



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PAVIA
SEZIONE TERZA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Mariaelena Cunati
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. **6925/2014** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1* ,
Parte_2 (C.F. *C.F._2*),
Parte_3 (C.F. *C.F._3*),
Parte_4 (C.F. *C.F._4* ,
Parte_5 (C.F. *C.F._5*),
Parte_6 (C.F. *C.F._6*), tutti in proprio e quali eredi di
con il patrocinio dell'avv. e
elettivamente presso avv.

ATTORI

contro

(C.F. , con il
patrocinio dell'avv. elettivamente
presso avv.

CONVENUTO

Controparte_2 (C.F. *P.IVA_2*), gia' [...]
Controparte_3 con il patrocinio dell'avv.
elettivamente
presso avv.

*

CONCLUSIONI

Le parti hanno precisato le conclusioni come da fogli allegati al verbale d'udienza del **17.07.2019**.

per parte attrice Parte_7

“Reiectis adversis;

- *Ritenere e dichiarare che, per le ragioni di cui in narrativa, sussiste la responsabilità contrattuale, ai sensi degli artt.1218 e 1228 c.c., della Controparte_1*

[...] , in persona del legale rappresentante pro-tempore, per la morte del Dr. Per_1

[...] - Ritenere e dichiarare, per le ragioni di cui in narrativa, che la [...] Controparte_1

, in persona del legale rappresentante pro-tempore, ha causato al Dr. Persona_1 un danno non patrimoniale quantificabile nella somma di €984.438,00, a titolo di riparazione del danno biologico terminale e danno morale c.d. catastrofe subito dal de cuius e nella somma di €389.383,00, a titolo di riparazione del danno da perdita della vita, ovvero le diverse somme che saranno accertate in corso di causa anche di seguito ad espletanda CTU, oltre rivalutazione monetaria ed interessi maturati e maturandi dal giorno dell'illecito sino all'effettivo soddisfo e, per l'effetto,

- Condannare la Controparte_1 , in persona del legale rappresentante pro-tempore, a corrispondere ai sig.ri Parte_1 ,

Parte_2 Parte_3 Parte_4 Parte_5 ed Parte_6 nella qualità di eredi legittimi del defunto Dr. Persona_1 e ciascuno per la sua quota di eredità, la somma di €984.438,00, a titolo di riparazione del danno biologico terminale e danno morale c.d. catastrofe subito dal de cuius e spettante agli attori iure hereditatis e la somma di €389.383,00, a titolo di riparazione del danno da perdita della vita subito dal de cuius e spettante agli attori iure hereditatis, ovvero le diverse somme che saranno accertate in corso di causa anche di seguito ad espletanda CTU, oltre rivalutazione monetaria ed interessi maturati e maturandi dal giorno dell'illecito sino all'effettivo soddisfo;

- Ritenere e dichiarare, per le ragioni di cui in narrativa, che la [...] Controparte_1

, in persona del legale rappresentante pro-tempore, ha causato alla sig.ra Parte_1 danni patrimoniali quantificabili in €747.040,00, a titolo di danno patrimoniale subito, per effetto del mancato apporto reddituale conseguente al decesso del marito Persona_1 nonché di spese funerarie sostenute, o nella maggiore o minore somma – determinata anche in via equitativa – che verrà accertata in corso di causa, e, per l'effetto, - Condannare la Controparte_1 ,

in persona del legale rappresentante pro-tempore, a corrispondere alla sig.ra [...] Parte_1

la somma di €747.040,00, a titolo di trattamento pensionistico non percepito e di spese funerarie sostenute, o la maggiore o minore somma – determinata anche in via equitativa – che verrà accertata in corso di causa, oltre rivalutazione

monetaria ed interessi legali maturati e maturandi dalla data dell'illecito sino all'effettivo soddisfo;

- Ritenere e dichiarare, per le ragioni di cui in narrativa, che la [...] Controparte_1, in persona del legale rappresentante pro-tempore, ha causato ai sig.ri Parte_1, Parte_2, Parte_3, Parte_4

Parte_5 e Parte_6 un danno non patrimoniale quantificabile, per ciascuno di essi, nella somma di €326.150,00 o nella maggiore o minore somma che verrà accertata in corso di causa e, per l'effetto, - Condannare la Controparte_1

[...] in persona del legale rappresentante pro-tempore, a corrispondere a ciascuno degli attori la somma di €326.150,00 o la maggiore o minore somma che verrà accertata in corso di causa, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali maturati e maturandi dalla data dell'illecito sino all'effettivo soddisfo, a titolo riparazione del danno non patrimoniale subito per la morte del marito, Dr. Persona_1

Con vittoria di spese, competenze ed onorari **da distrarre in favore del sottoscritto difensore, che si dichiara antistatario**, da quantificare mediante applicazione dei parametri forensi, tenuto conto del valore della causa e con le maggiorazioni previste in ragione della pluralità delle parti (sei attori e due convenuti), della sua estrema complessità, nonché della particolare quantità di attività professionale che la stessa ha richiesto.

Salvis Iuribus.”

per parte convenuta CP_1 :

“Voglia l'Ecc.mo Tribunale adito, contrariis reiectis, così giudicare:

1) NEL MERITO:

1.a) in via principale: dichiarare l'inesistenza, sotto ogni profilo, di responsabilità della Controparte_1 e del suo personale, in relazione ai fatti di cui è causa, e, conseguentemente, respingere tutte le domande ex adverso avanzate in quanto infondate in fatto ed in diritto; con vittoria di spese e competenze legali;

1.b) in subordine: nella denegata ipotesi che venga riconosciuta la responsabilità della convenuta, dichiarare l'operatività della Polizza n. IT00015869LI – rigettando ogni contraria eccezione al riguardo formulata dalla Terza chiamata - e, per l'effetto, manlevare la CP_1 da quanto sia tenuta a risarcire a parte attrice, ricadendo il relativo onere sulla Compagnia di Assicurazione CP_2

Con condanna della Compagnia al pagamento di spese e competenze legali sostenute dalla convenuta per il presente Giudizio;

2) IN VIA ISTRUTTORIA:

- non ammettersi la richiesta di Consulenza Tecnica d'Ufficio contabile così come formulata dagli attori, per le ragioni esposte in narrativa;

- ordinarsi a parte attrice, ai sensi dell'art. 210 c.p.c., l'esibizione della documentazione attestante il reddito personale dei Sigg.ri Parte_2, Parte_3, Parte_4 [...] Parte_5 e Parte_6 dell'anno precedente e successivo a quello del decesso del Sig. Persona_1 ;

- ammettersi esame testimoniale sui seguenti capitoli di prova:

1) Vero che, prima dell'intervento di rimozione del meningioma del forame magno del 13 marzo 2009, ha provveduto a raccogliere il consenso informato del Sig. Persona_1, spiegandogli tutte le possibili complicanze tra cui le possibili infezioni, l'idrocefalo e l'emorragia cerebrale, come da documento che si rammostra (cfr. doc. n. 2)?

Si indica quale teste sul capitolo il Dott. Tes_1 Dirigente medico c/o

Organizzazione_1

Pavia,

2) Vero che, nel momento in cui il Sig. Per_1 è stato ricoverato nella S.C. Org_1, il 4 marzo 2009, per l'esecuzione dell'intervento di rimozione del meningioma del forame magno, vi erano stati solo due casi di contagio da Acinetobacter Per_2 multiresistente nel Reparto di Rianimazione II, come da documento che si rammostra (Relazione Org_2 2009 – doc. n. 12)?

