



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. **849/2018** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*),
Parte_2 (C.F. *C.F._2*), anche quale esercente la potestà
genitoriale sui figli minori *Persona_1* (C.F. *C.F._3*),
Parte_3 (C.F. *C.F._4*) e *Parte_4* (C.F. *C.F._5*),
(C.F. *C.F._6*), con il patrocinio dell'avv. *Avv._1* e
dell'avv. *Avv._2* elettivamente presso avv. *Avv._3*

ATTORI

contro

Parte_5 (C.F. *C.F._7*), con il
patrocinio degli avv. *Avv._4* e *Avv._5* elettivamente
presso avv. *Avv._6*

Parte_6 (C.F. *P.IVA_2*),
con il patrocinio degli avv. *Avv._7* e *Avv._8* elettivamente
presso il difensore avv. *Avv._9*

CONVENUTI

*

CONCLUSIONI

Le parti hanno precisato le conclusioni come da fogli allegati al verbale d'udienza del **24.07.2019**.

per parte attrice **Pt_1** :

“piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis,

IN VIA PRINCIPALE

- *accertare e dichiarare che il decesso della sig.ra **Persona_2** è ascrivibile a infezione nosocomiale contratta durante la degenza presso uno degli Enti convenuti e dunque alla responsabilità, concorrente o alternativa, dei medesimi nosocomi convenuti ex art. 1218 c.c. o in subordine ex art. 2043 c.c.;*

- *per l'effetto condannare i convenuti, in via concorrente o alternativa ciascuno per quanto di ragione, al risarcimento di tutti i danni non patrimoniali patiti e patendi dagli attori in proprio e iure successionis in ragione della contrazione dell'infezione e del conseguente decesso della congiunta sig.ra **Persona_2** nell'importo complessivo di € **1.175.000,00**, di cui € 195.000,00 per danno non patrimoniale iure successionis in favore degli eredi **Pt_1** e **Parte_2**, € 400.000,00 per danno non patrimoniale del sig. **Parte_1**, € 300.000,00 per danno non patrimoniale del sig. **Parte_2**, € 140.000,00 per danno non patrimoniale del minore **Persona_1** ed € 70.000,00 ciascuna per danno non patrimoniale delle minori **Pt_3** e **Pt_4**, o nei diversi importi maggiori o minori che dovessero risultare di giustizia in esito alla svolgenda istruttoria;*

IN OGNI CASO

- *con vittoria di spese e compensi di procedura, oltre spese generali CPA ed IVA come per legge.*

IN VIA ISTRUTTORIA

A modifica dei provvedimenti istruttori resi dal Tribunale con ordinanza del 26.9.2018 e con ordinanza del 6 giugno 2019 a scioglimento della riserva assunta alla udienza del 29.5.2019,

*disporsi il **rinnovo** della **CTU medico-legale** volta ad accertare:*

*(1) le cause del decesso della sig.ra **Per_2** e la loro ascrivibilità eziologica alla condotta dei sanitari e/o degli operanti e/o a difetto di attrezzature e/o a difetto di organizzazione delle strutture sanitarie convenute (precisando se in via fra loro concorrente o alternativa), in relazione, fra l'altro, alla carenza e/o al difetto delle dovute procedure di asepsi e/o di prevenzione e contrasto delle infezioni nosocomiali;*

(2) l'eventuale incidenza causale di altre condotte dei sanitari non conformi alle linee guida e/o alle regole dell'arte, anche tenuto conto delle specifiche circostanze del caso concreto;

*(3) i postumi temporanei conseguentemente patiti dalla sig.ra **Per_2** fra la contrazione dell'infezione e l'exitus;*

(4) se e per quanto tempo la sig.ra **Per_2** è stata cosciente e consapevole fra la contrazione dell'infezione e l'exitus.

Disporsi **CTU medico-legale** sulla persona dell'attore sig. [...] **Pt_1**

volta ad accertare:
l'entità del danno biologico psichico, temporaneo e permanente, dal medesimo patito e patiendo in conseguenza del decesso della moglie.
Ammettersi **prova testimoniale** sui seguenti capitoli di prova specifici:
(omissis)”

per parte convenuta **Controparte_1**

“Nel merito, in via gradata:

a) assolvere gli Istituti Clinici **Controparte_1** dalle domande attoree siccome in assoluto e comunque nei confronti degli Istituti stessi infondate in fatto e diritto. Spese rifuse;

b) nel denegato caso di accertamento della dedotta responsabilità degli **CP_1** di Pavia e **Controparte_1** graduare le responsabilità degli Enti ospedalieri convenuti e contenere l'obbligo risarcitorio degli Istituti **Controparte_1** e **Controparte_1** nei limiti del grado di colpa ad essi ascrivibile.”

