

N. 390/2018 R.G.



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI SASSARI

I Sezione Civile

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Elisa Remonti
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. [REDACTED] r.g. promossa da:

[REDACTED] [REDACTED] (C.F. [REDACTED]) e [REDACTED] [REDACTED] (C.F. [REDACTED]), rappresentati e difesi dall'avv. [REDACTED] e dall'avv. [REDACTED] elettivamente domiciliati presso lo studio del difensore avv. [REDACTED] nonché dall'avv. [REDACTED] in qualità di sostituto processuale;

PARTE ATTRICE

contro

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED],
rappresentato e difeso dall'avv. [REDACTED] elettivamente domiciliato presso lo
studio del difensore,

PARTE CONVENUTA

OGGETTO: Responsabilità medica

CONCLUSIONI

Le parti hanno precisato le conclusioni come segue:

Per parte attrice, come da foglio di p.c.:

“in via principale

A) *accertare e dichiarare l'inadempimento della convenuta [REDACTED] [REDACTED] alle obbligazioni alla stessa facenti capo in dipendenza del rapporto instaurato con il signor [REDACTED] e con la richiesta di assistenza medico-ospedaliera dallo stesso formulata e, in*



particolare, dichiarare l'inadempimento agli obblighi di informazione del paziente e dei suoi eredi e congiunti sulla sua vicenda;

B) dichiarare tenuta e condannare la convenuta [REDACTED] - in dipendenza di tutte le azioni esperibili, contrattuali e/o da contatto sociale ovvero anche di natura extracontrattuale - al risarcimento di tutti i danni - patrimoniali e non patrimoniali, e, in particolare, di tutti i danni ai diritti della persona garantiti a livello normativo - costituzionale e/o legislativo - e, specificamente: del danno non patrimoniale con riferimento alla perdita della vita, alla componente "biologica", al danno psichico del decuius per la lucida percezione dell'approssimarsi della morte e per lucida agonia, alla vita di relazione, ai profili esistenziali, e del danno morale per le sofferenze patite, derivati alle attrici in conseguenza della vicenda per cui è causa, sia quali eredi del signor [REDACTED] sia in proprio; se del caso ed in subordine, anche sotto il profilo della perdita di "chances" di guarigione e di più lunga e migliore qualità della vita;

C) determinare detti danni nell'importo non inferiore ad €.100.000,00= (euro centomila) per i danni cagionati direttamente al signor [REDACTED] e negli ulteriori importi per il danno parentale secondo i valori "a punti" di cui alle "Tabelle di Milano" ovvero di cui alle "Tabelle di Roma"; ovvero in quegli altri importi maggiori o minori che saranno accertati in causa, se del caso anche con valutazione equitativa;

D) con la rivalutazione monetaria e gli interessi legali ex art. 1284 IV comma codice civile, oltre il lucro cessante derivante dalla mancata disponibilità degli importi risarcitori che avrebbero dovuto essere corrisposti con riferimento alla data dell'illecito;

E) con la condanna della convenuta al rimborso delle spese processuali, comprese quelle relative alla consulenza tecnica di parte e di mediazione.

in via subordinata istruttoria

F) disporre la sostituzione dei consulenti tecnici d'ufficio e la rinnovazione delle operazioni peritali ex art. 196 cpc come richiesto con ricorso 22 febbraio 2023".

Per il convenuto, come da foglio di p.c.:

"Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis:

- in via principale, rigettare le avverse domande, in quanto infondate in fatto ed in diritto e, per l'effetto, mandare assolta [REDACTED] da ogni avversa pretesa;

- in via subordinata, nella denegata e non temuta ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande risarcitorie avanzate dalle attrici, ridurre le relative pretese nella misura ritenuta di giustizia.



In tutti i casi, con vittoria delle spese e competenze del presente giudizio”.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con ricorso *ex art. 702 bis c.p.c.* introduttivo del presente giudizio [REDACTED] il quale era deceduto in data [REDACTED] all'età di ottantadue anni, affermato che tale decesso era causalmente collegato alla colpa dei sanitari che avevano avuto in cura il paziente, chiedevano di accertare che la ritardata diagnosi e/o la colpa dei sanitari aveva causato il decesso del paziente oppure la perdita delle *chances* di effettiva guarigione e, per l'effetto, chiedevano il risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti.