3) Vero che, nel momento in cui il Sig. Per_1 è stato trasferito presso la S.C. di Rianimazione II della CP_1 in data 13 marzo 2009, subito dopo la fine dell'intervento di rimozione del meningioma del forame magno, si erano registrati solo 4 casi di infezione da Acinetobacter Baumannii multi resistente, di cui due isolati poche ore prima, come da documento che si rammostra (cfr. Relazione allegata al verbale CIO del 14.05.09 - doc. n. 12)?

4) Vero che, nel periodo compreso tra l'1 gennaio 2009 ed il 31 maggio 2009, nella S.C. di Rianimazione II le rilevazioni statistiche acquisite dalla CIO evidenziano l'assenza di decessi correlati a infezione nosocomiali, come da documentazione che si rammostra (cfr. doc. n. 12)?

5) Vero che, nel periodo compreso tra l'1 gennaio 2009 ed il 31 maggio 2009, presso la S.C. di Rianimazione II erano in vigore le disposizioni dettate dalle note interne di prevenzione e cura delle infezioni nosocomiali, che si rammostrano (cfr. doc. n. 12)?

6) Vero che il personale sanitario si è attenuto a quanto sopra?

7) Vero che, per la prima volta nel periodo compreso tra gennaio e marzo

2009, la CIO ha rilevato la presenza in Fondazione di focolai infettivi di Org_3

[...]

Si indica quale teste sui capitoli il Dott. Tes_ Dirigente medico e Primario c/o Struttura Complessa di Rianimazione II della Organizzazione_4

[...] Pavia e il Dott.ssa Tes_3 Dirigente medico della Direzione Medica di Presidio della Organizzazione_4, Pavia.”

per parte terza chiamata CP_2 :

“Piaccia al Giudice Ill.mo, ogni contraria istanza reietta, così giudicare:

IN

- Dare atto e dichiarare che, ai sensi dell'art. 8 lettera A) delle condizioni di cui alla Polizza Responsabilità Civile Terzi e verso Prestatori d'Opera n. IT00015869LI, sono espressamente esclusi dall'assicurazione per la Responsabilità Civile verso Terzi i «fatti noti», da intendersi come tali gli eventi e le circostanze indicati nelle Definizioni di polizza;
- Dato atto di quanto sopra, accertato e dichiarato che i fatti di causa costituiscono «fatti noti» come definiti a termini di polizza, respingere la domanda di manleva formulata dalla

Controparte_4 nei confronti della concludente Compagnia, previa declaratoria dell'inoperatività della garanzia assicurativa per le ragioni meglio espresse in narrativa;
- con vittoria di spese e competenze, inclusive di IVA e CPA, e rimborso forfettario spese generali 15%, da porsi a carico della *Controparte_4*.

NEL MERITO

In via preliminare

- Dare atto e dichiarare che la Polizza Responsabilità Civile Terzi e verso Prestatori d'Opera n. IT00015869LI prevede un massimale pari ad € 30.000.000,00 per ogni periodo di assicurazione e un massimale pari ad € 7.000.000,00 per ogni singolo sinistro, con il sottolimito di risarcimento di € 7.500.000,00 quale massima esposizione della Società, per l'intera durata della polizza, relativamente a tutte le richieste di risarcimento conseguenti a fatti nel periodo di retroattività;
- dare atto e dichiarare che la Polizza Responsabilità Civile Terzi e verso Prestatori d'Opera n. IT00015869LI opera con una *Controparte_5* pari ad € 250.000,00, da porsi a carico del Contraente/Assicurato e applicabile a ciascun sinistro derivante da responsabilità professionale sanitaria garantita dall'assicurazione;
- dare e atto che la franchigia aggregata annua rimanente, da erodere in eccesso alla SIR di € 250.000,00, con riferimento all'annualità assicurativa in cui si colloca cronologicamente il sinistro per cui è causa, è pari ad € 1.740.000,00.

In principalità

- Respingere tutte le domande avanzate agli attori principali nei confronti della *Controparte_4* perché infondate in fatto e in diritto e, per l'effetto, dichiarare assorbita la domanda di manleva proposta dalla convenuta nei confronti della concludente Compagnia;
- con vittoria di spese e competenze, inclusive di IVA e CPA, e rimborso forfettario spese generali 15%, da porsi a carico degli attori principali.

In subordine

Nell'ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande avanzate dagli attori principali nei confronti della *Controparte_4*, respingere in ogni caso la domanda di manleva proposta da quest'ultima nei confronti della concludente Compagnia, attesa l'inoperatività della garanzia assicurativa di cui alla Polizza Responsabilità Civile Terzi e verso Prestatori d'Opera n. IT00015869LI per i motivi meglio esposti in atti;

- con vittoria di spese e competenze, inclusive di IVA e CPA, e rimborso forfettario spese generali 15%, da porsi a carico della *Controparte_4*.

In ulteriore subordine

Nell'ipotesi in cui fosse ritenuta operante la garanzia assicurativa di cui alla Polizza Responsabilità Civile Terzi e verso Prestatori d'Opera n. IT00015869LI e, inoltre, fosse accertata una responsabilità della *Controparte_4* in relazione ai fatti di causa e, per l'ulteriore effetto, fosse ritenuta accoglibile la domanda di manleva proposta dalla suddetta *CP_1* nei confronti di *Controparte_2*, respinte in ogni caso le domande così come formulate dagli attori principali e

rigorosamente accertati e quantificati gli effettivi danni subiti dagli stessi secondo congruità e giustizia, dichiarare la concludente Compagnia tenuta a manlevare essa Controparte_4 soltanto per le somme riferibili alla quota parte di danno ad essa eziologicamente riconducibile, nei limiti del danno iatrogeno differenziale e, in ogni caso, con applicazione delle franchigie (franchigia aggregata annua rimanente, da erodere in eccesso alla SIR di € 250.000,00 per l'annualità assicurativa in cui si colloca cronologicamente, il sinistro per cui è causa, pari ad € 1.740.000,00) da porsi a carico della Contraente/Assicurata, nonché nei limiti del massimale e dei sottomassimali e in conformità a tutte le altre pattuizioni contrattuali.

IN VIA ISTRUTTORIA

- Previa rimessione della causa in istruttoria, in considerazione dei vizi/difetti, nonché delle carenze della seconda ctu espletata nel presente giudizio, disporsi - previa revoca sul punto dell'ordinanza emessa dal giudice il 6.3.2019 - la rinnovazione della suddetta consulenza, da affidarsi a nuovo Collegio peritale composto da un medico specialista in medicina legale e da uno o più medici specialisti nelle branche della medicina che vengono in rilievo in rapporto al caso clinico concreto, tenuto conto anche del fatto che il CTU Dott. Persona_3 risulta privo di specializzazione in medicina legale, come emerso successivamente al conferimento dell'incarico peritale ed eccepito dai difensori delle parti convenuta e terza chiamata a verbale alle udienze del 6.3.2019 e del 6.6.2019;

- previa revoca dell'ordinanza del 6.6.2019, ritenuta la documentazione reddituale e previdenziale prodotta da parte attrice incompleta e, comunque, insufficiente a determinare l'effettiva situazione reddituale di Parte_1, come eccepito dalla difesa della concludente Compagnia a verbale all'udienza del 6.6.2019, disporsi l'esibizione ex art. 210 e ss. c.p.c. dell'integrale documentazione (segnatamente, dei CUD relativi a precedenti anni ulteriori rispetto a quelli del 2009 e 2010 versati in atti dalla difesa attorea) attestante il reddito personale e l'ammontare della pensione di reversibilità percepita da essa Parte_1 ;
nell'ipotesi di reiterazione da parte della difesa attorea delle proprie istanze istruttorie, si ribadisce l'opposizione all'ammissione;

(a) della prova orale sui capitoli non ammessi dal giudice e contrassegnati dai numeri da 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 13, di cui alla memoria ex art. 183, c. 6 n. 2 di parte attrice, stante l'inammissibilità per tutte le ragioni meglio espresse dalla difesa della concludente Compagnia nella memoria ex art. 183, c. 6 n. 3 c.p.c., depositata in data 15.9.2015, con conferma sul punto dell'ordinanza del 6.3.2019;

(b) di ctu contabile per tutte le ragioni meglio espresse dalla difesa della concludente Compagnia nella memoria ex art. 183, c. 6 n. 3 c.p.c., depositata in data 15.9.2015, con conferma sul punto dell'ordinanza del 6.3.2019.”

