutativo di rilievo , ovvero che la sintomatologia dolorosa , non legata per quanto accertato, a cause derivanti dall'operazione chirurgica di posizionamento della protesi , emergeva nell'aprile del 2012 , senza peraltro che ciò fosse stato debitamente apprezzato dai sanitari della CP_2 che visitarono poi il Per_7 giugno del 2012 e consigliarono una successiva visita di controllo solo a settembre del 2012, quando emerse inconfutabilmente il peggioramento della situazione clinica , come riportato nella certificazione medica. Il CTU ha poi escluso fonti infettive alternative, quale

quelle dedotte dalla convenuta , rimarcandone l'insussistenza sulla scorta di dati pregnanti ancorati all'esperienza medica e chirurgica , e contrapponendovi il versamento purulento , come tale sintomatico di infezione pregressa, all'atto della rimozione\sostituzione della protesi in precedenza innestata.

Secondo l'elaborazione giurisprudenziale in materia non è necessario individuare **la causa o modalità precisa di insorgenza dell'infezione** ma è sufficiente la prova presuntiva ed il criterio della **probabilità logica o razionale**. Traccia di ciò si rinviene anche nella giurisprudenza meno recente (vd. Cass. s. u. 576\08, 581 e 584 del 2008 sul nesso causale in responsabilità civile. In particolare nel caso di condotta omissiva vige la regola del *più probabile che non* ; vd. anche Cass. civ. nr. 19145 del 2005: per il riconoscimento del nesso causale è sufficiente che sia individuata l'astratta compatibilità tra l'infezione e il trattamento sanitario ricevuto, in assenza di certezza in ordine ad altre cause alternative di spiegazione dell'origine dell'infezione).

Ancora da ultimo: (Cass. sez. civ. ord. Nr. 17696 del **25.8.20**: l'attore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza di nuove patologie e la condotta posta in essere dal sanitario, fermo restando che tale prova può essere fornita anche attraverso presunzioni. Sul convenuto grava invece l'onere di provare l'esistenza di una causa imprevedibile ed inevitabile che abbia reso impossibile eseguire correttamente la prestazione.

Tale arresto giurisprudenziale appare in linea con quanto affermato dal CTU secondo cui non è emersa un'altra plausibile causa di infezione. La pronuncia giurisprudenziale avalla quindi un criterio di probabilità nella ricerca del nesso causale. La struttura sanitaria è gravata da obblighi contrattuali dal momento del ricovero del paziente nel senso che deve garantire non solo la prestazione sanitaria richiesta, ma pure la sterilità dei presidi chirurgici e dell'ambito operatorio.

Nella citata ordinanza la Suprema Corte afferma il carattere non imprevedibile o eccezionale dell'evento infezione , ampiamente dibattuto anche nella CTU , laddove si dà atto della frequente origine ospedaliera dello stafilococco aureo, il che massimizza il ruolo della prevenzione per contenere un rischio clinico di contaminazione batterica della ferita in operazioni complesse e di durata non esigua , a patto che gli interventi di prevenzione infettiva siano attuati secondo procedure idonee.

A tali osservazioni fa da corollario, secondo l'orientamento citato, la non particolare rilevanza delle linee guida o dei protocolli che regolano la profilassi antibiotica, in quanto potrebbero essere inadeguati in rapporto alle cautele richieste dal caso concreto. Nella vicenda in esame emerge, dalla cartella clinica, che al paziente fu somministrato trattamento antibiotico (2g. di Org_16 come prescritto nei protocolli allegati dalla convenuta) solo in fase preoperatoria.

Per converso il CTU pone in primo piano il trattamento antibiotico cui il Pt_1 fu sottoposto in prossimità del secondo intervento chirurgico di rimozione della protesi presso la casa di cura XXXXXXXXXX, siccome prolungato per 9 settimane e continuato per ulteriori sei settimane dopo gli interventi , fino al 28.2.13 e con esito positivo.

Quanto alle prove documentali offerte dalla convenuta si osserva che:

nei doc.ti. 5-6-7-8 risultano effettuati cicli di sterilizzazione.

Segnatamente in data 6.2.12 (motore, testine,...) , 7.2.12 , 9.2.12 (componenti dell'anca 4, base anca 4), il che pone perlomeno un dubbio sul mantenimento delle condizioni di sterilizzazione fino al giorno dell'operazione del 20.2.12.

Diversamente il doc. 7 attesta sterilizzazione in data 20.2.12 , (giorno dell'intervento chirurgico - la data in corsivo risulta corretta da: 20.1.12), tuttavia parziale, in quanto vengono indicate come oggetto di sterilizzazione solo alcune delle componenti protesiche: base anca 1-2-3 e non base anca e componenti anca 4 ,di cui al documento citato più sopra.