Più nel dettaglio, la parte attrice esponeva:

- che in data 14.1.2016, [REDACTED] veniva ricoverato presso [REDACTED] per edema polmonare acuto e ivi veniva sottoposto al posizionamento di un defibrillatore, poi dimesso in data 21.1.2016;
- che in data 30.1.2016, a causa dell'insorgere di polmonite, veniva nuovamente ricoverato presso [REDACTED] e ivi venivano avviate svariate terapie, poi dimesso in data 10.2.2016;
- che nuovamente in data 25.2.2016, veniva ricoverato [REDACTED] per il peggioramento delle sue condizioni polmonari e, nel corso dell'ultimo ricovero, veniva diagnosticata una polmonite infettiva;
- che in data 9.4.2016 era intervenuto il decesso di [REDACTED]
- che il decesso (o, in subordine, la perdita delle *chances* di effettiva guarigione) era imputabile alla tardiva e negligente cura prestata al paziente da parte dei sanitari, i quali non avevano diagnosticato e trattato correttamente l'infezione polmonare da lui sofferta dell'infezione (*polmonite da acinetobacter baumannii multi resistente*), verosimilmente contratta durante il primo ricovero di gennaio 2016;
- che il colposo ritardo è evidente dal fatto che il referto microbiologico era stato redatto il 23.3.2016, tuttavia la terapia specifica (*antibiotico Colistina*) era stata somministrata solo il 6.4.2016;
- che [REDACTED] aveva subito danno biologico per il peggioramento delle condizioni fisiche nel corso dei ricoveri, danno morale da sofferenza e danno tanatologico, rispetto ai quali gli attori agiscono *iure hereditatis*;
- che la figlia e la moglie del paziente avevano subito danno da perdita del rapporto parentale;
- di aver avviato il tentativo di mediazione, che si è concluso con esito negativo.

Con comparsa del 24.5.2018 (tempestivamente ai sensi dell'art. 702 *bis* c.p.c.) si costituiva in giudizio [REDACTED] la quale, contestata la ricostruzione di parte attrice, evidenziate le precarie condizioni



pregresse di salute del paziente, contestato che [REDACTED] abbia contratto l'infezione durante i ricoveri ospedalieri ed esclusa ogni colpa in capo ai sanitari, contestate da ultimo le singole voci di danno richieste dagli attori, tutto ciò dedotto, chiedeva, in via preliminare, il mutamento del rito in rito ordinario e, nel merito, il rigetto delle domande di parte attrice.

Alla prima udienza del 6.6.2018, veniva disposto il mutamento del rito da sommario a ordinario e, alla successiva udienza, venivano concessi i termini *ex art.* 183, co. 6, c.p.c.

La causa veniva istruita con prova testimoniale e mediante CTU medico legale.

All'udienza del 30.5.2023, svolta con la modalità cartolare, le parti precisavano le conclusioni e la causa veniva trattenuta in decisione con concessione dei termini per le comparse conclusionali e le memorie di replica *ex art.* 190 c.p.c.

*

La domanda di parte attrice non è fondata e deve essere rigettata.

La prestazione sanitaria è l'attività esercitata dal professionista sanitario in conformità con le *leges artis* e con l'obbligo di informazione al paziente; l'inadempimento di tale prestazione comporta la responsabilità del medico con conseguente obbligo di risarcimento dei danni subiti dal paziente.

Il rapporto ospedale-paziente è appunto disciplinato dall'art. 1218 c.c. e, con riguardo all'onere probatorio, occorre richiamare il recente orientamento giurisprudenziale che precisa la distribuzione dell'onere di prova tra struttura e paziente: *“in tema di responsabilità contrattuale per inadempimento delle obbligazioni professionali (tra le quali si collocano quelle di responsabilità medica, anteriormente alla l. n. 24 del 2017), è onere del creditore-danneggiato provare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), il nesso di causalità, secondo il criterio del “più probabile che non”, tra la condotta del professionista e il danno lamentato, mentre spetta al professionista dimostrare, in alternativa all'esatto adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile, da intendersi nel senso oggettivo della sua inimputabilità all'agente”* (C. Cass. n. 10050/2022; nello stesso senso: C. Cass. nn. 28991 e 28992 del 2019).

Ebbene, la parte attrice lamentava che la condotta omissiva e/o tardiva dei sanitari aveva causato il decesso del paziente o, comunque, la perdita delle sue *chances* di guarigione. Più nel dettaglio, l'evento morte era stato causato dall'omessa e/o ritardata diagnosi dell'infezione nosocomiale sofferta da [REDACTED] con conseguente omissione e ritardo negli approfondimenti diagnostici e terapeutici (la terapia antibiotica specifica per la polmonite da *Acinetobacter Baumannii* era stata ritardata di due settimane poiché i sanitari non avevano tempestivamente eseguito l'esame microbiologico sul materiale



ottenuto mediante broncoaspirato).

La condotta dei sanitari, sotto il profilo sia dei tempi di diagnosi che delle modalità di cura, veniva approfonditamente vagliata dal Collegio peritale, il quale redigeva una relazione motivata e sorretta da adeguati riscontri tecnici e logici, la quale deve essere posta a fondamento della decisione.

L'accertamento peritale escludeva la presenza di profili colposi nel comportamento dei sanitari che si erano avvicinati nella gestione e nelle cure di ██████████ concludendo che sia *“nonostante la complessità del quadro clinico presentato dal soggetto, sia stato posto in essere un trattamento consono alle linee guida e alla buona prassi clinico assistenziale nella gestione dei vari segni e sintomi di volta in volta manifestatisi”*.