*

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Parte_1 , Parte_2 Parte_3 Parte_4
[...] Parte_5 e Parte_6 – rispettivamente moglie (la prima) e

figli (gli altri) di *Persona_1* [redacted] presso la [...] *Controparte_1* di Pavia, ove era stato sottoposto ad intervento chirurgico di asportazione di meningioma del forame magno – hanno agito in giudizio chiedendo la condanna della struttura ospedaliera al risarcimento dei danni, patrimoniali e non, patiti *iure hereditatis* e *iure proprio* a seguito di una serie di infezioni (da *acinetobacter*, *serratia* ed *enterobacter*) contratte dal congiunto in ambito nosocomiale, che ne causarono il peggioramento del quadro clinico, fino al decesso.

Il *CP_1* ha contestato la fondatezza delle pretese avversarie, sostenendo la correttezza del trattamento sanitario somministrato al paziente, anche nella gestione del quadro infettivo, prontamente risolto e comunque eziologicamente estraneo all'*exitus*. Ha chiesto e ottenuto di chiamare in causa *Controparte_2* quale compagnia assicuratrice per la propria responsabilità civile.

CP_2 ha eccepito l'inoperatività della copertura assicurativa azionata – qualificando il decesso di *Persona_1* come "fatto noto" verificatosi in epoca anteriore all'efficacia della polizza e, quindi, escluso dalla suddetta garanzia – comunque prestata entro i limiti e con le franchigie pattuite. Nel merito, ha svolto difese analoghe a quelle della propria assicurata.

La causa è stata istruita mediante espletamento di una prima consulenza medico-legale, seguita da chiarimenti, e di una seconda consulenza dello stesso tipo – di seguito, all'occorrenza, "I CTU" e "II CTU" – nonché mediante assunzione della prova orale [testi *Tes_4* *Tes_5*].

Precisate le conclusioni come in epigrafe e decorsi i termini concessi ex art. 190 c.p.c., è stata emessa la presente sentenza.

*

Le questioni sollevate dalle parti in causa verranno esaminate – eventualmente assieme alla relativa documentazione – se e nell'ordine in cui saranno ritenute utili ai fini della decisione.

Senza pretesa di esaustività, si ripercorre per sommi capi la storia clinica di *Per_1* [...] – accuratamente ricostruita sia nel primo che nel secondo elaborato peritale ⁽¹⁾ – perlomeno con riferimento agli aspetti che si possono considerare pacifici.

In data 4.03.2009 venne ricoverato presso il *CP_1* per essere sottoposto a intervento di asportazione di meningioma del forame magno.

⁽¹⁾ Cfr. I CTU, pp. 6 – 23; II CTU, pp. 5 – 21.

Dal 9.03.2009 al 13.03.2009 rimase presso il reparto di Neurochirurgia, in attesa di effettuare l'intervento chirurgico programmato.

L'intervento, eseguito il 13.03.2009, durò 9 ore e 5 minuti. Al termine della procedura, venne trasferito presso il reparto di Rianimazione II, in ventilazione meccanica e con drenaggio ventricolare esterno.

Per quanto in questa sede interessa, la degenza del *Per_1* fu poi caratterizzata:

- (a) dallo sviluppo di alcuni focolai batterici, di natura nosocomiale, a cui seguirono le problematiche di (i) polmonite da *Enterobacter aerogenes* e *Acinetobacter baumannii*, (ii) infezione della ferita chirurgica con empiema extra-subdurale e ventricolite da *Acinetobacter baumannii* e (iii) batteriemia da *Serratia marcescens*;
- (b) dall'insorgenza di idrocefalo ostruttivo;
- (c) dalla sottoposizione a una serie di ulteriori interventi chirurgici con diagnosi "ascesso cerebrale" (25.03.2009) e "idrocefalo ostruttivo" (12.04, 14.04, 22.04 e 8.05.2009).

Dopo l'intervento del 8.05.2009, venne colpito da una devastante emorragia cerebrale, affrontata chirurgicamente il 9.05.2009, senza successo.

Il

Nella relazione clinica, redatta lo stesso giorno, si legge:

"Il paziente è stato ricoverato il 04.03 per sottoporsi ad intervento di asportazione di una lesione encefalica extra-assiale nella metà dx del forame occipitale che esercitava una compressione sul tronco encefalico. Anamnesi remota: esiti di pleurite, BPCO lieve, ipertensione arteriosa, vertigini da qualche tempo. Il 13/03 è stato operato (istologico: meningioma psammomatoso) e ricoverato, come previsto, in rianimazione. L'estubazione è fallita per deficit multipli dei nervi cranici. Il 17/03 è stato tracheostomizzato. Il decorso successivo è stato complicato da una grave alterazione della dinamica liquorale con idrocefalo ostruttivo che ha richiesto il ripetuto posizionamento di derivazioni ventricolari esterne e di endoscopie intracraniche.

Le complicanze infettive sono state:

a) una polmonite dx (17.03 Enterobacter Aer e Acinetobacter MR)

b) una infezione di ferita chirurgica occipitale con ventriculite (23.03 Acinetobacter MR).

La terapia antibiotica impostata è stata:

(...)

La negativizzazione colturale del liquor si è ottenuta in 2 giorni ma a lungo è rimasta una cellularità elevata con proteine alte e glucosio basso e un quadro neurologico non soddisfacente. Una RMN eseguita il 20.04 parla di alterazioni del segnale a livello bulbare e cervicale (NB sede chirurgica) compatibile con mielite. Sulla base di questo riscontro,

nell'ipotesi di una reazione vasculitica, è stato somministrato metilprednisolone ad alte dosi con discreto beneficio (dal 24 al 26.04)

*c) batteriemia da **Parte_8** con quadro clinico di sepsi grave, probabilmente a partenza dalle vie aeree, trattata con immediato beneficio clinico con Pipera/tazob 4, 5 g x 4 tuttora in corso.*

Terapia attuale: Pipera/tazabactam, Fluconazolo (in profilassi). Allego agli antibiogrammi.”