Il controllo della sterilità dell'aria riguarda invece epoca di molto antecedente all' operazione del 20.2.20, siccome eseguito in data 24.1.20 e controfirmato dal dr. Per_8 solo in data 13.2.20.

Un altro controllo sulla sterilità dell'aria, presente nei documenti allegati dalla convenuta, viene eseguito in data 12.6.12 e controfirmato in pari data. Però da considerare irrilevante in quanto di molto posteriore alla data dell'operazione del 20.2.12.

Come è noto la trasmissione dei patogeni può avvenire in svariate forme ma anche da soggetto a soggetto, tuttavia la prova testimoniale sollecitata dalla convenuta appare inidonea , ex art. 209 cpc, non potendosi provare la mancanza di agenti patogeni microscopici sulla base di semplici dichiarazioni testimoniali, quanto piuttosto sulla scorta di rilevazioni oggettive , purchè svolte con criteri esenti da eccessivi margini di opinabilità , questi ultimi messi in evidenza nella relazione del consulente d'ufficio che dalla disamina dei documenti medici e della cartella clinica ne ha tratto la definitiva convinzione di: *“asepsi insufficiente”*, il che segna la conclusione di un procedimento logico, sia pure di tipo induttivo, ma pur sempre ancorato a evidenze cliniche di rilievo e di supporto.

*

Per quanto concerne il quantum debeatur il CTU evidenziava sussistenza del c.d. danno differenziale:..... *la quota di aggravamento funzionale indotto dai due successivi interventi chirurgici (posizionamento di spaziatore dopo la rimozione*

dell'artroprotesi infetta e posizionamento di neoprotesi definitiva), resisi necessari in seguito all'infezione, rispetto a quanto si sarebbe teoricamente verificato nell'ipotesi di un esito normale di protesizzazione d'anca. Non fruibili a questo fine gli esami obiettivi effettuati nel corso del follow up del primo intervento (20 febbraio 2012), o perchè cronologicamente troppo vicini a tale intervento o perchè con obiettività già compromessa dall'incipiente processo infettivo in atto (ancorchè inizialmente misconosciuto). Ci soccorre invece il confronto con la funzionalità dell'anca controlaterale (sinistra), anch'essa sottoposta successivamente (2016) ad artroprotesizzazione, senza complicazioni e con buon esito funzionale. Facendo il confronto tra le due articolazioni si vede come a destra sussista un discreto deficit della flessione (non raggiunge i 90°, mentre a sinistra li supera ampiamente), come pure un significativo deficit (tra 1/3 e 1/2) dei movimenti di extrarotazione ed abduzione, mentre l'intrarotazione e adduzione risultano inceppate terminalmente. Apprezzabile inoltre un'ipomiotrofia glutea leggermente maggiore a destra rispetto che a sinistra. Da considerare infine, ancorchè a "quota minima" un esito cicatriziale chirurgico cutaneo un po' maggiore a destra, leggermente retraente. Attingendo agli usuali barèmes valutativi (tabelle delle Linee Guida SIMLA 2016) si vede come gli esiti di artroprotesizzazione d'anca vengono divisi in 4 classi a seconda della gravità degli esiti. Per quanto d'interesse alla classe I.a (fascia 15%-18%)

vengono ascritti esiti di “...pressochè completo recupero dell’ampiezza dei movimenti, in assenza di dolore e di dismetria, con tono trofismo muscolare conservato”. Alla classe II.a (19%-25%) “dolore sensibile ai farmaci, moderati deficit articolari con limitazione dell’autonomia deambulatoria, lieve ipotrofia muscolare, eterometria inferiore ai 3 cm, osteoporosi ed artrosi controlaterale”. Alla classe III.a (fascia di indennizzo tra 26% ed il 30%) vengono ascritti i casi con “...dolore costante e relativamente sensibile ai farmaci, articularità alquanto ridotta; limitazione marcata dell’autonomia, eterometria 3-5 cm, ipotrofia muscolare marcata, osteoporosi, artrosi controlaterale”. Tenendo conto di tali parametri, si può ragionevolmente ritenere che la protesi d’anca di sinistra presenta degli ottimi esiti chirurgici con quadro clinico sostanzialmente inquadrabile ai limiti inferiori della I.a classe (15%). Conseguentemente risulta sufficientemente probabile che, in assenza delle complicanze infettive, anche gli esiti della protesi d’anca destra si sarebbero stabilizzati a tale livello. Il quadro attuale a livello dell’anca destra risulta invece sensibilmente più compromesso, con caratteri che rientrano in buona parte nella II.a classe, ma con limitazioni articolari di grado marcato, inquadrabili nella III.a classe delle tabelle Org_17 . Appare pertanto ragionevole inquadrare la valutazione degli attuali reliquati nella fascia inferiore della III.a classe, attribuendo al danno complessivo evidenziabile all’anca destra un valore del 27%.