per parte convenuta ASST:

“Voglia l'Ill.mo Giudice adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, così provvedere:

- nel merito: rigettare le domande attoree, in quanto infondate in fatto e in diritto mandando conseguentemente assolta **di Pavia;**
- in ogni caso: con vittoria di spese e competenze del presente giudizio oltre accessori di legge”

*

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Parte_1 e **Parte_2**, quest'ultimo anche in rappresentanza dei figli minori **Per_1** **Pt_3** e **Parte_4** – rispettivamente marito (il primo), figlio (il secondo) e nipoti (gli altri) di **Persona_2**, **Controparte_3** presso la **Parte_5** di Pavia, ove venne ricoverata il 25/07/2014 – hanno agito in giudizio nei confronti dell' **Org_1** (ove, in data 24/06/2014, fu sottoposta a intervento chirurgico di laparotomia d'urgenza e rimase ricoverata dal 23/07 al 6/07/2014 e, poi, dal 9/07 al 21/07/2014) e dell' **Org_1** di Voghera (ove fu trasferita dal 6/07 al 9/07/2014 e, poi, dal 21/07 al 25/07/2014) chiedendone la condanna, in via concorrente e/o alternativa, al risarcimento dei danni, patrimoniali e non, patiti *iure hereditatis* e *iure proprio* a seguito di un'infezione (da *Acinetobacter baumannii*), contratta dalla congiunta in ambito nosocomiale e responsabile dell'insorgenza di una grave polmonite che ne causò il peggioramento del quadro clinico, fino al decesso.

Gli *Controparte_1* di Pavia e *Controparte_1* a cui l' *Controparte_4* fa capo, hanno contestato la fondatezza delle pretese avversarie, ritenendo in particolare indimostrato che *Persona_2* fosse deceduta per complicanze polmonari da *Acinetobacter baumannii*, in ogni caso contratto presso l'altra struttura e, comunque, per fattori di rischio insiti nella patologia e nelle condizioni della paziente, nonché nell'invasività dei trattamenti praticati.

La *Controparte_5* a cui l' *Org_1* di Voghera fa capo, ha sostenuto che, nei giorni in cui rimase ricoverata, la gestione clinica della paziente, anche di tipo infettivologico, fu corretta, per il resto escludendo l'insorgenza dell'infezione in questione nel breve periodo di degenza e, comunque, la sussistenza del nesso causale tra la propria condotta e l'evento dannoso.

La causa è stata istruita mediante espletamento di CTU sanitaria, a cura dei dott. *Per_3* [...] (CTU medico-legale) e *Persona_4* (CTU infettivologo).

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.

La storia clinica di *Persona_2* è stata accuratamente ricostruita nell'elaborato peritale ⁽¹⁾, a cui si fa rinvio.

Va subito chiarito che le eccezioni di invalidità e/o inutilizzabilità di tale elaborato – sollevate dagli attori per non essere il CTU dott. *Per_3* munito della specializzazione “accademica” in medicina legale richiesta dall'art. 15 della l. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco) – vanno respinte.

Fermo il fatto che la disposizione non è assistita da alcuna sanzione (tantomeno di nullità), giova osservare che le conclusioni raggiunte nella consulenza tecnica d'ufficio – come si vedrà più avanti – si basano essenzialmente sull'accertamento condotto dal CTU infettivologo dott. *Per_4* studiosa della materia e della casistica infine riscontrata (ARDS), a quanto si apprende, fin dal lontano 1984 ⁽²⁾. In ogni caso, si tratta di professionista iscritto all'albo dei CTU del Tribunale di Monza come “*medico chirurgo*” dal 17/10/1989, conosciuto nel distretto e incaricato in plurime occasioni di rendere consulenze in ambito medico-legale, il quale ha sicuramente sviluppato, nel corso del tempo, specifica e pratica conoscenza della materia.

⁽¹⁾ Cfr. CTU, pp. 2 – 57.

⁽²⁾ CTU, p. 111.