Infine, la cartella clinica del reparto di Rianimazione II riporta, come diagnosi al momento del decesso, “*meningioma del forame occipitale comprimente il tronco encefalico. Idrocefalo ostruttivo non comunicante, ventriculite infettiva da **Org_3** Insufficienza respiratoria con polmonite, sepsi da serratia. Emorragia intraventricolare.*”

Ancora, non vi sono contestazioni sul fatto che:

- l'intervento di asportazione del meningioma del forame occipitale (13.03.2009) fosse appropriato alle condizioni di **Persona_1** e venne eseguito correttamente ⁽²⁾; non sono state sollevate critiche nemmeno in ordine alla scelta e all'esecuzione dell'intervento di sostituzione della derivazione ventricolare (8.05.2009) e di tutti gli altri a cui venne sottoposto;
- le aspettative di sopravvivenza di pazienti sottoposti a interventi simili si aggira intorno al 90-94%; la prognosi *quoad valitudinem* è buona almeno nel 70% dei casi ⁽³⁾;
- tra le complicanze di tale tipo di intervento – che presenta un difficile approccio chirurgico, stante la localizzazione (intracranica) della neoplasia, piuttosto critica – si annoverano l'idrocefalo (25%), le infezioni postoperatorie (3%, con aumento fino al 5-6%, se viene inserita una protesi ventricolare), emorragie e morte (0-29%), oltre a epilessia, embolia polmonare, deficit motori come emiplegie, emiparesi o tetraparesi ⁽⁴⁾;
- la possibilità di emorragia, dopo il posizionamento di catetere ventricolare, si attesta invece attorno al 18 – 41%; secondo studi recenti, i principali fattori di rischio della complicanza emorragica sono l'età, l'ipopiastrinemia e il numero delle derivazioni eseguite ⁽⁵⁾.

Tanto premesso, appare utile soffermarsi brevemente sulla nozione di “complicanza”.

⁽²⁾ Cfr., ad es., II CTU, p. 72.

⁽³⁾ Cfr. II CTU, p. 84.

⁽⁴⁾ Cfr. I CTU, p. 28.

⁽⁵⁾ Cfr. II CTU, p. 75.

Si ricorda che, in materia di responsabilità medica, “per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile.” (Cass. 13328/2015).

Nel caso che occupa, tutti i consulenti nominati concordano sull'origine ospedaliera di tutte le infezioni contratte da *Persona_1* salvo riconoscere la natura “endogena” di quelle da *Enterobacter aerogenes* e *Parte_8* – verosimilmente sostenute da un microorganismo già presente nel paziente, che poi acquistò patogenicità in ragione delle sue ridotte difese immunitarie – inquadrabili, quindi, nella categoria delle “infezioni prevedibili ma non sempre prevenibili” ⁽⁶⁾.

Diversa, invece, la natura di quella da *Acinetobacter baumannii* – che, instauratasi a pochi giorni dall'intervento neurochirurgico, contaminò l'albero respiratorio, per poi diffondersi alle strutture encefaliche e cutanee profonde ⁽⁷⁾ – dal momento che la stessa documentazione formata dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) del *CP_1* rileva una serie di carenze igienico-sanitarie all'interno della struttura, proprio nel periodo in esame (marzo 2009) ⁽⁸⁾.

Ne è riprova il fatto che, nei reparti di Malattie Apparato Respiratorio, Cardiologia e Rianimazione, vennero isolati 31 stipiti/paziente di *Acinetobacter baumannii*, di cui 26 appartenenti allo stesso clone, che poi è il medesimo isolato in *Persona_1* (ceppo n. 742) ⁽⁹⁾: dato quest'ultimo che, a detta dello stesso *Org*, conferma che “un singolo ceppo batterico è stato trasmesso da un paziente all'altro attraverso le mani del personale e/o dispositivi medici” ⁽¹⁰⁾.

Lo sviluppo dell'infezione *sub* (ii), quindi, risulta sicuramente imputabile al *CP_1*, non avendo la struttura – per lo meno, in quel periodo – adottato misure

⁽⁶⁾ Cfr., ad es., II CTU, p. 40.

⁽⁷⁾ Cfr. II CTU, p. 40; I CTU, p. 29.

⁽⁸⁾ Cfr. doc. 6 att., verbale CIO 26.02.2009: “(..) Risulta evidente e trasversale una scarsa attenzione ai problemi inerenti l'igiene ambientale, temi che verranno debitamente affrontati alla prossima riunione dei Coordinatori Infermieristici prevista per il 18/3 (..)”; verbale CIO 14.05.2009: “(..) Viene illustrata la serie di interventi condotti presso il Reparto di Rianimazione 2 a seguito dell'evento epidemico verificatosi nel mese di marzo u.s. I componenti del CIO ritengono opportuno riverificare con i Colleghi Rianimatori le regole condivise ed elaborate per fa fronte alle differenti criticità e di riprogrammare un'osservazione delle attività (...)”.

⁽⁹⁾ Cfr. doc. 9 att.

⁽¹⁰⁾ Cfr. doc. 6 att., verbale CIO 14.05.2009.

adeguate a garantire una corretta sanificazione ambientale, al fine di evitare la contaminazione dei propri pazienti.

Controversa, invece, è l'esistenza di un nesso di causalità materiale tra il processo infettivo da *Acinetobacter baumannii* e l'emorragia celebrale che infine portò al decesso di Per_1

[...]

Com'è stato osservato, tale tipo di accertamento va condotto sulla base dei seguenti principi:

- un evento può considerarsi causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo; all'interno della serie causale, occorre dare rilievo solo a quegli eventi che – in base ad una valutazione *ex ante* – non appaiano del tutto inverosimili (Cass. S.U. 576/2008);
- il nesso di causa tra una condotta illecita e un evento dannoso può essere affermato non solo quando il secondo sia stato una conseguenza certa della prima, ma anche quando ne sia stato una conseguenza ragionevolmente probabile (Cass. 11789/2016);
- la ragionevole probabilità che quella causa abbia provocato quell'evento dannoso va intesa non in senso statistico, ma logico – da compiersi secondo il criterio della "preponderanza dell'evidenza" (altrimenti definito del "più probabile che non") – ossia valorizzando la specificità del caso concreto, senza potersi fare meccanico ricorso alla regola del "50% più uno" (Cass. 15991/2011; Cass. 4024/2018);
- in presenza di fatti imputabili a più soggetti, coevi o succedutisi nel tempo, deve essere riconosciuta a tutti un'efficacia causativa del danno, ove abbiano determinato una situazione tale che, senza l'uno o l'altro di essi, l'evento non si sarebbe verificato, mentre deve attribuirsi il rango di causa efficiente esclusiva ad uno solo dei fatti imputabili quando lo stesso, inserendosi quale causa sopravvenuta nella serie causale, interrompa il nesso eziologico tra l'evento dannoso e gli altri fatti, ovvero quando il medesimo, esaurendo sin dall'origine e per forza propria la serie causale, riveli l'inesistenza, negli altri fatti, del valore di concausa e li releghi al livello di occasioni estranee (Cass. 92/2017);
- in materia di responsabilità medica, è onere del paziente (ovvero dei suo eredi e/o congiunti) dimostrare l'esistenza del nesso causale – provando che la condotta del sanitario (ovvero della struttura) è stata causa dell'evento dannoso, secondo il criterio del "più probabile che non", in termini di aggravamento della patologia o di insorgenza di una nuova malattia – sicché, ove la stessa rimanga assolutamente incerta, la domanda deve essere respinta (Cass. 3704/2018; Cass. 29315/2017).

