Sent. 21841/16
Crom. 13717/16
REP. 21762/16

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

SEZIONE XIII CIVILE

Il Tribunale, in persona del Giudice Unico, dott.ssa Vittoria Amirante, ha emesso la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile di I grado iscritta al n. 32847 del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2012 vertente

T R A

[redacted] nata a [redacted] il [redacted] ed ivi res in Via Aristide Faccioli 245 elettivamente domiciliata in Roma [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] dalla quale è rappresentata e difesa unitamente giusta procura a margine dell'atto di citazione

ATTRICE

E

CASA DI CURA [redacted] in persona del legale rappresentante p.t. con sede in Roma Via Aurelia 559 ed elettivamente domiciliata in Roma Via C. Mirabello 17 presso lo studio degli Avv.ti Fulvio Zardo, Giobbe Zardo e Roberta Neri dai quali è rappresentata e difesa giusta procura in calce alla copia notificata dell'atto di citazione

CONVENUTA

E

[redacted] **s.p.a.** in persona del procuratore legale rappresentante p.t. elettivamente domiciliata in Roma [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] dal quale è rappresentata e difesa giusta procura in calce alla copia notificata dell'atto di chiamata in causa

TERZA CHIAMATA

OGGETTO: RISARCIMENTO DANNI DA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

CONCLUSIONI

All'udienza del 7.6.2016 le parti concludevano come da verbale ed il giudice tratteneva la causa in decisione con termini ex art. 190 c.p.c.

FATTO E DIRITTO

Omesso lo svolgimento del processo, ai sensi del nuovo testo dell'art. 132, comma 2 nr. 4 c.p.c. introdotto dall'art. 45, comma 17 legge nr. 69 del 2009 è pur tuttavia opportuno precisare preliminarmente l'oggetto del processo.

Con l'atto introduttivo del giudizio l'attrice ha convenuto la [redacted] chiedendone la condanna al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a causa di una patologia infettiva da "enterococco faecalis" di origine nosocomiale contratta durante il periodo di degenza presso la struttura convenuta in seguito all'intervento chirurgico di osteosintesi con placca e viti per il trattamento di una frattura ulna dx riportata in conseguenza di un sinistro stradale eseguito il [redacted]

Costituendosi in giudizio la struttura convenuta ha contestato le domande attoree, chiedendone il rigetto perchè infondate in fatto e in diritto avendo la struttura seguito tutti i protocolli di sterilizzazione e non essendo provato che l'infezione fosse stata contratta durante la degenza anche perché l'enterococco faecalis non era una delle infezioni compresa tra quelle nosocomiali. Evidenziava altresì che il sanitario operante aveva evidenziato la necessità di rimuovere i mezzi di sintesi ed apporre fissatori esterni già un mese dopo l'intervento e che, pertanto, sussisteva la grave colpa concorrente della [redacted] la quale non si sottoponeva all'intervento. Rilevava che in relazione alla vicenda della [redacted] si era svolto procedimento penale a carico del sanitario operante dott. [redacted] conclusosi con l'assoluzione e procedimento civile, sempre a carico del [redacted] conclusosi con sentenza di rigetto in primo grado per il quale pendeva appello. Contestava altresì il quantum del danno lamentato. Chiedeva in ogni caso di chiamare in causa la [redacted] s.p.a. per essere da questa garantita e manlevata in ipotesi di accoglimento della domanda attorea in virtù di polizza.

Costituitasi in giudizio la [redacted] eccependo la nullità della citazione per violazione del termine a comparire nonché l'inoperatività della garanzia assicurativa derivante dalla polizza avente per oggetto, in virtù, di apposita clausola contrattuale, unicamente le richieste di risarcimento avanzate nei due anni successivi al periodo di validità del contratto in relazione a fatti accaduti durante la validità del contratto nonché in quanto operante a secondo rischio rispetto a quella eventualmente stipulata dal medico ritenuto responsabile. Nel

merito ha chiesto il rigetto delle domande attoree, perchè infondate in fatto e in diritto.

Con ordinanza del 13.2.2013 il Giudice dato atto della violazione dei termini di comparizione differiva l'udienza al 22.5.2013.