Tanto precisato, dagli atti disponibili – per quanto di interesse – emerge in particolare che:

- il 23/06/2014 Parte_6 venne trasportata in ambulanza presso l' Controparte_3, lamentando fortissimi dolori addominali;
- il giorno successivo (24/06), si manifestò quadro clinico di “*shock ipovolemico*” e venne trasportata in sala operatoria, ove fu sottoposta a intervento di “*laparotomia esplorativa in urgenza; derotazione intestino; lisi aderenze; resezione ileale*”, con diagnosi di “*subocclusione intestinale*”; i parenti vennero informati della gravissima condizione clinica (ASA - 4), con altissimo rischio operatorio;
- l'intervento venne condotto con successo; già in serata, venne ricoverata in Rianimazione con quadro di grave anemia;
- il 25/06 venne segnalato quadro di SIRS e impostata precauzionalmente terapia antibiotica;
- dopo alcuni rialzi febbrili, risultò positività a *Pseudomonas aeruginosa* (su punta CVC) (3/07), nonché a *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Protes mirabilis* (da urinocoltura) (4/07), per cui venne impostata nuova terapia antibiotica; nel frattempo, vennero eseguite radiografia (1/07) e TAC toracica (3/07), con descrizione di “*addensamenti ilari bilaterali da ipertensione del piccolo circolo e da possibile fatto bronchitico acuto*” e “*versamento pleurico bilaterale di entità determinante addensamento distelectasico più evidente a destra. Sfumato addensamento parenchimale in regione sottoclaveare ascellare di aspetto flogistico a sx. Tenue limitato addensamento analogo a carico del lobo superiore di destra in sede sovrascissurale*”;
- il 6/07 venne annotata “*sospetta autosomministrazione di benzodiazepine*”, sequestrato; in tarda serata, venne trasferita presso il reparto di Rianimazione dell' Org_1 di Voghera, con diagnosi di “*insufficienza respiratoria post-operatoria. Sindrome depressiva*”, ed eseguita TAC, in regime di urgenza, in cui si legge che “*in corrispondenza del lobo polmonare superiore sx ed in sede lingulare si apprezzano estese aree consolidative parenchimali di densità a vetro smerigliato, sottomantellari e peri-ilari, con sottile broncogramma aereo. Iniziali alterazioni con analoghe caratteristiche in sede sottomantellare a livello del lobo superiore dx e in corrispondenza del segmento basale posteriore del lobo inferiore omolateralmente. Versamento pleurico bilaterale, dello spessore massimo basale sx di circa 29 mm, con collasso del parenchima polmonare attiguo bilateralmente. Tracce di versamento pericardico. Cannula endotracheale con apice sovracarenale*”; al momento dell'accesso, venne segnalato il peso di 65 kg;
- il 7/07, a colloquio con il marito e il figlio, vennero illustrate le gravi condizioni della paziente; lo stesso giorno venne eseguito BAL per esame microbiotico, risultato negativo per batteri e positivo per Persona_5

- il 9/07 venne dimessa e ritrasferita presso il reparto di Chirurgia Generale dell' Controparte_3 , ove venne mantenuta terapia antibiotica ad alto spettro;
- il 15/07 venne eseguita TAC toracica, in cui si legge che *“l'ambito polmonare di sx è [caratterizzato?] nella sua totalità da disomogeneo addensamento parenchimale a vetro smerigliato con incluso broncogramma aereo e formazioni bollose. Analogo quadro ad estensione nettamente minore è presente a carico del lobo superiore di dx. in sede sopra scissurale non versamenti pleurici. Le diramazioni bronchiali principali sono pervie”*;
- il 16/07 venne eseguito broncoaspirato per esame batteriologico, poi risultato positivo ad *Acinetobacter baumannii complex* multiresistente, sensibile a colistina (18/07); sempre il 16/07, venne sottoposta a visita infettivologica, che descrisse un quadro di polmonite massiva del polmone sinistro, con conseguente insufficienza respiratoria; gli accertamenti eseguiti nei giorni seguenti confermarono sia la presenza di anticorpi IgM per micoplasma *pneumoniae* sia PCR per infezione virale da Citomegalovirus (CMV);
- stante il progressivo aggravamento delle sue condizioni cliniche, il 21/07 venne ritrasferita presso il reparto di Rianimazione dell' Org_1 di Voghera, con diagnosi di *“grave insufficienza respiratoria da ampio addensamento parenchimale del polmone sinistro in pz con infezione delle vie aeree da Acinetobacter multiresistente e positività broncolavaggio per DNA citomegalovirus”*; nella radiografia toracica eseguita lo stesso giorno è descritta la presenza di *“ampio addensamento parenchimale interessante gran parte del polmone sx., compatibile con il focolaio flogistico in anamnesi. Versamento pleurico basale omolaterale. Accentuato il disegno interstiziale anche a dx. ma senza veri e propri addensamenti parenchimali nel contesto. (...)”*; nonostante il proseguimento della terapia antibiotica impostata, nei giorni successivi si assistette a un ulteriore e progressivo peggioramento del quadro respiratorio, sino alla necessità di essere intubata (24/7);
- il 25/07 venne eseguita TAC toracica, in paziente descritta come *“sottoposta a Banding gastrico, in deperimento organico con sovrapposizione opportunistica polmonare”*, in cui si legge *“(...) Al controllo odierno si conferma ipoespansione dell'emitore sx ove i lobi appaiono diffusamente interessati da opacità a vetro smerigliato con ispessimento dell'interstizio interlobulare, a configurare quadro di Crazy CP_6 , nel contesto del quale si apprezzano areole cistiche millimetriche. Concomitano oggi aree di consolidamento parenchimale nelle porzioni declivi del LIS. A carico del LSD, si conferma, nella porzione centrale parailare, la presenza di addensamenti a ground glass, con cisti millimetriche; analogo reperto, esteso a più del 50%, del LM. Area di consolidazione con broncogramma aereo a carico del segmento apicale del LID, areole a vetro smerigliato mantellari con cisti a carico*