Conseguentemente, sottraendo da tale valutazione il danno teorico che sarebbe residuo in caso di congrua artroprotesizzazione (teoricamente il 15%) si giungerebbe ad una valutazione complessiva del 12% (danno differenziale) per le conseguenze della responsabilità professionale individuata. Trattandosi di danno "incrementale", il valore monetario dell'attuale obiettività andrà calcolato dal 16° al 27° punto di invalidità.

Per quanto riguarda i periodi di inabilità temporanea si può ragionevolmente considerare che tutti i ricoveri (sia per accertamenti prima che per gli interventi chirurgici poi) non si sarebbero resi necessari qualora non si fosse verificata l'infezione alla protesi d'anca (ad eccezione del ricovero dall'08/09 al 15/09 che sembra si sia verificato per altre patologie concomitanti preponderanti). Conseguentemente si potranno individuare complessivi 57 giorni di inabilità temporanea totale (i 3 ricoveri dal 20/09 al 19/10, dal 29/10 al 15/11/2012, dal 15/01/2013 al 26/01/2013) seguiti ragionevolmente da almeno 2 mesi di inabilità temporanea parziale al tasso medio decrescente del 75% e da ulteriori 6 mesi di inabilità temporanea parziale al tasso medio decrescente del 50%, tenendo conto che le prime sofferenze per l'infezione all'artroprotesi risultano documentate nel giugno 2012.

Si è ragionevolmente verificato un periodo di sofferenze di grado elevato per 2 mesi, di grado medio per altri 2 mesi e di grado medio lieve per 6 mesi.

Non vi è stata alcuna incidenza da parte della temporanea nè attualmente vi è incidenza degli attuali reliquati sulla capacità di lavoro e produrre reddito visto che il danneggiato al momento dell'accaduto era pensionato.

Non si ravvisa la necessità di spese mediche future.

Nel fascicolo di causa non risultano documentate spese mediche sostenute ad eccezione dell'avviso di parcella per la consulenza medico legale di parte attorea del dott. Persona_6, congruo come indicazione e importi.

*Si invia copia del presente parere ai consulenti delle parti per eventuali osservazioni del caso. Il CTP di parte attorea dott. Persona_6 fa pervenire le seguenti osservazioni "Letta la bozza di relazione peritale, prendo atto che il consulente tecnico d'ufficio conferma la sussistenza di un **errore medico** alla base della complicanza settica, come da noi evidenziato fin dal principio. Ritengo tuttavia alquanto sottostimata la quota di aggravamento valutata nella misura del 12%, che appare **alquanto riduttiva alla luce del quadro clinico esaminato**. Prendo atto altresì del fatto che il consulente tecnico d'ufficio correttamente adotta il criterio risarcitorio del danno differenziale come indicato dalla recente sentenza della **Cassazione Civile-Sezione III-28986/2019 d.d. 11.11.2019.***

Il CTP di parte convenuta dott. Persona_9 fa pervenire le seguenti osservazioni "Le faccio presente che nella discussione Lei stesso afferma che 'pur

non potendosi acclarare tale ipotesi con criterio di certezza assoluta essa risulta rivestire un grado di altissima probabilità e comunque, come si è visto, di gran lunga più probabile rispetto a qualsiasi ipotesi alternativa' tuttavia non nomina le ipotesi alternative. Peraltro il Sig. Pt_2 ha firmato un consenso in cui è scritto che tra le complicazioni era possibile che in seguito all'intervento si sviluppasse un'infezione. Ciò detto, e tenuto valido, si ritiene che la valutazione del danno differenziale è da considerarsi eccessiva tenuto conto che il periziando si è sottoposto al primo intervento perchè l'anca era già danneggiata". Esaminate le osservazioni dei consulenti delle parti si ritiene di aver in buona parte già risposto alle stesse nella prima stesura di relazione.