Così ricostruito, in via di estrema sintesi, l'oggetto del processo e la posizione delle parti, deve rilevarsi che la struttura sanitaria "risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 cod. civ., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale" (cfr. Cass. sentenza n. 1620 del 03/02/2012). L'anzidetta qualificazione va ribadita pur alla luce della previsione recata dall'art. 3, comma 1, della legge n. 189/12 (cd. legge Balduzzi). Invero, la Suprema Corte ha chiarito "L'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve dovendosi considerare il riferimento all'art. 2043 c.c." (Cfr. Cass. n. 8940 del 17.04.2014). Aderendo a questo orientamento sia la responsabilità della struttura sanitaria (contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria) sia la responsabilità del medico (contratto d'opera professionale) derivano da inadempimento e sono disciplinate dall'art. 1218 c.c. Dal riconoscimento della natura contrattuale della responsabilità del sanitario discende che, in ordine alla distribuzione dell'onere della prova, è a carico del danneggiato la prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonchè del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico di questi ultimi o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (cfr. Cass. sentenza n. 4400/2004; n. 9085/2006). Dunque in ragione della natura contrattuale del rapporto sottostante opera una presunzione semplice di responsabilità a carico sia degli enti che dei medici alle loro dipendenze ex art. 1218 c.c. e l'onere della prova che l'insuccesso non sia dipeso da mancanza di diligenza (e, soprattutto, di perizia professionale specifica) incombe a carico dei medici e degli enti di appartenenza.

In tale contesto, l'oggetto dell'obbligazione assunta dalla struttura ospedaliera non è costituito semplicemente dalla prestazione medica dei propri dipendenti, ma da una più complessa prestazione, definita come assistenza sanitaria, oggetto di un contratto atipico, inquadrabile nella categoria della "locatio operis". A carico della medesima struttura sanitaria gravano infatti, prestazioni non solo di diagnosi e cura, ma anche di tipo organizzativo, connesse all' assistenza postoperatoria, alla sicurezza delle attrezzature, dei macchinari, alla vigilanza ed alla custodia dei pazienti, oltre prestazioni più propriamente riconducibili al contratto d'albergo. L'attività del medico costituisce quindi solo un momento di una più complessa prestazione ed il danno non sempre è conseguenza dell'errore del singolo operatore, ma talvolta anche del comportamento di più soggetti

In applicazione di tutti i suesposti principi va, dunque, esaminata la domanda attorea tenendo conto che era onere dell'attrice dimostrare l'esistenza del contratto con la struttura sanitaria ed allegare l'inadempimento (o comunque l'inesatto adempimento) delle prestazioni medico professionali rese in suo favore dalla convenuta, restando, invece, a carico di quest'ultima la prova che le medesime prestazioni erano state eseguite in modo diligente e che i problemi lamentati erano stati determinati da un evento imprevisto, imprevedibile ovvero inevitabile.

Tutto ciò premesso va rilevato che è incontestato tra le parti ed è documentalmente provato che la [redacted] venne ricoverata presso la Casa di Cura [redacted] il [redacted] ed ivi venne sottoposta in pari data ad intervento chirurgico di osteosintesi con placca e viti di frattura pluriframmentaria scomposta ulna sinistra. Sicchè può ritenersi dimostrata sia la conclusione del contratto atipico di spedalità tra l'attrice e la struttura convenuta.

Va, peraltro, ribadito che per la sussistenza della responsabilità professionale medica è necessario preliminarmente, secondo i principi generali di cui all'art. 2697 cod. civ., che il paziente dimostri il nesso di causalità tra l'evento lesivo della sua salute e la condotta del medico, dovendosi dimostrare che il peggioramento delle condizioni di salute è connesso causalmente al comportamento del medico. Solo successivamente all'accertamento del nesso eziologico tra l'evento dannoso e la prestazione sanitaria, andrà valutato il profilo soggettivo della sussistenza di una condotta colposa o dolosa in capo al convenuto.

Quanto al nesso causale va evidenziato che in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe

verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso (Cass. 16123 del 08/07/2010).

Con specifico riferimento alle ipotesi in cui l'eziologia del danno sia ricondotta alla contrazione di una patologia infettiva in ambiente ospedaliero - cd. infezione nosocomiale - applicando il ricordato criterio di riparto dell'onere probatorio graverà sulla struttura sanitaria convenuta, una volta che sia stato accertato il nesso causale tra il lamentato pregiudizio e l'infezione de qua, l'onere di dimostrare di avere diligentemente adempiuto la "prestazione" offerta al paziente, anche sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e delle leges artis onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico; nonchè della prestazione, ad opera del proprio personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico successivo all'eventuale contrazione dell'infezione da parte del paziente.