dei segmenti latero e postero basali del LID. Cisti a pareti sottili, di 18 mm a livello del LM. I reperti appaiono compatibili con pattern alveolare acuto da *Pneumocystis Carinii pneumonia* o polmonite interstiziale (AIP), in fase di peggioramento a carico del LSD, LM e LID”; vennero inoltre eseguiti esami microbiologici e virali, con esito positivo per il solo *Citomegalovirus* e negativo anche per *Acinetobacter*;

- lo stesso giorno (25/07) venne trasferita presso il reparto di Rianimazione del *Parte_5 CP_1*, con diagnosi di “*insufficienza respiratoria*” e motivo di ammissione descritto come “*trattamento intensivo – Necessità di supporto ventilatorio Tipo I (ipossica) – Tipo II (ipercapnica) Diagnosi – Polmonite da Acinetobacter Baumannii*”; al momento dell’accesso, venne segnalato il peso di 45 kg;
- durante tutta la degenza necessità di supporto aminico e di emotrasfusioni ripetute; il radiogramma toracico del 27/07 descrive un quadro di nota fibrosi campi polmonari di sinistra e ai territori periferici di destra; le broncoscopie del 31/07, 6/08 e 11/08 risultarono positive per CMV; tutti i campioni inviati negativi per *Acinetobacter baumannii*;
- il 4/08 venne eseguita TAC toracica, con definizione di quadro di “*ARDS stadio III interessante entrambi i polmoni*”;
- l’11/8 si procedette a consulenza specialistica, su esame obiettivo “*insufficienza respiratoria post intervento di resezione intestinale*”, in cui si constatò “*allettamento da circa un mese in insufficienza respiratoria - Pt_7*”; venne effettuata nuova indagine broncoscopica per esame colturale con positività per batteri gram negativi, poi identificati come *Pseudomonas aeruginosa* e *Proteus mirabilis*, trattati;
- il tampone rettale di sorveglianza risultò negativo per *Acinetobacter* il 29/07 e il 13/08, positivo l’8/08 e il 19/08 senza necessità di riavvio di terapia con colistina;
- il 20/08 le condizioni della paziente apparivano di estrema gravità;
- l’*exitus* avvenne il 29/08, con diagnosi alla morte di “*insufficienza respiratoria acuta da fibrosi polmonare progressiva di origine sconosciuta*”.

Requisito per l’accoglimento delle domande attoree è innanzitutto l’accertamento dell’esistenza di un nesso di causalità materiale tra i processi infettivi contratti da [...] *Parte_6* e il suo decesso.

Com’è stato osservato, tale tipo di verifica va condotta 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 collegio nominato ha osservato che:

- le problematiche infettive sofferte da Parte_6, durante la degenza ospedaliera, consistono in (1) polmonite da *Acinetobacter baumannii* e, successivamente, da *Proteus* e *Pseudomonas*, (2) virale da *Citomegalovirus*, (3) batterica intracellulare da micoplasma, (4) infezione vie urinarie da *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Protes mirabilis* ⁽³⁾;
- l'unico patogeno a cui potrebbe essere riportata una responsabilità sanitaria è *Acinetobacter baumannii*, microorganismo gram negativo, ubiquitario, fonte di patologie e/o di epidemie principalmente in reparti di Terapia Intensiva, normalmente trasmissibile per contatto (diretto o indiretto) attraverso mani e guanti degli operatori, superfici ambientali e dispositivi medici contaminati ⁽⁴⁾;

⁽³⁾ Cfr. CTU, p. 55.

⁽⁴⁾ Cfr. CTU, pp. 55 – 56.