Appare comunque opportuno precisare che l'ipotesi di eventuali altre cause di infezione della protesi (infezione delle vie urinarie, focolai a distanza) sono state esaminate e ragionevolmente escluse, con criterio prossimo alla certezza, come già descritto nella stesura di "bozza". Se è vero che ogni consenso informato per l'intervento chirurgico prevede la possibilità generica di infezioni, ciò non costituisce un'esimente di responsabilità in caso di mancata diligenza (asepsi insufficiente). Nello specifico inoltre si configura comunque un'inadempienza contrattuale trattandosi di evento prevedibile ed altrimenti evitabile.

Si ribadisce che la valutazione percentualistica dei reliquati non può che essere orientativa, posto che non sappiamo quale sarebbe stato l'esito funzionale

dell'intervento di artroprotesi senza l'episodio infettivo e i successivi 2 interventi chirurgici. Si è pertanto tenuto conto della funzionalità della coxa controlaterale (anch'essa con esiti di artroprotesi con ottimi risultati funzionali), attenendosi per la valutazione del danno

differenziale alle fasce di indennizzo di cui alle tabelle ^{Org_17} 2016, allo stato attuale le più autorevoli e dottrinalmente approfondite.

Si ritiene pertanto di poter confermare le valutazioni già proposte nella prima stesura di relazione.

Il CTU così concludeva riconoscendo a titolo di danno biologico:

- *un periodo di inabilità temporanea totale di 57 giorni,*
- *2 mesi di inabilità temporanea parziale al tasso medio decrescente del 75%,*
- *6 mesi di inabilità temporanea parziale al tasso medio decrescente del 50%.*
- *reliquati permanenti incidenti sull'integrità psico-fisica del danneggiato nella misura orientativa del 12%, da valutare dal 16° al 27° punto di invalidità (danno incrementale).*
- *Si è ragionevolmente verificato un periodo di sofferenze di grado elevato di 2 mesi, di grado medio per 2 mesi, e di grado medio-lieve per 6 mesi.*

Non vi è alcuna incidenza da parte della temporanea nè attualmente vi è alcuna incidenza da parte degli attuali reliquati sulla capacità di lavoro specifica o di procurare reddito del danneggiato visto che al momento dell'accaduto era pensionato.-

Non si ravvisa la necessità di spese mediche future.

Non risultano depositate le spese mediche salvo l'avviso di parcella per la consulenza medico legale di parte attorea del dott. Persona_6 che appare congrua come indicazioni e come importi.

Ciò premesso la quantificazione del danno biologico secondo le tabelle milanesi è la seguente:

I.P. al 27% a 71 anni (al 20.2.2012) → 99.001,00

Detrazione I.P. al 15% → -34.811,00

Danno differenziale dal 16% al 27% → 64.190,00

I.T.A. 57 gg. (punto base 125) → 7.125,00

I.T.P. 60 gg al 75% → 5.625,00

I.T.P. 180 gg. al 50% → 11.250,00

Spese mediche → 2.440,00

Totale

90.630,00

Tale quantificazione va poi “personalizzata” in ragione del particolare grado di sofferenza soggettiva che è derivata al CALO’ dalla ripetizione dell’intervento chirurgico e dai conseguenti ricoveri, e che si stima equo quantificare nel 20% del danno biologico differenziale , pari ad euro **12.838,00**.

Segue pertanto condanna della convenuta al ristoro dei danni in favore dell’attore oltre al pagamento degli interessi legali dal fatto al saldo, delle spese di mediazione obbligatoria, pari ad euro **€ 48,80** , delle spese di lite comprensive dell’attività stragiudiziale che si liquidano con riferimento allo scaglione da euro 52.001 a 260.000 (valori medi) del DM 55\14 in euro **13.430** per onorari , euro **793,47** per spese esenti ex art. 15 dpr 633\72 , euro **2.014,50** per spese generali , euro **617,78** per cassa avvocati euro **3533,70** a titolo di IVA sull’imponibile e così in totale euro **20.389,45**.

Le spese di CTU vanno poste a carico della parte soccombente e si liquidano in euro **1220**, comprensive di IVA al 22%.

p.q.m.

visti gli artt. 281 bis , 281 quinquies, 91 cpc definitivamente pronunciando , ogni altra istanza, eccezione, deduzione disattesa,

condanna la convenuta Controparte_1 in persona del legale rappresentante , al pagamento in favore di Parte_1 della somma di euro

103.516,80 oltre interessi legali dal fatto al saldo ed alle spese processuali pari complessivamente ad euro **20.389,45**

pone definitivamente le spese di CTU a carico della convenuta soccombente nella misura di euro **1220,00**

sentenza provvisoriamente esecutiva ex lege

Trieste **07.12.2020**

GIUDICE Dr. Paolo VASCOTTO