N. R.G. 742/2024

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI BOLOGNA

II SEZIONE CIVILE

La Corte di Appello nelle persone dei seguenti magistrati:

dott. Giampiero Fiore — Presidente

dott. Anna Maria Rossi — Consigliere

dott. Bianca Maria Gaudioso — Consigliere Relatore

sentito il relatore, sulle conclusioni precisate dalle parti nelle memorie depositate ex art. 352 n. 1 c.p.c., ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa d'appello iscritta al r.g. n. 742/2024 promossa da:

Parte_1

Avv.ti [redacted] e [redacted]

contro:

CP_1

Avv.ti [redacted] e [redacted]

[redacted]

contumace

Fatti di causa

Pendente il procedimento ex art. 669 bis c.p.c. promosso avanti al Tribunale di Ravenna nel 2022, con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. notificato nell'anno 2023, *CP_1* convenne in giudizio *[...]* *Parte_1* e il dott. [redacted] chiedendo di condannarli in solido al risarcimento dei danni, patrimoniali e non, patiti a causa dell'infezione da *Enterococcus faecalis* contratta all'interno della struttura ospedaliera convenuta, in occasione dell'intervento chirurgico di artroprotesi del ginocchio destro eseguito dal dott. [redacted] in data 4.11.2019.

Espose, per quanto qui ancora rileva, che tale infezione aveva causato una serie di altre gravi patologie ed in particolare una severa endocardite valvolare unitamente ad una embolizzazione settica a livello della milza che avevano determinato la necessità di intervenire chirurgicamente sulla valvola aortica previa asportazione della protesi del ginocchio destro risultata infetta.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762

Con separate comparse, il dott. [redacted] e Parte_1 si costituirono in giudizio contestando ogni responsabilità e chiedendo il rigetto integrale delle domande risarcitorie proposte.

Parte_1 depositò la CTU nel frattempo depositata nel procedimento preventivo (doc. 5).

Con ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. n. 792/2024, il Tribunale di Ravenna accolse la domanda unicamente nei confronti di Parte_1 per le ragioni che qui si riportano: *"Rileva la CTU che "è del tutto evidente che l'endocardite si è sviluppata a seguito di una battieriemia avvenuta cronologicamente dopo l'intervento di artroprotesi ed ha trovato terreno fertile nella presenza di una valvulopatia aortica pre-esistente. Tale batteriemia in base ai dati a nostra disposizione può teoricamente riconoscere due origini: quella endogena intestinale (angiodislasia, polipi, diverticoli) o quella esogena iatrogena correlata all'intervento chirurgico. Per orientarsi tra queste due diverse possibilità è indispensabile fare riferimento alle Linee Guida ufficiali esistenti relative alle infezioni protesiche, in cui quelle ritardate (che spesso riconoscono proprio un'eziologia da Enterococcus spp.) vengono considerate normalmente acquisite durante l'intervento mentre l'origine ematogena è riconosciuta per quelle tardive:…Pertanto è verosimile o meglio probabile che l'infezione da Enterococcus faecalis sia a patogenesi esogena correlata per shedding microbico sul campo operatorio in occasione dell'intervento del 4.11.2019. La profilassi antibiotica pre-operatoria utilizzata nell'occasione è da considerarsi corretta e secondo Linee Guida come scelta della molecola posologia impiegata e timing di posizionamento. Pertanto essendo l'Enterococcus faecalis toti-sensibile, l'infezione correlata all'assistenza è avvenuta o a dispetto di una profilassi corretta o per via del mancato rispetto delle comuni norme di antisepsi. L'approccio seguito (rimozione della protesi e posizionamento di spaziatore) è stato quello corretto. Conclude la perizia rilevando che "riteniamo più improbabile l'ipotesi che l'origine dell'infezione da Enterococcus Faecalis sia endogena, da imputare ad una patologia intestinale cronica da anni presente che sia rimasta sempre silente e che abbia raggiunto il torrente ematico solamente proprio dopo l'intervento chirurgico sul ginocchio, dando origine ad un'endocardite e solo in un secondo momento ad un'infezione protesica ritardata per diffusione ematogena al ginocchio stesso (contrariamente a quanto riportato dalle Linee Guida per le infezioni ritardate)". (…) In base alla esperita CTU emerge pertanto la sussistenza di responsabilità della struttura (nesso causale ed imperizia) per infezione nosocomiale insorta durante l'intervento di artroprotesi al ginocchio destro del 4.11.2019 e determinante successiva endocardite che ha richiesto la sostituzione tramite intervento chirurgico della valvola aortica. (…) Conseguentemente* [...] Parte_1 *dovrà essere condannata al risarcimento del danno patito dalla* CP_1 *in ragione unicamente della contratta infezione nosocomiale. La CTU quanto al danno biologico iatrogeno*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762