- *Acinetobacter baumannii* può determinare uno stato di colonizzazione ⁽⁵⁾ o di infezione e va considerato come *marker* di gravità delle condizioni del paziente, associato al prolungamento della degenza e all'aumento della morbilità ⁽⁶⁾;
- nel caso in esame, delle numerose indagini di lavaggio bronchiale solo una è risultata positiva a tale microorganismo (16/07); viceversa, già il 25/06 è stato segnalato “quadro di SIRS” (sindrome da risposta infiammatoria sistemica), seguito da comparsa di febbre e dispnea (28/06), con radiogramma toracico negativo per addensamenti parenchimali ⁽⁷⁾;
- la sostanziale negatività per un quadro caratteristico di polmonite parenchimale (come dovrebbe essere in caso di polmonite da batteri, compreso *Acinetobacter*) e la presenza di aree consolidative parenchimali di densità “a vetro smerigliato” (come nelle forme di “*insufficienza respiratoria da attribuire ad una complicanza INFIAMMATORIA post-chirurgica o da agenti patogeni non infettivi*”) si è andata via sempre più affermando nelle indagini TAC sequenziali eseguite nelle date 7/07 ⁽⁸⁾, 15/07 ⁽⁹⁾, 25/07 ⁽¹⁰⁾, 4/08 ⁽¹¹⁾ e 14/08 ⁽¹²⁾.

Il collegio ha quindi escluso, perché estremamente improbabile, che la grave patologia respiratoria insorta nella paziente possa essere attribuita ad *Acinetobacter*, presente come “colonizzante” e non come “infettante”, a maggior ragione alla luce dei risultati degli isolamenti su tampone rettale (alternativamente positivi e negativi) ⁽¹³⁾.

⁽⁵⁾ Cfr. CTU, p. 59: “Si definisce colonizzazione la presenza e moltiplicazione di un microrganismo sulla cute o in altri siti dell'organismo senza che si sviluppi una sintomatologia clinica. Le sedi maggiormente colpite sono i siti di tracheotomia e le ferite aperte. Tali soggetti, possono restare portatori asintomatici per periodi di tempo variabili e rappresentare così una importante riserva di infezione.”

⁽⁶⁾ Cfr. CTU, pp. 59 – 60.

⁽⁷⁾ Cfr. CTU, p. 60.

⁽⁸⁾ Con esito di contestuale broncoscopia con esame su BAL risultato negativo per batteri e positivo per *Candida albicans*.

⁽⁹⁾ Con positività ad indagine broncoscopica del giorno successivo positiva per **Org_2** e *Citomegalovirus*.

⁽¹⁰⁾ Dove viene confermata ipoespansione dell'emittores sx ove i lobi appaiono diffusamente interessati da opacità a vetro smerigliato con ispessimento dell'interstizio interlobulare, a configurare quadro di **CP 7** [...], e la presenza di addensamenti a ground glass, Reperti compatibili con pattern alvolare acuto da *Pneumocystis Carinii* pneumonia o polmonite interstiziale (AIP), in fase di peggioramento a carico del LSD, LM e LID. L'indagine broncoscopica immediatamente successiva confermava negatività per infezioni batteriche o da *pneumocistis*, ma riscontrava ancora la presenza di *Citomegalovirus*.

⁽¹¹⁾ Nella indagine TAC, si parla espressamente di ARDS stadio III interessante entrambi i polmoni e al BAL successivo viene riconfermata positività per CMV DNA, con negatività per ricerca colturale batterica.

⁽¹²⁾ Ove viene descritta ancora la nota alterazione della trasparenza polmonare bilaterale, caratterizzata da estese chiazze a vetro smerigliato e ispessimento reticolare dell'interstizio con honey-combing, sebbene l'esame colturale dell'11/08 fosse negativo per infezione polmonare da *Acinetobacter*.

⁽¹³⁾ Cfr. CTU, p. 62.

Piuttosto, ha ritenuto che essa vada ricondotta a un fatto non infettivo ma infiammatorio, derivato dal quadro di insufficienza polmonare definito ARDS (“*Acute Respiratory Distress Syndrome*”) – malattia acuta grave del polmone, che di solito si manifesta in Terapia Intensiva, a mortalità sicuramente elevata ⁽¹⁴⁾ – instauratosi in modo pressoché subitaneo dopo lo “shock ipovolemico” (23/07), progressivamente aggravatosi con sequenza di clinica correlata a quadri radiologici suggestivi per danno alveolo-interstiziale (in cui si è osservata anche una infezione da *Citomegalovirus*. più volte isolato su ^{Orga}, complicato da sovrainfezione batterica da *Proteus* e *Pseudomonas* e da colonizzazione da

