N. R.G. 2023/483

TRIBUNALE ORDINARIO di RAVENNA

Nella causa civile iscritta al n. r.g. **483/2023** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (*C.F._2*) Indirizzo Telematico; , elettivamente [redacted] il difensore avv. [redacted]

ATTORE/I

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (*C.F._3*) [redacted] *Parte_2* (*C.F._4*) [redacted] C/O [redacted], elettivamente [redacted] il difensore avv. [redacted]

Pt_3 *Pt_4* C.F. *C.F._5*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. , elettivamente domiciliato in [redacted] il difensore avv. [redacted]

CONVENUTO/I

Il Giudice dott. Alessia Vicini,
a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 18/10/2023,
ha pronunciato la seguente

[...]

Parte_5 conveniva in giudizio, innanzi al Tribunale di Ravenna *CP_1* *[...]* e il dott. *Controparte_2* per sentirli condannare in solido al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali conseguenti all'intervento chirurgico di artroprotesi al ginocchio destro effettuato il 4.11.2019 dal dott. *CP_2* *[...]* presso la *Controparte_3* (presidio ospedaliero di *[...]* *Organizzazione_1* .

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577

Adduceva la *Pt_1* di avere contratto in sede di intervento chirurgico una infezione nosocomiale da enterococco fecalis che aveva comportato una serie di altre gravi patologie ed in particolare una severa endocardite valvolare unitamente ad una embolizzazione settica a livello della milza le quali avevano determinato la necessità di intervenire chirurgicamente sulla valvola aortica previa asportazione della protesi del ginocchio destro risultata infetta.

Aggiungeva la *Pt_1* come la tecnica di Ozaki prescelta dal chirurgo per effettuare l'intervento del 25.06.20 alla valvola aortica non si presentasse come tecnica di elezione e come sulla stessa e sui rischi connessi la paziente non fosse stata adeguatamente informata.

Chiedeva pertanto ai convenuti il risarcimento dei subiti danni.

Si costituivano in giudizio *Controparte_2* e *Controparte_1* contestando tutto quanto ex adverso allegato chiedendo il rigetto delle proposte domande risarcitorie.

La causa veniva rimessa in decisione all'udienza del 28.03.24.

Orbene, la domanda della *Pt_1* nei confronti del dott. *Controparte_2* risulta infondata per carenza di allegazione di circostanze di fatto idonee a legittimare una qualsivoglia pretesa risarcitoria da parte della paziente.

Infatti la *Pt_1* chiede la condanna del dott. *CP_2* unitamente a *CP_1* *[...]* per violazione degli obblighi contrattualmente assunti.

Peraltro la controversia verte su fatti accaduti nell'anno 2019 e 2020 successivi alla entrata in vigore della Legge 24/2017 la quale ha ricondotto la responsabilità del medico nell'ambito della responsabilità extracontrattuale chiarendo all'art. 7 comma 3 che l'esercente la professione sanitaria risponde del proprio operato ex art. 2043 cc salvo naturalmente il caso, qui neppure allegato, che lo stesso abbia gito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta specificamente con il paziente.

Nel caso di specie il dott. *CP_2* risulta avere operato sulla base di un rapporto libero-professionale con la struttura e pertanto solo quest'ultima risulta

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577

contrattualmente responsabile verso la *Pt_1* per l'adempimento della sua prestazione comprendente non solo la prestazione dei medici di cui la stessa si avvale ma anche tutte le prestazioni organizzative e strumentali alla cura del paziente che fanno parte del c.d. contratto di spedalità.

Sussiste pertanto carenza di legittimazione passiva del dott. *CP_2* rispetto alla esperita azione di responsabilità contrattuale da parte della *Pt_1*

Si osserva in ogni caso come rispetto ad una astratta azione di responsabilità ex art. 2043 nei confronti del dott. *CP_2* la *Pt_1* non abbia allegato in alcun modo i fatti costitutivi dell'illecito aquiliano ipoteticamente ricorrente.