Sul punto, il primo consulente nominato (dott. *Per_4* , coadiuvato da specialista infettivologo (dott. *Per_5* , ha osservato che:

- l'infezione *sub* (ii) – poi evolutasi in ventricolite infettiva da *Acinetobacter Baumannii* e in ascesso celebrale, trattato chirurgicamente il 25.03.2009 – è stata prontamente trattata con appropriata terapia antibiotica e risolta il 27.03.2009 ⁽¹¹⁾;
- il decorso clinico di *Persona_1* è stato caratterizzato da importanti alterazioni del flusso liquorale, con idrocefalo ostruttivo, che ha richiesto il posizionamento, ripetuto, di derivazioni ventricolari e spinali esterne e di procedure endoscopiche intracraniche ⁽¹²⁾;
- a fronte di una negativizzazione colturale del *liquor*, ottenuta nell'arco di due giorni, si è registrata una cellularità costantemente elevata, con protidorrachia alta e glicorrachia bassa, nel contesto di un quadro neurologico alterno – con remissioni parziali e riesacerbazioni, ma mai completamente soddisfacente – specchio di un *liquor* cefalorachidiano con una componente infiammatoria persistente, che non ha mai risposto completamente, neppure ai trattamenti corticosteroidi, ad elevati dosaggi, intrapresi nel corso della prolungata degenza;
- il giorno 8.05.2009 *Persona_1* venne sottoposto ad intervento d'impianto di derivazione ventricolo peritoneale, in sostituzione di quella ventricolare esterna, già in sede; la procedura fu complicata, il 09.05.2009, da una emorragia intraparenchimale e intraventricolare che ha richiesto il posizionamento, nuovamente, di una derivazione ventricolare esterna; nonostante questo, il paziente incorreva in un inondamento ventricolare che lo portava, in modo inevitabile, alla [REDACTED] a 57 giorni dal ricovero ⁽¹³⁾.

Ha quindi affermato che “*La causa della morte del paziente è da individuare nell'insorgenza dell'idrocefalo sopravvenuto, dopo l'asportazione del meningioma del*

⁽¹¹⁾ Cfr., più dettagliatamente, I CTU, p. 26: “(...) Il 25.03.2009 il paziente appariva saporoso, con rigidità nucale, e presentava fuoriuscita dalla ferita chirurgica, in regione occipitale, di liquor purulento. Una TAC cerebrale evidenziava, infatti, una raccolta extradurale, tra i muscoli del collo, fino alle vertebre cervicali. Era effettuata evacuazione della raccolta e revisione della ferita chirurgica con inserimento di derivazione ventricolare esterna (DVE). Dal liquor cefalo-rachidiano era isolato *acinetobacter baumannii* MDR e di conseguenza era somministrata Colistina (Colimicina) 30000 U per via intraventricolare, tramite DVE, e 30000 U intrarachide tramite derivazione spinale esterna (DSE), ogni 24 ore. Tale somministrazione sarà protratta fino al 04.04.2009. Il 26.03.2009 era inoltre aggiunta Tigeciclina (Tygacil) 50 mg e.v. x 2 al giorno. Una consulenza infettivologica, eseguita il 27.03.2009, confermava la terapia instaurata dall'equipe della Terapia Intensiva, in seguito all'osservazione della negativizzazione del colturale del liquor. Il giorno 04.04.2009, dopo nuova consulenza infettivologica, la colistina intratecale veniva sospesa ed inserita Rifampicina (Rifadin) 600 mg e.v. al giorno, che sarà poi aumentata a 900 mg e.v./die, dopo una settimana e mantenuta fino al 27.4.09. (...)”

⁽¹²⁾ Cfr. I CTU, p. 27.

⁽¹³⁾ Cfr. I CTU, sempre p. 26.

forame magno, ed alla conseguente massiva emorragia sviluppatasi, dopo il posizionamento della derivazione ventricolare, favorita dalla presenza di tessuto cerebrale fragile e particolarmente edematoso”⁽¹⁴⁾, reso tale dalla “importante patologia di base” e dal “gesto chirurgico di durata pari a 9 ore”⁽¹⁵⁾, ritenendo di escludere una correlazione, anche concausale:

- tra i processi infettivi e il decesso, essendo la reale causa dell’obitus complicità di un rilevante intervento chirurgico cerebrale⁽¹⁶⁾, e, nello specifico,
- tra l’ascesso celebrale e l’insorgenza dell’idrocefalo ostruttivo⁽¹⁷⁾.

Sennonché, le conclusioni raggiunte – orientate in larga misura dalla considerazione che, al momento del decesso, il quadro infettivo fosse ormai risolto⁽¹⁸⁾ – non sono parse del tutto soddisfacenti, anche dopo i chiarimenti richiesti⁽¹⁹⁾, persistendo il dubbio che la questione degli effetti dell’infezione *sub* (ii) fosse stata apprezzata adeguatamente e, comunque, trattata in maniera sempre coerente o esaustiva⁽²⁰⁾. Si aggiunga che, inspiegabilmente, è

⁽¹⁴⁾ Cfr. I CTU, p. 30.

⁽¹⁵⁾ Cfr. I CTU, pp. 37 – 38.

⁽¹⁶⁾ Cfr. I CTU, p. 30.

⁽¹⁷⁾ Cfr. I CTU, pp. 38 – 39.

⁽¹⁸⁾ Cfr., ad es., I CTU, pp. 37 – 38: “I CCTP [attori] condividono la causa della morte individuata dal Sottoscritto, ovvero nell’insorgenza dell’idrocefalo sopravvenuto, dopo l’asportazione del meningioma del forame magno, ed alla conseguente massiva emorragia sviluppatasi, dopo il posizionamento della derivazione ventricolare, favorita dalla presenza di tessuto cerebrale fragile e particolarmente edematoso, ritenendo tuttavia “innegabile” un ruolo, “quanto meno concausale, del processo infettivo nel determinismo di fragilità ed edema”. Ora, il quadro infettivo, come detto, si era risolto, per cui è di tutta evidenza che non vi fossero influenze sul tessuto cerebrale, che risultava fragile ed edematoso a causa dell’importante patologia di base e di un gesto chirurgico di durata pari a 9 ore. **Non vi è nessuna evidenza documentale che al momento del quadro che ha poi determinato la morte vi fosse un processo infettivo cerebrale, permettendoci di escludere una correlazione causale tra infezione - peraltro risolta - e decesso.**” (sottolineatura e neretto non aggiunti.)

⁽¹⁹⁾ Cfr. integrazione alla I CTU del 13.11.2017.

⁽²⁰⁾ Cfr. integrazione alla I CTU, ad. es., pp. 5 – 4: “(...) l’ascesso [celebrale] è probabilmente insorto tra il 19.03.2009 ed il 23.03.2009 (...). La definitiva risoluzione del suddetto ascesso è ipotizzabile, sulla base dei referti TC e RM analizzati, intorno al 02.04.2009. (...) Dagli esami eseguiti dalla data 02.04.2009 difatti non si fa più accenno alla suddetta nota raccolta retrocervicale, dato che porta quindi all’esclusione del proseguimento della patologia infettiva.”; pp. 6 – 8: “(...) si può ipotizzare che la ventricolite infettiva da Acinetobacter sia insorta tra il 19.03 ed il 23.03.2009 (primo riscontro di positività per Acinetobacter nel prelievo liquorale). (...) È possibile comunque definire conclusa la patologia ventricolitica in data 26.03.2009, sia dal punto di vista infettivo (vedesi la negatività del prelievo di liquor in quella data) sia dal punto di vista flogistico.”; pp. 8 – 9: “(...) il processo infettivo da parte di Controparte_6 ha generato l’infiammazione dell’ependima avvolgente i ventricoli e di conseguenza una ventricolite, con successivo ascesso. Dopo l’opportuno drenaggio dello stesso e l’impostazione della corretta terapia antibiotica, il batterio responsabile della flogosi è stato eliminato. Non lo stesso si può dire per la flogosi che, in quanto processo di maggiore durata, permaneva ancora per lungo tempo (...).”; pp. 9 – 10 “È estremamente improbabile asserire che sia la ventricolite la causa della maggiore fragilità del tessuto cerebrale in quanto esso, già di norma friabile e molle, in particolare in tarda età, risulta più che mai

stato sostenuto che le infezioni multimicrobiche riscontrate abbiano trovato tutte giustificazione nell'attivazione di batteri "già presenti", come commensali e/o colonizzanti, in alcuni distretti corporei di **Persona_1** ⁽²¹⁾, affermando di non poter stabilire se fossero state rispettate le procedure volte a prevenirle ⁽²²⁾; e ciò in aperto contrasto con i risultati dell'indagine condotta dal CIO, a cui si è già fatto riferimento.