⁽¹⁴⁾ Cfr. CTU, pp. 65 – 66: “L’incidenza dell’ARDS è stimata a 10 – 58 casi per 100.000 abitanti e dipende dalla posizione geografica e dal sistema di segnalazione utilizzato. Sulla base dei dati provenienti da uno studio europeo prospettico multicentrico di coorte, che includeva 6.522 pazienti ricoverati in ICU, la proporzione dei casi di ARDS era in media 7.1% di tutti i pazienti ricoverati in terapia intensiva. Questa cresceva al 12.5% quando sono stati inclusi solo i pazienti che si sono trattenuti in ICU per oltre 24 ore. Studi recenti hanno evidenziato una mortalità vicina al 20%. Questi risultati probabilmente rappresentano la quota di mortalità di pazienti selezionati inclusi negli studi, mentre sondaggi generali e analisi da banche di dati in pazienti non selezionati hanno riscontrato intervalli di mortalità tra il 27–45% o anche fino al 70%, in base alla gravità della patologia e alle comorbidità. La causa più comune di morte è l’insufficienza multiorgano e questa non è cambiata nel tempo. I primi 7–10 giorni sembrano essere decisivi nel determinare la prognosi finale dei pazienti con p_t 7. Entro questo lasso di tempo circa il 50% dei pazienti o viene svezzato con successo dal ventilatore o è deceduto. In una parte dei pazienti possono persistere anomalie lievi della funzionalità respiratoria (alterazioni ostruttive o restrittive della spirometria o compromissione della capacità di diffusione). Età avanzata, comorbidità preesistenti, shock settico e alterazioni organiche ulteriori sono tutti fattori che sembrano aumentare la mortalità. Globalmente, la mortalità dei pazienti affetti da ARDS rimane elevata in modo inaccettabile, nonostante la nostra conoscenza della fisiopatologia del danno polmonare sia estesa e le informazioni sulla terapia che si possono ricavare dai numerosi studi multicentrici eseguiti fino a ora.”; p. 64: “L’ARDS può essere innescata da varie condizioni, distinte tra di loro, che portano a un percorso fisiopatologico comune. Gli eventi scatenanti possono essere raggruppati in due classi: condizioni dirette, “polmonari”, e indirette, “extrapolmonari”. Le cause dirette comprendono numerose condizioni che provocano danni al parenchima polmonare, come la polmonite, la contusione polmonare da trauma, l’aspirazione e l’inalazione, o l’ingestione di agenti tossici (tabella 2). Il danno indiretto più frequente è costituito dalla sepsi (che è una causa comune e altamente letale di ARDS), ma questo gruppo comprende anche la pancreatite acuta, l’overdose di certe sostanze (oppioidi e tiazidici), la coagulazione intravascolare disseminata e molteplici trasfusioni di derivati del sangue (ipertrasfusioni).”; p. 69: “La continua necessità di supporto ematico con trasfusioni continue e il quadro enterico caratterizzato da diarrea profusa persistente in pz precedentemente obesa (tanto da richiedere intervento di chirurgia bariatrica con bending gastrico, sleeve resection, e in seguito derivazione bilio-pancreatica) che, viene segnalato pesare 65 kg in data 24/6 e 45 al momento del ricovero in Rianimazione a Pavia, non possono essere che fattori aggravanti il quadro clinico con aumento del rischio post-operatorio. Così come sono certamente fattori di rischio respiratorio il pregresso fumo di 3 pacchetti di sigarette al giorno e l’assunzione di 4 cp di antidepressivo con Xanax. Tutta la lunga e triste vicenda clinica può essere letta e compresa se inquadrata in questa sindrome (ARDS) dove i fattori scatenanti non sono noti ma dove sicuramente hanno un importante peso lo stato di malnutrizione della pz, i precedenti interventi subiti, l’anemizzazione persistente nonostante le infinite emotrasfusioni effettuate, il mancato assorbimento con diarrea profusa continua, l’infezione da CMV, la sopraggiunta polmonite batterica da *Proteus* e *Pseudomonas* e possibilmente anche se non unicamente e causalmente la colonizzazione da *Acinetobacter baumannii* comunque correttamente trattata e subitaneamente risolta visto l’unico isolamento riscontrato su ripetuti esami colturali di broncoaspirato effettuati.”

Acinetobacter baumannii (tutti correttamente trattati) e ritrovato nel referto TAC del 4/08, escludendo che i processi infettivi instauratisi abbia accelerato l'*exitus* ⁽¹⁵⁾.