In caso di responsabilità extracontrattuale è infatti onere del danneggiato allegare e provare sia la sussistenza di una condotta attiva od omissiva colposa o dolosa del responsabile sia la sussistenza di nesso causale tra condotta e danno.

Nel caso di specie la *Pt_1* non ha minimamente specificato in che modo la infezione sarebbe addebitabile a fatto doloso o colposo del dott. *CP_2* né ha offerto mezzi di prova a riguardo.

La domanda proposta verso il dott. *Controparte_2* deve pertanto essere respinta.

Diversa invece la conclusione nei riguardi di *Controparte_1* contrattualmente responsabile verso la *Pt_1*

A riguardo la esperita CTU ha rilevato che "la sig.ra *Parte_1* è stata sottoposta in data 04/11/2019 presso la *Controparte_3* di [redacted] ad intervento chirurgico di artroprotesi cementata del ginocchio destro. Il quadro clinico antecedente al suddetto intervento era costituito da una importante gonoartrosi (che giustifica ampiamente l'indicazione dell'intervento di protesico) in presenza di un quadro cardiologico di valvulopatia aortica e cardiopatia ischemica già trattato con rivascolarizzazione. A seguito del suddetto intervento di artroprotesi di ginocchio si è determinata una infezione batterica da Enterococcus faecalis da ritenersi in probabile rapporto causale con il suddetto intervento".

Specifica la CTU che "gli enterococchi sono batteri gram positivi, catalasi negativi, dalla forma rotondeggiante od avaliforme spesso disposti in catenelle generalmente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577

immobili, aerobi/anaerobi facoltativi aventi un metabolismo fermentativo di tipo lattico. Alcuni enterococchi popolano abitualmente l'intestino umano: tra questi ricordiamo E. faecalis (90-95%) e E. faecium isolati rispettivamente nel 90-95% e nel 5-10% dei campioni fecali umani. Sono praticamente onnipresenti nell'ambiente…Il serbatoio maggiore degli enterococchi è costituito dal tratto intestinale di uomo e di altri vertebrati; più raramente popolano anche il tratto di orofaringe, vagina, cute ed area perianale..Si ritiene che la maggior parte delle infezioni veicolate da questi batteri sia di origine nosocomiale, dunque acquisita all'interno delle strutture sanitarie ed ospedaliere. Probabilmente l'infezione affonda le radici su base endogena: sono gli stessi enterococchi che popolano il digerente a scatenare l'infezione. Il tratto intestinale e le mani di infermieri, medici e di tutto il personale sanitario sono spesse volte contaminati da enterococchi. La trasmissione può avvenire anche tramite l'impiego di strumenti infetti. Molte infezioni da enterococco sono acquisite in ambito ospedaliero perché favorite dalla compresenza di altre malattie, da cateteri, e da invasività diagnostico/interventistiche. Enterococcus faecalis è la specie più frequentemente coinvolta nell'eziologia delle EI enterococciche (90% dei casi) seguito da Enterococcus faecium (5% dei casi) e da altre specie…".

Precisa la perizia che "Nel caso specifico in esame, i fattori di rischio principali documentati sono la presenza di una valvulopatia aortica, una angiodisplasia discendente, polipi e divertcolosi del colon. Cronologicamente la vicenda clinica si sviluppa successivamente ad un intervento di artroprotesi al ginocchio destro effettuato il 4.11.2019 (ore 7:45-9.05) in occasione del quale la profilassi antibiotica è stata effettuata correttamente con il posizionamento di Cefazolina 2 grammi all'induzione. Dalla lettura delle anamnesi presenti nelle cartelle cliniche dei ricoveri successivi non si evince con esattezza il momento in cui sono cominciati con precisone a comparire i primi segni/sintomi clinici di infezione quali febbricola, algie al ginocchio, algie al rachide. Abbiano comunque un ETT negativa per vegetazioni nel gennaio 2020 ed indici di flogosi nella norma sino al 24.2.2022. Successivamente a quella data è invece documentato un rialzo costante della PCR percui è verosimile