Per queste ragioni, si è ritenuto opportuno dare ingresso alla II CTU, riproponendo i medesimi quesiti, ai quali il collegio peritale (dott. **Per_3** e dott. **Per_6** , coadiuvato da specialista neurochirurgo (dott. **Per_7** , ha risposto che:

- dall'esame del registro delle infezioni nosocomiali, risulta evidente che la struttura ospedaliera, nel periodo gennaio – marzo 2009, non ha fatto tutto quanto possibile per debellare l'infezione sub (ii) ⁽²³⁾;
- la ventricolite infettiva da *Acinetobacter* si è instaurata nel lasso di tempo tra il 22 e il 23.03.2009; a distanza di due giorni, non era più dimostrabile crescita batterica; il processo settico (ma non i suoi effetti) si può definire esaurito nel momento in cui è stata sospesa anche la terapia prescritta (04.04.2009); la completa sterilizzazione del *liquor* è stata acclarata quando è stata posta indicazione alla derivazione ventricolo-peritoneale ⁽²⁴⁾;
- la risoluzione dell'ascesso celebrale è avvenuta in occasione del suo drenaggio chirurgico (25.03.2009); un'indagine TC effettuata in data 2.04.2009 non fa più cenno alla raccolta retrocervicale; la sua esternalizzazione e il coinvolgimento dei tessuti molli profondi e superficiali può essere datata con la negativizzazione del tampone ferita eseguito in data 24.04.2009 ⁽²⁵⁾;
- sin nell'immediato post-intervento, il paziente ha mostrato problemi di ipertensione endocranica, tuttavia, la documentazione radiologica di idrocefalo ostruttivo è del

*congesto nel caso di un richiamo infiammatorio in sede ventricolare. È inoltre tutto da assodare il dato che vorrebbe questo processo flogistico condizione aggravante di un quadro di infiammazione postoperatoria. Come riportato nelle note di merito difatti, non solo le infezioni intracerebrali, bensì anche la semplice durata di ben oltre 9 ore dell'intervento chirurgico, può aver contribuito in larga misura al deterioramento della struttura parenchimale cerebrale (...) Non è sostenibile con il criterio del più probabile che non che che lo stato infettivo causato da *Acinetobacter* e la sopravvenuta ventricolite abbiano reso il tessuto parenchimale meno resistente ad eventi emorragici e/o degenerativi, soprattutto in considerazione del fatto che si è ritenuta risolta l'infezione. (...) Allo stato dei fatti accertare risulta un processo infettivo risolto, a fronte di un complicità, sia la ventricolite che l'idrocefalo, connesse al tipo di intervento eseguito." (sottolineature aggiunte).*

⁽²¹⁾ Cfr. I CTU, pp. 29 e 30.

⁽²²⁾ Cfr. I CTU, p. 32.

⁽²³⁾ Cfr. II CTU, pp. 40 – 41.

⁽²⁴⁾ Cfr. II CTU, pp. 78 – 79; p. 36: "Negativizzazione degli accertamenti colturali su *liquor* già a 2 giorni dalla modifica della terapia antibiotica con persistenza di riscontri negativi ripetuti e continui anche su tampone di ferita chirurgica i sede profonda".

⁽²⁵⁾ Cfr. II CTU, p. 79.

giorno 07.4.2009 (data di esecuzione di TC cerebellare ove viene descritta “*dilatazione del IV ventricolo*”); i successivi interventi effettuati in data 12.04, 14.04 e 22.04.2009 sono stati tutti eseguiti nel tentativo di risolvere la dilatazione ventricolare e descritti rispettivamente come “*revisione del sistema di derivazione per malfunzionamento, trattamento endoscopico per persistente dilatazione ventricolare, trattamento endoscopico per difficile controllo della dilatazione ventricolare*” ⁽²⁶⁾;

- varie possono essere le cause che hanno determinato un’alterazione cellulare del liquor cefalorachidiano (protidorrachia alta); sicuramente, tra esse, si può annoverare sia l’infezione da *Acinetobacter baumannii* che il sanguinamento intraventricolare, mentre la glicorrachia è stata sostenuta solo dall’infezione; il tipo di intervento e la sua durata sono certamente causa di infiammazione ⁽²⁷⁾.

Dall’esame della parte dell’elaborato più specificamente dedicata all’approfondimento sulla “complicanza emorragica” ⁽²⁸⁾ – in uno con le osservazioni alla II CTU e alle risposte fornite dal collegio ⁽²⁹⁾ – si legge e si comprende in particolare che:

- già all’indagine TC del 13.04.2009 (data del primo intervento), venne verificata “(...) *Raccolta ematica intradurale in sede pre bulbare e prepontina anteriore più voluminosa sul versante anterolaterale destro ove impronta e disloca in direzione posteriore il bulbo e la porzione inferiore del ponte. Soffusione emorragica sub aracnoidea nelle cisterne peritroncolari, lungo il tentorio cerebellare, nelle scissure silviane e lungo la falce cerebrale. Tracce ematiche nel IV ventricolo. Soffusione emorragica a livello del corpo calloso (...)*” ⁽³⁰⁾; tale quadro neurologico, già caratterizzato da uno “spandimento ematico post-chirurgico”, rende lo sviluppo dell’idrocefalo altamente probabile nell’arco di due o tre settimane, con o senza infezione in corso ⁽³¹⁾;
- nel decorso clinico, furono eseguiti plurimi inserimenti di cateteri ventricolari e rimozioni degli stessi (interventi del 12.04, 14.04 e 22.04.2009) ⁽³²⁾;
- la situazione appariva “sotto controllo” in riferimento al progressivo riassorbimento delle lesioni emorragiche, almeno fino al 7.05.2009, data in cui venne eseguita TC encefalo di controllo in vista dell’esecuzione dell’intervento di posizionamento di derivazione liquorale peritoneale ⁽³³⁾;

⁽²⁶⁾ Cfr. II CTU, p. 79.

⁽²⁷⁾ Cfr. II CTU, p. 80.

⁽²⁸⁾ Cfr. II CTU, pp. 42 – 77.

⁽²⁹⁾ Cfr. II CTU, pp. 88 – 126.

⁽³⁰⁾ Cfr. II CTU, p. 74.

⁽³¹⁾ Cfr. II CTU, ad es. pp. 118 – 120.

⁽³²⁾ Cfr. II CTU, p. 74.

⁽³³⁾ Cfr. II CTU, p. 74.