temporaneo ha indicato un periodo di ITT di 4 mesi, un periodo di ITP al 75% di mesi 3 ed un periodo di ITP al 55% di mesi 5 mentre quanto al danno biologico permanente ha indicato un danno differenziale del 17/18 % tra una invalidità permanente conseguita alle condizioni della paziente del 38% ed un danno finale del 55-56% con sofferenza soggettiva di grado severo per la durata della ITT, di grado marcato-severo per il periodo di ITP 75% e di grado moderato per il restante periodo di ITP, mentre a postumi stabilizzati di grado medio. Il danno non patrimoniale liquidabile in base alle Tabelle di Milano ammonta quindi ad € 211.277,00, valutato all'attualità. La CTU ha riconosciuto inoltre spese mediche congrue per € 616,00, somma da rivalutare in base agli indici ISTAT a far data dall'esborso sino alla pubblicazione della ordinanza. Sulle somme svalutate alla data del 4.11.2019 ed anno per anno rivalutate sino alla pubblicazione dell'ordinanza sono dovuti gli interessi compensativi. Sulla somma così liquidata sono dovuti gli interessi ex art. 1282 cc dalla pubblicazione dell'ordinanza sino al saldo".

Parte_1 ha proposto appello all'ordinanza, affidandolo ad un unico articolato motivo, cui ha resistito la *CP_1* Il dott. [redacted] è rimasto contumace.

Il Consigliere Istruttore, esperiti gli incombenti della prima udienza, viste le note depositate dalle parti per l'udienza fissata ex art. 352 c.p.c., tenutasi in modalità cartolare ex art. 127 ter c.p.c., ha rimesso la causa al collegio per la decisione con ordinanza in data 27.1.2026.

Ragioni della decisione

L'appello censura l'ordinanza impugnata sotto due profili.

In primo luogo, le conclusioni della CTU che riconoscono la natura nosocomiale dell'infezione da *Enterococcus faecalis* sono contraddittorie ed errate e il Tribunale le accoglie acriticamente, anziché discostarsene, senza valutare le argomentazioni difensive dell'attuale appellante e, a monte, le osservazioni critiche e puntuali dei consulenti nominati da quest'ultima, dott. *Per_1* e prof. *Per_2*

L'infezione, secondo l'appellante, con ogni probabilità ha avuto origine endogena e non nosocomiale.

Gli stessi CTU, infatti, prospettano due possibili origini della batteriemia, *"quella endogena intestinale (angiodisplasia, polipi, diverticoli) o quella esogena iatrogena correlata all'intervento chirurgico"* (pag.32) e i consulenti di parte appellante rilevano che nel caso in esame viene in rilievo un'infezione ritardata che, secondo le linee guida, potrebbe essere scaturita dall'intervento oppure essere espressione di diffusione ematogena da focolai infettivi distali.

Orbene, è pacifico che la *CP_1* presentasse fattori di rischio rappresentati da poliposi intestinale, angiodisplasia e xantoma duodenale, polipi e diverticolosi del sigma ascendente, in sé favorenti la traslocazione batterica intestinale sulla valvola aortica stenotica, di cui la stessa era portatrice, con conseguenti possibili embolizzazioni che facilmente possono aver infettato anche la protesi di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762

ginocchio. Tale appare, dunque, l'ipotesi eziopatogenetica dell'infezione più probabile considerato che, come affermano gli stessi CTU:

i) la profilassi antibiotica preoperatoria fu corretta e secondo linee guida come scelta della molecola, posologia impiegata e timing di posizionamento;

ii) si possono prospettare due origini alternative dell'infezione, una delle quali è l'origine endogena intestinale;

iii) il germe isolato è un *Enterococcus faecalis*, un germe sensibile a tutti gli antibiotici, per cui non presenta caratteristiche nosocomiali, in quanto il germe ospedaliero è normalmente multiresistente.