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577

che sia quello il momento in cui ha iniziato a fenotipizzarsi clinicamente il fenomeno infettivo…Subito all'ingesso [redacted] di Ravenna viene posta diagnosi di endocardite da Enterococcus faecalis (emocultura del 5.6.2020 ETT dell'8.6.2020) e di infezione protesica ritardata da Enterococcus faecalis (liquido sinoviale dell'9.6.2020 e colturali intraoperatori al momento della rimozione della protesi di ginocchio destro il 16.6.2020) ".

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

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577

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 Lenee Guida per le infezioni ritardate)".

La perizia rileva che "la gestione dell'endocardite è stata corretta con il posizionamento di una terapia antibiotica combinata (Ampicillina e Ceftriaxone) per un periodo congruo, il source control attraverso la rimozione della protesi al ginocchio e la sostituzione di valvola aortica (con successiva revisione per emotorace)".

Con riguardo alla sostituzione della valvola aortica la CTU rileva la correttezza dell'intervento e come "in cartella si rinviene modulistica/informativa per il paziente (che ha firmato) nella quale sono descritte modalità operative, procedure, rischi, svantaggi e complicanze delle protesi meccaniche e biologiche (tra cui anche la tecnica di *Org_2* ove si utilizzano valvole costruite utilizzando il pericardio del paziente stesso) E'allegato un altro foglio sempre datato 25.06.2020 "Integrazione al consenso informato cardiochirurgico per utilizzo di protesi valvolari meccaniche/biologiche firmato dalla paziente in cui si specifica che l'intervento sarebbe consistito nell'impianto di protesi biologica. In particolare si segnala il rischio di una più limitata durata nel tempo delle protesi biologiche e quindi la possibile necessità di un successivo intervento".

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.

Nessuna responsabilità sussiste invece per la scelta di intervenire sulla valvola aortica con la corretta tecnica di *Org_2* puntualmente riportata quanto a modalità conseguenze e rischi di reintervento nel consenso informato sottoscritto dalla paziente.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577

La ricorrente risulta pertanto avere provato, come suo onere, l'esistenza del contratto di spedalità, l'insorgenza di uno stato patologico, l'inesatto adempimento della struttura nonché il nesso causale tra condotta ed evento dannoso.

Conseguentemente *Controparte_1* dovrà essere condannata al risarcimento del danno patito dalla *Pt_1* in ragione unicamente della contratta infezione nosocomiale.

La CTU quanto al danno biologico iatrogeno 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.

Le spese di lite, comprese le spese di ATP. seguono la soccombenza tra la *Pt_1* e *Controparte_1* mentre devo essere compensate tra *Pt_1* ed il Dott. *CP_2*

Le spese di CTU devono porsi definitivamente a carico di *Controparte_1* .

PQM

- condanna *Controparte_1* a pagare in favore di *Parte_1* la somma di € 211.277,00 valutata all'attualità a titolo di danno non patrimoniale

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577

e la somma di € 616,00 da rivalutare in base agli indici ISTAT a far data dall'esborso sino alla pubblicazione della ordinanza a titolo di danno patrimoniale; 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;

- respinge la domanda nei confronti di *Controparte_2* ;
- condanna *Controparte_1* a rifondere in favore di *Parte_1* le spese di lite che liquida in € 18.103,00 per compenso, € 570,00 per anticipazioni oltre 15% per spese generali, IVA e CPA come per legge;
- compensa le spese di lite tra *Parte_1* e *Controparte_2* ;
- pone le spese di CTU definitivamente a carico di *Controparte_1* .

Ravenna, 3 aprile 2024

Il Giudice

Dott.ssa Alessia Vicini

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-577