Nel caso di specie emerge dalla documentazione versata in atti e dall'accertamento tecnico del ctu che: la [redacted], in seguito ad un infortunio stradale, riportava "frattura pluriframmentaria scomposta dell'ulna sinistra per la quale veniva sottoposta in data [redacted] ad intervento chirurgico di osteosintesi con viti metalliche e placca ed in data [redacted] veniva dimessa; in data [redacted] il dott. [redacted] prescriveva Targosid riportando la seguente diagnosi "postumi intervento chirurgico sintesi frattura gomito dx fistola secernente" ed in pari data effettuava esame colturale su secrezione della ferita infetta dal quale emergeva lo sviluppo di "enterococco faecalis"; seguivano trattamenti antibiotici prescritti dal [redacted] ed ulteriori accertamenti effettuati presso altre strutture e prescritti da altri sanitari sino al giugno 2002 quando la [redacted] si sottoponeva, presso altra struttura ad intervento di rimozione placca e

viti, pulizia focolaio, fistolectomia. In tale occasione, inoltre, veniva prelevato materiale operatorio che sottoposto ad esame batteriologica accertava la presenza di Staffilococco capitis ssp ureolyticus" .

Il c.t.u. - con relazione coerente e lineare, logicamente sviluppata e pienamente esaustiva rispetto ai quesiti proposti, interamente fondata sulle emergenze dei documenti in atti e sull'esame obiettivo della paziente, i cui risultati si condividono pertanto in questa sede - ha accertato che i micororganismi isolati erano dunque due lo staffilococco capitis e l'enterococco faecalis. Il c.t.u. dopo avere chiarito che, ai fini epidemiologici, l'infezione del sito chirurgico viene considerata tale se insorge fino a 30 giorni dopo (precisando che qualora sia utilizzato e impiantato materiale protesico/sintetico, come nel caso di specie, il periodo di insorgenza va considerato fino a 12 mesi dopo l'intervento) e si verifica uno dei seguenti eventi: secrezione purulenta; isolamento di un microorganismo dall'incisione cutanea; dolore dolenzia edema arrossamento o calore in loco o necessità di riaprire la ferita; diagnosi di SSI da parte del chirurgo. Atteso che nel caso di specie ricorrono tutti tali indicatori, il ctu ha riconosciuto che l'infezione contratta dalla [redacted] va qualificata come infezione del sito chirurgico SSI. Tale conclusione può essere condivisa sulla base sia del criterio temporale, essendo stata l'infezione diagnosticata a breve di distanza di tempo dall'intervento (7 gg), sia il criterio topografico, essendo insorta nel sito chirurgico, sia, infine della insussistenza di patologie preesistenti.

Il c.t.u. chiarisce, inoltre, che i postumi riportati dalla [redacted] diversi da quelli comunemente conseguenti ad una frattura pluriframmentaria e scomposta, sono riconducibili alla infezione post chirurgica. Sul punto, va peraltro sottolineato quanto osservato dalla Corte di Appello di Roma in sede di appello alla sentenza che rigettava la domanda di risarcimento del danno da responsabilità sanitaria svolta dalla [redacted] nei confronti del [redacted] ed allegata in atti da parte convenuta. La Corte, infatti, con motivazione che si condivide, premesso che il CTU dott. [redacted] che aveva redatto la perizia in primo grado nel giudizio promosso nei confronti del [redacted] ed anche essa in atti- aveva ritenuto che "il perdurare dello stato settico locale dal [redacted], favorito dalla presenza della placca e delle viti ha infatti con il passare del tempo, provocato una progressiva distruzione del tessuto osseo dell'ulna" ha affermato che il nesso di causalità tra condotta del sanitario e postumi doveva considerarsi interrotto da un duplice ordine di profili. Il primo era dato dalla circostanza che la [redacted] si era rivolta ad altri sanitari così interrompendo le cure con il dott. [redacted] ed il secondo che l'intervento di rimozione della placca e delle viti era stato eseguito dalla [redacted] a mesi di distanza dalla comunicazione anche da parte di altri sanitari delle necessità di provvedervi.

Ciò posto ed esaminando anche il profilo della colpa deve rilevarsi che la struttura sanitaria convenuta era gravata dall'onere di dimostrare di avere adottato le cautele prescritte dalla vigente normativa in tema di preservazione delle condizioni igieniche dei locali destinati all'effettuazione degli interventi chirurgici ed al ricovero dei pazienti e di sterilizzazione e profilassi preventiva della strumentazione adoperata.

Sul punto si deve, preliminarmente evidenziare che il CTU sottolinea che i momenti di potenziale rischio infettivo sono molti e che nel caso in esame non è stata individuata alcuna delle possibili origini della ISS. Il consulente, poi, chiarisce l'assoluta correttezza della profilassi antibiotica pre intervento somministrata alla [redacted] essendo la scelta di una profilassi extra short term, a base di ceftriaxone somministrata in bolo per via endovenosa in una unica elevata dose all'immediato inizio dell'intervento, corretta per il tipo di intervento sia per motivi di farmacocinetica (concentrazione nel tessuto osseo) che di farmacodinamica (tempi di azione). Quanto alla profilassi ambientale il consulente evidenzia che la documentazione in atti (ed in particolare le prescrizioni della Direzione Sanitaria della casa di cura [redacted] del 7.10.2010; la dichiarazione del DS della struttura che certifica che le procedure sopra individuate erano applicate regolarmente sin dal 2000; il certificato della Moody int. CE del 20.10.2000) depone nel senso che la corretta profilassi fosse stata applicata. Tale mera "presunzione", come correttamente evidenziato anche dal CTU, non sarebbe di per sé sola sufficiente a dimostrare l'effettiva adozione nel caso concreto dei protocolli in tema di profilassi ambientale e sterilizzazione del materiale utilizzato. Tuttavia nel caso di specie essa risulta corroborata dall'esito delle prove testimoniali svolte in giudizio.