Le descritte circostanze, dunque, danno evidenza della contraddittorietà delle valutazioni dei CTU sull'insorgenza dell'infezione e dell'erroneità delle loro conclusioni.

Aggiunge l'appellante che le criticità riscontrate nella CTU medico legale non risultano, peraltro, scalfite dalla replica dei consulenti d'ufficio alle osservazioni dei periti della struttura "*che risultano in sé lacunose oltre che errate nella sostanza con riferimento, fra l'altro, all'interpretazione e alla valutazione dei riferimenti bibliografici richiamati dai consulenti di* Parte_1 *a supporto delle deduzioni svolte*".

Inoltre, la CTU trascura la circostanza, rilevante e documentata, che ad aprile 2020 – a distanza di 6 mesi dall'intervento al ginocchio e 2 mesi prima della diagnosi di endocardite – la CP_1 eseguì gastroscopia e colonscopia, e tali manovre, come afferma il prof. Per_2 nella relazione datata 2.5.2024, prodotta con l'appello sub doc. 6, "*non sono completamente esenti da rischio di infezione tanto che vengono riportati tassi di infezioni postendoscopiche a 7 giorni da 0 a 115 per 1000 procedure per la colonscopia di screening, da 0 a 132 per la colonscopia non di screening e da 0 a 62 per le esofagogastroduodenoscopie. (Wang P, Xu T, Ngamruengphong S, et al. Rates of infection after colonoscopy and osophagogastroduodenoscopy in ambulatory surgery centres in the USA.* Cont *2018;67:1626-1636). Ancora La comparsa di batteriemia durante procedure endoscopiche gastrointestinali (GI) è stata segnalata in numerosi studi, sebbene di solito sia transitoria e le complicanze infettive clinicamente significative siano rare, inclusa endocardite infettiva (Aasma* Per_3 Persona_4 *, Risks of Infection from Gastrointestinal Endoscopy, Techniques in Gastrointestinal Endoscopy, Volume 9, Issue 4,2007, Pages 225-232)*".

In conclusione, alla luce di quanto rilevato circa i fattori di rischio di cui la CP_1 era portatrice (poliposi intestinale ecc.), la correttezza della profilassi somministrata, le caratteristiche non nosocomiali dell'enterococco e le manovre a rischio di batteriemia (gastroscopia e colonscopia) risulta dunque censurabile la conclusione della CTU che ha ritenuto più probabile l'origine nosocomiale dell'infezione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762

Il secondo profilo di doglianza riguarda la quantificazione del danno biologico iatrogeno di natura permanente nella misura del 17-18% - da considerare in termini di danno differenziale a partire dal 38% fino al 55-56% - che l'appellante considera eccessiva ed ingiustificata alla luce del quadro clinico obiettivo della paziente, avendo gli stessi CTU affermato "*a fronte di un iter così lungo e complicato, il risultato funzionale è stato tutto sommato buono, A carico del ginocchio dx, infatti, di apprezza un quadro disfunzionale del tutto in linea con le aspettative di un intervento di protesizzazione con conservazione delle possibilità deambulatorie e quindi di autonomia della paziente (pur in presenza evidentemente di un danno anatomico maggiore legato alla infezione ed alla necessità di plurimi interventi) ed anche dal punto di vista cardiologico, i riscontri documentali e l'obiettività clinica depongono per un buon compenso*". Tali considerazioni avrebbero dovuto condurre al riconoscimento solo di un danno biologico temporaneo e non di un danno permanente.

***

La prima contestazione mossa dall'appello all'impugnata ordinanza è infondata.

È principio consolidato quello secondo cui il giudice di merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento e non deve necessariamente soffermarsi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte, che, sebbene non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili, senza che possa configurarsi vizio di motivazione, in quanto le critiche di parte, che tendono al riesame degli elementi di giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in mere argomentazioni difensive (Cass., Sez. 1, n. 33742/2022).

Nel caso di specie, la perizia espletata in sede di ATP nel contraddittorio pieno delle parti, che il giudice di prime cure ha posto a fondamento della propria decisione, è ben motivata, anche con espliciti richiami alla letteratura scientifica di riferimento, è esaustiva, risponde puntualmente alle osservazioni critiche dei CTP ed è immune da vizi logici, talché non v'è motivo per discostarsene.