- l'intervento dell'8.05.2009 risulta ben indicato al fine di risolvere l'idrocefalo; nel corso della sua esecuzione, venne rimosso il catetere di destra e posizionato un altro catetere di derivazione ventricolare a sinistra; tuttavia, successivamente all'intervento, si verificò una devastante emorragia ⁽³⁴⁾;
- il posizionamento di catetere ventricolare è una manovra compiuta “alla cieca”, con riferimenti spaziali *standard*, gravata da complicità emorragica con percentuale 18 – 41%; i principali fattori di rischio salienti sono l'età, l'ipopiastrinemia e il numero delle derivazioni eseguite ⁽³⁵⁾;
- non è possibile esprimersi sulla genesi della emorragia postoperatoria, restando ammissibili solo ipotesi su fattori concorrenti, ritenendosi probabile – senza poter stabilire un ordine di importanza o di maggiore probabilità – che “sia
 - *L'emorragia spontanea*
 - *La lesione in corso di inserzione del catetere (evento avverso non derivante da errore tecnico)*
 - *La errata manovra in corso di inserzione del catetere (non escludibile in relazione alla povertà descrittiva della manovra)*
 - *La lesione vasale in relazione alla deformità ventricolare e alla presenza di neomembrane in esito della ventriculite, ependimite, meningite*
 - *La meiotragia da plurime precedenti inserzioni di catetere ventricolare possano aver avuto un ruolo nella comparsa dell'emorragia cerebrale”* ⁽³⁶⁾.

Sulla base di tutti gli elementi sopra riportati, il collegio ha concluso che “il paziente è deceduto a causa di emorragia cerebrale cronologicamente secondaria a sostituzione di catetere ventricolare. Non è possibile scientificamente identificare esattamente la causa scatenante dell'emorragia” – aderendo, sul punto, alle riflessioni svolte dal neurochirurgo – salvo aggiungere “ma l'infezione e la necessità del suo trattamento, consistito anche nel praticare multipli cateterismi intracranici, hanno sicuramente giocato un ruolo importante nella causazione del decesso del sig. Per_1” ⁽³⁷⁾.

La valutazione del caso clinico è stata indubbiamente condotta in maniera accurata.

Ciononostante la conclusione – avendo a mente i principi, già enunciati, che devono orientare l'accertamento del nesso di causalità materiale – non appare condivisibile per una serie di ragioni.

Innanzitutto i “fattori” individuati come possibili “cause” dell'emorragia, avvenuta temporalmente a seguito dell'inserzione dell'ultimo catetere, non possono essere ritenuti, già in astratto, tra loro tutti “concorrenti”: così, ad esempio, la “emorragia spontanea” parrebbe logicamente escludere la “lesione operatoria” – sia incolpevole che colpevole –

⁽³⁴⁾ Cfr. II CTU, p. 74.

⁽³⁵⁾ Cfr. II CTU, p. 75 – 76.

⁽³⁶⁾ Cfr. II CTU, p. 76 – 77.

⁽³⁷⁾ Cfr. II CTU, pp. 78 e 127 – 129.

ovvero quella “vasale”; lo stesso vale se si prende in considerazione l’una o altra possibile “lesione”, rispetto alle altre “cause” appena citate.

In ogni caso, passando all’esame delle singole “cause”, non si può fare a meno di notare che:

- la “emorragia spontanea” e la “lesione operatoria incolpevole”, singolarmente considerate, escluderebbero la responsabilità della struttura sanitaria, per lo meno con riferimento all’*exitus* di *Persona_1*
- la “lesione operatoria colpevole”, al contrario, basterebbe a fondarla; tuttavia, anche all’esito della rivalutazione dell’intervento ⁽³⁸⁾, tale eventualità – invero mai contestata, né dagli attori né dai loro CTP, e presa in maggiore considerazione soltanto dopo la deduzione dell’origine “arteriosa” del sanguinamento, da parte dei CTP di *CP_2* avvenuta per la prima volta in sede di osservazioni e da nessuno coltivata, nemmeno negli scritti difensivi successivi – non ha trovato riscontri concreti;
- sotto il profilo temporale, l’inondamento emorragico si colloca subito dopo l’intervento ⁽³⁹⁾; il che sembra, da un lato, avvalorare l’ipotesi che esso sia conseguito, più probabilmente che non, a un evento scatenante di tipo “traumatico” e, dall’altro, escludere che possa invece dipendere da una “rottura spontanea” ovvero da una lesione “vasale”, legata alla presenza di neomembrane derivate dalla ventricolite o simili, posto che, alcuni giorni prima (22.04.2009), il paziente era stato sottoposto per via endoscopica alla rimozione di tutti i setti fibrosi esitati dai pregressi fatti infiammatori ⁽⁴⁰⁾ – per lo più, di tipo ematico – dal ventricolo sinistro, tanto che, nel corso dell’intervento dell’8.05.2009, nulla del genere è stato rilevato e, nei giorni immediatamente precedenti (6-7.05.2009), il paziente appariva in via di miglioramento ⁽⁴¹⁾;
- anche volendo assumere che il posizionamento dei “plurimi cateterismi ventricolari” possa avere concorso, in qualche misura, a cagionare l’evento con quella che si ritiene poter essere la “causa” più probabile – ossia la “lesione operatoria incolpevole”, successiva alla manovra “alla cieca”, di per sé già gravata da un alto rischio di “complicanza emorragica” – occorre rilevare che l’inserzione di tali dispositivi è stata più volte praticata nel tentativo di risolvere non tanto l’infezione *sub* (ii), ma piuttosto l’idrocefalo ostruttivo che, come prevedibile già al tempo dell’asportazione del meningioma (13.03.2009), si è sviluppato come sua “complicanza” nei tempi attesi (all’incirca due o tre settimane) indipendentemente

⁽³⁸⁾ Cfr. II CTU, pp. 125 – 127.

⁽³⁹⁾ Cfr. II CTU, pp. 19 – 21 e 69 – 72.

⁽⁴⁰⁾ Cfr. II CTU, pp. 65 – 66.

⁽⁴¹⁾ Cfr. II CTU, pp. 67 – 68.

dalla problematica infettiva, senza la quale, in definitiva, gli interventi del 12.04, 14.04, 22.04 e 8.05.2009 sarebbero stati eseguiti comunque.

Il collegio ha inoltre osservato che – sebbene l’instaurarsi di un processo infettivo possa sicuramente contribuire a rendere qualsiasi tipo di tessuto (non solo quello cerebrale) più edematoso e friabile – nel caso di *Persona_1* *“è possibile affermare con certezza che altre numerose cause possono aver contribuito a questa fragilità. La dimostrazione di questa affermazione può essere sostenuta dal riesame delle numerose indagini TC e RMN a cui il pz è stato sottoposto durante la degenza e che sin dal primo momento mostrano importanti segni di infiammazione e sanguinamento in atto, sin dal primo post-operatorio. Tutto questo senza dimenticare che il pz era stato comunque ricoverato per essere operato di neoplasia a carico del forame magno e che si era già manifestata con segni clinici. La stessa all’esame contrastografico mostrava segni di enhancement, quindi di aumentata permeabilità e perfusione. La descrizione dell’intervento chirurgico facilita la comprensione della difficoltà della manovra eseguita e la cruentezza a cui sono stati sottoposti i tessuti limitrofi alla neoplasia per poterne permetterne la rimozione provocando necessariamente importante infiammazione e sanguinamento. Espressione della sofferenza parenchimale la rilevata mielite presente agli esami iconografici eseguiti”* ⁽⁴²⁾: in altre parole, non vi è evidenza che l’infezione *sub* (ii) abbia reso, in maniera apprezzabile, il tessuto celebrale più fragile di quanto non fosse già per effetto della marcata condizione infiammatoria conseguita al primo intervento neurologico, appropriato e correttamente eseguito.

Da ciò consegue che, considerate le peculiarità del caso concreto, non può ritenersi raggiunta la prova della rilevanza causale dell’infezione da *Acinetobacter baumannii* rispetto al decesso di *Persona_1* che quindi esula dalla responsabilità del *CP_1*.