In particolare la teste [redacted], Direttore Sanitario della CC [redacted] ha confermato che nel caso della [redacted] il processo di sterilizzazione è stato effettuato con il metodo in autoclave con vapore saturo, verificato successivamente con prove biologiche e chimiche. Tanto ha affermato per aver eseguito personalmente i controlli periodici due volte a settimana. La circostanza è stata ulteriormente confermata dalla teste [redacted] che ha eseguito personalmente la sterilizzazione ed ha fatto le prove biologiche e chimiche. La teste [redacted] ha poi confermato che il doc. 13 allegato dalla convenuta riguarda la descrizione delle modalità operative da utilizzare in camera operatoria per la sterilizzazione dello strumentario e la teste [redacted] ha confermato che le

istruzioni indicate nel documento citato sono state seguite anche nel caso della [redacted] e che il doc. 15 attiene alla "sterilizzazione dello strumentario utilizzato il [redacted] (data dell'intervento della [redacted]) in camera operatoria di tutti gli interventi eseguiti in clinica in quella data". Sia la teste [redacted] che il teste [redacted] (materiale esecutore dei controlli) e la teste [redacted] (che ha assistito in qualità di responsabile alle operazioni) hanno poi confermato la circostanza degli effettuati controlli ed interventi descritti dal registro di manutenzione del [redacted]. I testi [redacted], [redacted] e [redacted] hanno poi, tutti confermato che: tutto il personale avente accesso in sala operatoria per l'intervento della [redacted] indossava guanti, mascherina, copricapo, sovrascarpe sterilizzati e si era lavato le mani prima di indossare i guanti sterili; che lo strumentario e la teleria era stato aperto solo in sala operatoria . I testi hanno poi escluso che in sala operatoria sia entrato altro personale (il radiologo) per tutta la durata dell'intervento e sino all'uscita della [redacted] dalla sala operatoria, non potendo tuttavia escludere che il radiologo sia intervenuto in "presala" non sterile successivamente a sutura della ferita avvenuta. Infine la teste [redacted] conferma di aver controllato l'esecuzione della sanificazione della sala operatoria ove la [redacted] venne operata una ora prima dell'intervento. Sia il teste [redacted] che il teste [redacted] e [redacted] confermano infine che la sala operatoria è munita di filtri assoluti. Dall'esame congiunto delle prove testimoniali come riportate e della documentazione prodotta a corredo è possibile ritenere provato che sono stati osservati i protocolli universalmente riconosciuti come efficaci per la prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero e la non riconducibilità della complicanza infettiva a condotte positivamente ascrivibili alla struttura sanitaria, quanto piuttosto alle percentuali di verificazione inevitabili riconosciute dalla letteratura medica.

In conclusione deve ritenersi assolto l'onere probatorio gravante sulla struttura sanitaria convenuta in relazione alla prova dell'adempimento e della circostanza che l'insorgere della complicanza infettiva è stata determinata da un evento inevitabile nonostante tutti gli accorgimento del caso, non prevenibile e dunque non imputabile.

La domanda va, pertanto, rigettata.

Le spese anche della terza chiamata seguono la soccombenza e vanno poste a carico della [redacted] nella misura liquidata in dispositivo ai sensi del DM

55/2014 nei valori minimi dello scaglione di valore indeterminabilità complessità media.

Le spese di CTU vanno poste in via definitiva a carico della [redacted].

p.q.m.

Il Giudice Unico del Tribunale definitivamente pronunciando, ogni contraria e diversa istanza e deduzione disattesa, così provvede:

1. Rigetta la domanda di [redacted];
2. Condanna [redacted] alla refusione delle spese processuali che liquida in € 5.885 per compensi oltre accessori come per legge
3. Pone a carico di [redacted] le spese di CTU

Così deciso in Roma il 3.10.2016

Il Giudice

dott.ssa Vittoria Amirante

FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Rosa Traversa

TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA
Depositato in Cancelleria
Roma il 22/11/16
FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Rosa Traversa