La CTU, sulla base delle Linee Guida ufficiali relative alle infezioni protesiche (di cui più in dettaglio si dirà oltre), accerta la più probabile sussistenza del nesso di causalità tra l'infezione batterica da *Enterococcus faecalis* diagnosticata nel giugno 2020 e l'intervento chirurgico ortopedico eseguito il 4.11.2019.

Puntualmente rispondendo alle osservazioni critiche all'elaborato peritale avanzate dai consulenti di *Parte_1* i CTU chiariscono come i rilievi proposti per confutare l'origine nosocomiale dell'infezione siano privi di fondamento. Rispetto all'assenza di controlli successivi alla dimissione, i CTU evidenziano che, comunque, furono effettuati costanti esami laboratoristici (cfr. doc. da 19 a 24) i

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762

quali, in realtà, attestano un rialzo costante della PCR, per cui è verosimile che sia quello il momento in cui iniziò a fenotipizzarsi clinicamente il quadro infettivo. In particolare, gli esami evidenziano che già da febbraio 2020 vi fu una evidente alterazione di tutti i principali indici di flogosi infettiva.

Riguardo, invece, alle tre voci bibliografiche citate dal CTP della struttura a supporto dell'ipotesi di una traslocazione batterica intestinale sulla valvola aortica stenotica, i CTU evidenziano come tali voci bibliografiche non siano pertinenti al caso di specie, in quanto si riferiscono alle infezioni che le Linee Guida ufficiali relative alle infezioni protesiche classificano come "tardive", ossia quelle che insorgono dopo oltre 24 mesi, e non a quelle che classificano come "ritardate", che insorgono da 1 a 24 mesi dopo, come quella occorsa alla *CP_1* (pag. 33 CTU).

Le stesse Linee Guida, poi, indicano per le infezioni "tardive" che la fonte di infezione è ematogena per diffusione da siti di infezione remota e che quelle "ritardate", come quella oggetto di causa, normalmente sono esogene per essere acquisite durante l'intervento chirurgico e spesso riconoscono proprio un'eziologia da *Enterococcus.*

I CTU, pertanto, pianamente concludono che è più probabile che l'infezione di cui è causa sia a patogenesi esogena, correlata *"per shedding microbiologico sul campo operatorio in occasione dell'intervento del 4.11.2019"*.

Preme evidenziare che tali Linee Guida – riportate a pagina 33 dell'elaborato – non furono contestate dai consulenti tecnici di parte in sede di osservazioni critiche alla perizia, né da *Parte_1* nell'atto di gravame e che la censura qui proposta alle risposte date dai CTU – e dunque all'ordinanza che le condivide – alle osservazioni critiche dei CTP è del tutto generica ed inammissibile ("*risultano in sé lacunose oltre che errate nella sostanza con riferimento, fra l'altro, all'interpretazione e alla valutazione dei riferimenti bibliografici richiamati dai consulenti di* *Parte_1* *a supporto delle deduzioni svolte*").

La conclusione dei CTU, poi, contrariamente a quanto affermato dall'appellante, non è in contraddizione con il fatto che gli stessi danno atto che i sanitari eseguirono in modo corretto la profilassi antibiotica dal momento che, come precisano i CTU, l'infezione può essersi verificata anche "*a dispetto di una profilassi corretta*" (pag. 33 CTU).

Pertanto, risultando l'elaborato peritale completo e adeguatamente motivato anche rispetto alle osservazioni critiche proposte dai consulenti di parte appellante, semplicemente riproposte nell'atto di gravame, il Tribunale si è correttamente conformato alle valutazioni e conclusioni dei CTU, affermando la responsabilità della struttura sanitaria.