Nonostante l'enfasi inizialmente posta sulla rilevanza eziologica dell'infezione da *Acinetobacter baumannii*, rispetto al decesso di *Parte_6* ⁽¹⁶⁾, anche gli attori, a mezzo dei loro nuovi CTP, propendono per la sua natura di "semplice colonizzante".

Tuttavia – con un "cambiamento di rotta" piuttosto marcato, sebbene ammissibile (Cass. 13269/2012) – sostengono, in estrema sintesi, che la paziente sarebbe deceduta per un quadro di grave insufficienza respiratoria "secondaria" a polmonite massiva di origine nosocomiale, causata da infezioni da *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* e *Pseudomonas aeruginosa*, quest'ultima non adeguatamente gestita ⁽¹⁷⁾.

Ma si tratta di ricostruzione diffusamente confutata dal collegio peritale con molteplici argomenti convincenti, che si richiamano integralmente ⁽¹⁸⁾, in particolare nella parte in cui:

- afferma la natura di "contaminante" di *Pseudomonas aeruginosa* – ritrovato su un isolato da punta di catetere, con emocolture periferiche contestuali negative – per cui non è richiesta terapia, mentre *Proteus mirabilis*, così come *Klebsiella* ed *Escherichia coli*, sono risultati sensibili alla terapia impostata ⁽¹⁹⁾;
- ritiene ben difficile descrivere un quadro di grave polmonite batterica, quando gli esiti di broncoaspirato – effettuato il 7/07, in corso di terapia antibiotica, e liquidato dagli attori come "falso negativo" ⁽²⁰⁾ – risultano negativi all'esame colturale ⁽²¹⁾; analoga la conclusione dopo la lettura dell'esame colturale su broncoaspirato del 25/07, eseguito 6 giorni dopo la sospensione della terapia antibiotica ad ampio

⁽¹⁵⁾ Cfr. CTU, pp. 62 – 69; pp. 84 – 86 e 88.

⁽¹⁶⁾ Cfr. citaz., ad es., pp. 9 – 10; doc. 6 att., perizia dott. *Persona_6*.

⁽¹⁷⁾ Cfr. CTU, pp. 71 – 76; pp.

⁽¹⁸⁾ Cfr. CTU, pp. 77 – 90 e 93 – 110.

⁽¹⁹⁾ Cfr. CTU, p. 80: "Ritrovare uno *Pseudomonas* su un isolato da punta di catetere, con emocolture periferiche contestuali negative deve essere considerato, come effettivamente lo è stato, un contaminante per cui non è richiesta terapia. Si fa presente che il terzo farmaco indicato dal consulente di parte al punto e) con meropenem, appartiene alla medesima classe di antibiotici e quindi con medesimo spettro di azione dell'imipenem che era appena stato sospeso proprio perché si era presentato un quadro febbrile nonostante la terapia in atto"; p. 83: "(...) l'isolamento di *Pseudomonas* da punta di catetere in assenza di emocolture contestuali, da sangue periferico, positive deve essere considerato un contaminante; per il *Proteus* isolato da urinocoltura in data 4/7, insieme a *Klebsiella* ed *E.coli*, si è già detto come tutte e tre i germi fossero sensibili alla terapia impostata con gentamicina"; pp. 114 – 115.

⁽²⁰⁾ Cfr. CTU, p. 105.

⁽²¹⁾ Cfr. CTU, p. 82

spettro per la polmonite nosocomiale (necessaria, per gli attori), che dimostra la mancanza di crescita di microorganismi ⁽²²⁾;

- sottolinea come le condizioni della paziente fossero grandemente compromesse, considerato lo scarso o nullo assorbimento intestinale, documentato da calo di peso disastroso (da 65 a 45 kg tra il 6/07 e il 25/07) e anemizzazione severa e continua ⁽²³⁾;
- chiarisce che l'*exitus* di *Parte_6* è sì avvenuto per un quadro di “grave insufficienza respiratoria”, ma “secondaria ad ARDS” – descritto nelle indagini TAC eseguite tra luglio e agosto – e non a polmonite nosocomiale ⁽²⁴⁾, come oltretutto parrebbero confermare la negatività del broncolavaggio del 7/07 (che interrompe il nesso eziologico microbiologico dagli attori attribuito al quadro polmonare iniziale) e la presenza di aree consolidative parenchimali di densità “a vetro smerigliato” (attribuibile a una complicanza infiammatoria post- chirurgica o ad agenti patogeni non infettivi).

La conclusione – che, in base agli elementi disponibili, appare condivisibile – è che la sindrome da ARDS non descrive semplicemente l’evento finale del processo che ha condotto la paziente a morte, ma ne è la causa iniziale – come del resto indicato dalla diagnosi al decesso di “*insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*” – e la polmonite batterica una mera complicanza di questa patologia ⁽²⁵⁾.