Gli attori lamentano ancora che l’ente convenuto – non avendo messo il loro congiunto al corrente dell’emergenza igienica in cui versava la struttura, né al momento del ricovero né successivamente – avrebbe non solo leso il suo diritto alla autodeterminazione “sanitaria”, ma anche posto cronologicamente in essere il primo fatto/inadempimento a cui può essere riferito, da solo, la morte del paziente ⁽⁴³⁾.

La questione, però, merita di essere correttamente inquadrata, anche in relazione alle doglianze degli interessati.

E’ pacifico che l’atto chirurgico eseguito su *Persona_1* fosse non urgente ma necessario, per la sua sopravvivenza, posto che caratteristica dei meningiomi cerebrali è quella di aumentare costantemente di volume, fino a comprimere la scatola cranica, con il rischio di danni irreparabili alle connessioni neuronali e alle funzioni vitali.

⁽⁴²⁾ Cfr. II CTU, p. 80 – 82.

⁽⁴³⁾ Cfr, ad es., citaz., pp. 18 – 19; conclus. att., pp. 5 – 6.

Il riferimento alla tematica della violazione “consenso informato” – che, normalmente, viene in rilievo in caso di svolgimento, sulla persona del paziente, di interventi non assentiti, abbiano o meno esito fausto (Cass. ord, 267002018) – è in certa misura fuorviante, posto che non è in discussione che *Per_1* quand’anche a conoscenza della generica possibilità di contrarre infezioni nosocomiali (effettivamente non descritta nei moduli pre-operatori firmati) ⁽⁴⁴⁾, si sarebbe sottoposto a tale tipo di intervento: oltretutto, i processi infettivi poi insorti non hanno avuto comprovata efficacia causale rispetto all’epilogo della vicenda.

Si conviene sul fatto che, tra gli obblighi della struttura verso i propri utenti, rientrino quello di prevenire ed evitare rischi connessi alla degenza, ma anche di avvertirli della situazione corrente, qualora sia fuori controllo.

Senonché, nel caso che occupa, è documentato che, al momento del ricovero del *Per_1* presso il reparto di Neurochirurgia (4.03.2009), i casi di contagio da *CP_6* [...] erano due, salvo aumentare complessivamente a quattro poche ore prima del suo trasferimento presso il reparto di Rianimazione II (13.03.2009) ⁽⁴⁵⁾: il che esclude che, all’epoca, la problematica infettiva fosse a tal punto diffusa da dover indurre il *CP_1* a dirottare i pazienti verso altri ospedali ovvero a rinviare gli interventi programmati, non avendo ancora manifestato la sua potenzialità virulenta.

In definitiva, l’unico danno che può essere eziologicamente ricondotto a carenze organizzative della struttura sanitaria è quello subito da *Persona_1* *sub specie* di compromissione biologica, fino a quando l’infezione da *Acinetobacter* *Per_2* venne debellata, e può essere liquidato secondo la valutazione effettuata nella I CTU – invalidità temporanea parziale al 75% di 10 gg., al 50% di 15 gg. e al 25% di 20 gg. ⁽⁴⁶⁾ – che, sul punto, non è contestata e, comunque, appare condivisibile.

Prendendo a riferimento il valore massimo della IT giornaliera secondo le tabelle milanesi vigenti al 1.01.2018 (€ 147,00/gg) – in ragione del fatto che l’infezione si è sovrapposta a una situazione già compromessa, verosimilmente rendendola ancora più penosa – il *CP_1* viene condannato a pagare a *Parte_1*, *Pt_2* [...] *Parte_3*, *Parte_4*, *Parte_5* e *Parte_6* [...] quali eredi di *Persona_1* la somma di € **2.490,00**. Trattandosi di credito risarcitorio – e, quindi, di valore – sono dovuti la rivalutazione monetaria dall’1.01.2018, secondo gli indici *Org_5* del costo della vita, e gli interessi compensativi al tasso legale sulla somma devalutata al 6.05.2009 (45 giorni oltre l’insorgenza dell’infezione, collocata in data 22.03.2009) e via via rivalutata anno per anno, entrambi da calcolarsi fino alla data della decisione, secondo quanto affermato da Cass. S.U. 1712/1995.

⁽⁴⁴⁾ Cfr. doc. 2 att

⁽⁴⁵⁾ Cfr. doc. 12 conve.

⁽⁴⁶⁾ Cfr. I CTU, p. 33.

All'importo aggiornato, vanno aggiunti gli interessi legali dalla data della sentenza al saldo effettivo.

Tutte le altre domande formulate dagli attori nei confronti del **CP_1** vanno invece respinte.

La condanna del **CP_1** rende attuale la necessità di esaminare la domanda di garanzia proposta nei confronti della compagnia assicuratrice, che viene anch'essa respinta non perché si ritenga che esso costituisca un "evento sentinella", secondo le direttive adottate dal **Organizzazione_6** ⁽⁴⁷⁾, ma piuttosto perché la somma infine liquidata rimane ben al di sotto della franchigia contrattuale.

*

Le spese di lite vengono regolate come segue.

Quelle degli attori vengono poste a carico del **CP_1** e liquidate utilizzando i parametri applicabili ex D.M. 55/2014 e s.m.i. in base al valore reale della controversia, parametrize alla misura in cui le domande sono state ritenute fondate (da € 1.101,00 a € 5.200,00), e all'attività processuale effettivamente svolta (tutte le fasi), massimi in ragione della complessità dell'intera vicenda e dello sforzo difensivo conseguentemente profuso. Non si procede ad aumenti ex art. 4, comma 2, D.M. cit., non rilevando – sotto tale profilo – la pluralità delle parti difese, considerata la loro qualità di eredi dell'unico soggetto danneggiato.

Spetta inoltre il rimborso delle spese documentate di iscrizione della causa a ruolo.

Nel rapporto tra il **CP_1** e **CP_2** esse vengono integralmente compensate, posto che la chiamata in garanzia appariva necessaria a fronte della consistenza dei danni esposti.

Quelle di entrambe le CTU vengono definitivamente poste a carico del **CP_1**.

P.Q.M.

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

in parziale accoglimento delle domande attoree,

CONDANNA **Controparte_1**, in persona del l.r.p.t., a pagare a **Parte_1**, **Parte_2**, **Parte_3**, **Parte_4**, **Parte_5** e **Parte_6** quali eredi di **Persona_1** la somma di € 2.490,00,

⁽⁴⁷⁾ Cfr. I CTU, pp. 33 – 34; II CTU, pp. 84 – 87.

oltre rivalutazione e interessi così come in parte motiva;

CONDANNA *Controparte_1*, in persona del l.r.p.t., a rimborsare a *Parte_1*, *Parte_2*, *Parte_3*, *Parte_4* [...] *Parte_5* e *Parte_6* le spese di lite che si liquidano in € 1.716,00 per esborsi e € 4.536,00 per compenso professionale, oltre IVA e CPA come per legge e spese forf. al 15%, da distrarsi a favore dell'avv. *Parte_2* dichiaratosi antistatario;

RESPINGE ogni altra domanda formulata da *Parte_1*, *Parte_2*, *Parte_3*, *Parte_4*, *Parte_5* e *Parte_6* in proprio e quali eredi di *Persona_1* nei confronti di *Controparte_1*;

RESPINGE la domanda di garanzia formulata da nei confronti di *Controparte_2* [...];

COMPENSA integralmente le spese di lite tra *Controparte_1* e *Controparte_2*;

PONE le spese di entrambe le CTU definitivamente a carico di [...] *Controparte_1*;

REESPINGE ogni altra domanda da chiunque formulata.

Pavia, 10 dicembre 2019

Il Giudice
Mariaelena Cunati