Rispetto ai fattori di rischio dell'infezione evidenziati per la prima volta nell'appello, ossia l'esecuzione di una gastroscopia e di una colonscopia dopo l'intervento chirurgico e prima dell'insorgere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762

dell'infezione, si rileva che tali indagini diagnostiche furono precisamente riscontrate dai CTU le indicarono e ne riportarono l'esito nel paragrafo dedicato all'esame della documentazione medica riguardante la paziente, come emerge a pagina 6 dell'elaborato ove si legge *"... ad aprile 2020 ha eseguito, sempre per controllo in anemia cronica, EGDS (ernia iatale, gastrite), colonscopia (nella norma)"*. Pertanto, tali fattori di rischio infezione furono presi in esame dai CTU nell'accertamento della patogenesi dell'infezione, ma, con tutta evidenza, li ritennero fattori recessivi rispetto all'intervento chirurgico ortopedico ed alla natura "ritardata" dell'infezione, nonché da tutte le altre circostanze del caso concreto sopra indicate.

D'altra parte, è la stessa appellante ad evidenziare che la comparsa di batteriemia durante procedure endoscopiche gastrointestinali è segnalata in numerosi studi *"sebbene di solito sia transitoria e le complicanze infettive clinicamente significative siano rare"* (atto d'appello, pag. 13 e 14).

Dunque, risulta evidente che i CTU, pur avendo avuto contezza delle procedure endoscopiche effettuate nell'aprile del 2020, non le abbiano considerate in alcun modo decisive per accertare la patogenesi dell'infezione, alla luce delle ulteriori risultanze indicate nell'elaborato peritale.

A conferma ulteriore dell'irrilevanza di tali procedure, si evidenzia come gli stessi consulenti di parte appellante non le tennero in alcuna considerazione quale possibile causa dell'infezione in sede di osservazioni critiche alla CTU, nelle quali non fecero alcun cenno alla colonscopia e alla gastroscopia.

La censura relativa alla quantificazione del danno non patrimoniale è inammissibile, perché l'appellante si limita a genericamente affermare, senza indicare specificamente ragioni di criticità della CTU e dell'ordinanza decisoria che la condivide, che il giudice avrebbe dovuto riconoscere unicamente un danno biologico temporaneo, per avere i CTU rilevato che il "*risultato funzionale*" dell'intervento chirurgico è stato buono.

Tale censura deve essere respinta non solo per la sua genericità, ma anche perché il "*risultato funzionale*" che i CTU apprezzano è quello relativo al ginocchio destro e, comunque, aggiungono e precisano che l'infezione e i plurimi interventi chirurgici ad essa correlati hanno determinato un danno anatomico maggiore, leggendosi a pagina 34 dell'elaborato: "*Per quanto attiene il* ***danno biologico permanente*** *si prende atto che, a fronte di un iter così lungo e complicato, il risultato funzionale è stato tutto sommato buono. A carico del ginocchio dx, infatti, si apprezza un quadro disfunzionale del tutto in linea con le aspettative di un intervento di protesizzazione con conservazione delle possibilità deambulatorie e quindi di autonomia della paz, (pur in presenza evidentemente di un danno anatomico maggiore legato alla infezione ed alla necessità di plurimi interventi)*".

Pertanto, il giudice di primo grado ha liquidato il danno attenendosi alle condivise risultanze della CTU e applicando le Tabelle del Tribunale di Milano, senza che l'appellante censuri le operazioni di calcolo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762

In conclusione, l'appello è infondato.

Le spese processuali del presente grado seguono la soccombenza e i compensi sono liquidati in dispositivo in base al valore della causa, all'attività processuale effettivamente espletata – tutte e quattro le fasi – ed ai parametri tutti indicati nel D.M. 55/2014 che portano a liquidare i compensi minimi per la fase istruttoria, tenuto conto della mancanza di istruzione probatoria, e quelli medi per le altre fasi.

P.Q.M.

La Corte d'Appello, definitivamente pronunciando:

- rigetta l'appello proposto da *Parte_1* contro l'ordinanza n. 792/2024 emessa dal Tribunale di Ravenna;

- condanna l'appellante alla rifusione a favore di *CP_1* delle spese processuali del presente grado di giudizio che liquida in € 12.150 per compensi, oltre spese forfettarie e accessori di legge, se dovuti;

- dà atto della sussistenza dei presupposti di cui all'art. 13 comma 1 quater d.p.r. 115/2002 per il pagamento di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per l'impugnazione.

Così deciso dalla seconda sezione civile della Corte d'Appello di Bologna il giorno 10.2.2026.

Il Consigliere estensore
dott.ssa Bianca Maria Gaudioso

Il Presidente
dott. Giampiero Fiore

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-762