Al contrario, considerate le peculiarità del caso concreto, non può ritenersi raggiunta la prova che i vari processi infettivi susseguitisi nel tempo abbiano contribuito, in maniera efficiente, a cagionare il decesso della paziente.

Ciò non toglie che le infezioni e le contaminazioni insorte nel corso della degenza ospedaliera, a cui si è fatto riferimento, ne abbiano comunque determinato una qualche compromissione biologica – *sub specie* di invalidità temporanea, di cui gli attori hanno chiesto il risarcimento *iure hereditatis* ⁽²⁶⁾ – perlomeno per il periodo compreso tra il 3/07 (data di isolamento di *Pseudomonas aeruginosa* sulla punta del catetere venoso) e il 25/07 (data di sicura negativizzazione di *Acinetobacter baumannii*): da notare che, con riguardo a tale ultimo agente patogeno, il fatto che, nel reparto di Chirurgia Generale dell’ [...] *Controparte_3*, sia stato isolato, tra l’1/01 e il 31/07, un altro caso di *Acinetobacter baumannii* dello stesso ceppo di quello isolato nella paziente ⁽²⁷⁾ depone nel senso che sia

⁽²²⁾ Cfr. CTU, p. 116.

⁽²³⁾ Cfr. CTU, p. 88.

⁽²⁴⁾ Cfr. CTU, pp. 83 – 84;

⁽²⁵⁾ Cfr. CTU, pp. 111 – 112; in partic., p. 111: “L’ordine degli eventi non è dunque a parere dei CTU: Polmonite → Fibrosi polmonare post-infiammatoria → Insufficienza respiratoria acuta. Bensì: Insufficienza respiratoria acuta → Fibrosi polmonare post-infiammatoria → Polmonite.”

⁽²⁶⁾ Cfr. citaz., p. 22.

⁽²⁷⁾ Cfr. CTU, p. 90.

stato contratto presso tale struttura, anziché presso l' *Org_1* di Voghera, così come gli altri processi infettivi cronologicamente anteriori al primo trasferimento.

Considerato che gli *Controparte_1* non hanno concretamente dimostrato di avere adottato tutti i presidi necessari per evitare la contaminazione, vengono condannati a pagare a *Parte_1* e *Parte_2*, quali eredi di *Parte_6*, la somma di € **2.168,25**, calcolata ipotizzando un'invalidità temporanea parziale al 75% di 10 gg. e al 50% di 13 gg. al valore massimo della IT giornaliera secondo le tabelle milanesi vigenti al 1.01.2018 (€ 147,00/gg), in ragione del fatto che tali processi infettivi si sono sovrapposti a una situazione già compromessa, verosimilmente rendendola ancora più penosa. Trattandosi di credito risarcitorio – e, quindi, di valore – sono dovuti la rivalutazione monetaria dall'1.01.2018, secondo gli indici *Org_4* del costo della vita, e gli interessi compensativi al tasso legale sulla somma devalutata al 25/07/2014 e via via rivalutata anno per anno, entrambi da calcolarsi fino alla data della decisione, secondo quanto affermato da Cass. S.U. 1712/1995.

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

Tutte le altre domande formulate dagli attori nei confronti degli *Controparte_1* e di *CP_5* vanno invece respinte.

*

Le spese di lite vengono integralmente compensate, tra tutte le parti, in ragione del notevolissimo divario tra il valore dichiarato della controversia e la misura in cui le domande sono state accolte e dell'oggettiva difficoltà nell'individuazione della struttura eventualmente responsabile e, comunque, della complessità dell'intera vicenda.

Le spese di CTU vengono definitivamente poste a carico degli *Controparte_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 gli *Controparte_1* in persona del l.r.p.t., a pagare a *Parte_1* e *Parte_2*, quali eredi di *Parte_6*, la somma di € 2.168,25, oltre rivalutazione e interessi così come in parte motiva;

COMPENSA integralmente le spese di lite tra tutte le parti;

PONE le spese di CTU definitivamente a carico degli Istituti Clinici *CP_1* *CP_1*
[...]

RESPINGE ogni altra domanda formulata da *Parte_1* e *Parte_2*

quest'ultimo anche quale esercente la potestà genitoriale sui figli minori *Per_1* *Pt_3* e *Parte_4*, nei confronti degli *Controparte_1* e dell'*Controparte_2*.

Pavia, 13 dicembre 2019

Il Giudice

Mariaelena Cunati