In particolare, ai fini della ricostruzione del fatto *de quo* ciò che appare dirimente è la circostanza se il paziente fosse o meno affetto da polmonite da *Acinetobacter Baumannii*, ossia una polmonite da infezione. La presenza o meno di tale infezione è dirimente in quanto costituisce il presupposto per individuare quali fossero le terapie e le cure più adeguate al caso di specie.

Sul punto, la parte attrice ribadiva, anche in sede di comparse conclusionali, che Primo Vecchini era affetto dalla polmonite *Acinetobacter*, così come refertato espressamente nella cartella clinica del 1.4.2016, circostanza non contestata dalla parte convenuta neppure nella fase stragiudiziale, così affermando il raggiungimento della prova ai sensi dell'art. 115 c.p.c.

Ebbene, in via preliminare, si osserva che, nel caso in esame, la CTU assume natura percipiente (cfr. C. Cass. n. 4792 del 26/02/2013: *“in caso di accertamento della responsabilità medico-chirurgica, attesa l'innegabilità delle conoscenze tecniche specialistiche necessarie non solo alla comprensione dei fatti, ma alla loro stessa rilevabilità, la consulenza tecnica presenta carattere “percipiente”, sicché il giudice può affidare al consulente non solo l'incarico di valutare i fatti accertati, ma anche quello di accertare i fatti medesimi, ponendosi pertanto la consulenza, in relazione a tale aspetto, come fonte oggettiva di prova”*), sicché le condizioni di salute di ██████████, all'epoca del decesso, devono essere oggetto di precipuo accertamento peritale, così come avvenuto avanti al Collegio peritale nominato.

In particolare, ritenuto non operativo il principio di non contestazione con riguardo alla presenza o meno dell'infezione polmonare (fatto suscettibile di verifica peritale stante la sua natura tecnica), nel caso di specie, il CTU indagava la sussistenza o meno dell'infezione da *Acinetobacter Baumannii*, che costituisce un fatto principale oggetto di prova ad elevato contenuto tecnico e, dunque, accertabile – a seguito di allegazione – mediante consulenza tecnica.

E, invero, l'annotazione *“polmonite Acinetobacter Baumannii”*, presente in svariati punti delle cartelle



cliniche, costituisce un indizio documentale non di per sé idoneo a costituire prova del fatto, bensì elemento vagliabile dal CTU per le proprie valutazioni tecniche.

Deve pertanto essere rigettata e superata la prospettazione di parte attrice; anzi, occorre richiamare la CTU con riguardo alla presenza o meno della *polmonite Acinetobacter Baumannii*.

Ebbene, il CTU analizzava la documentazione clinica in atti e verificava che, nel caso di specie, i valori clinici di ██████████ non erano compatibili con l'infezione polmonare indicata nella cartella clinica e allegata dagli attori: *“appare necessario stigmatizzare che, durante questo ricovero, nonostante quanto riportato nel frontespizio della cartella clinica, il soggetto non presentava una polmonite da Acinetobacter Baumannii. Infatti, non erano presenti gli indici di infezione necessari per poter identificare un quadro di polmonite: i globuli bianchi erano sempre nella norma, il soggetto era sempre apiretico, l'esame colturale effettuato il 26.02, idoneo secondo lo score di Bartelett era negativo.*

Il rinvenimento dell'Acinetobacter baumannii nel successivo esame colturale, non idoneo per le basse vie aeree, consente di classificarlo come un colonizzatore che pertanto non richiede antibioticoterapia”.

E, peraltro, in sede di contraddittorio peritale, il Collegio peritale formulava specifico riscontro rispetto alle osservazioni del CTP degli attori: *“se è vero che agli esami strumentali del 2/2/2016 fu riscontrato un quadro “polmonite sinistra” e che alla dimissione del 10/2/2016 fu segnalata “polmonite basale sinistra” è altrettanto vero che alla dimissione del 21/3/2016 il paziente risultava aver superato l'infezione polmonare con la terapia antibiotica con Meropenem e Gentamicina (farmaci inefficaci verso Acinetobacter Baumannii), come dimostrato dagli esami del 17/3 dove i Globuli Bianchi risultavano essere perfettamente nella norma (6.100/mmc), con una formula leucocitaria anche normale (N = 61,4%) e Procalcitonina (parametro strettamente correlato alla presenza di una infezione batterica sistemica quando fortemente alterato) entro un range di normalità.*

Inoltre, all'esame colturale refertato il 23/03/2016 , ma prelevato 20/3/ il riscontro dell'Acinetobacter Baumannii è avvenuto in concomitanza con la normalità di tutti i parametri infiammatori e, pertanto, può essere considerato esclusivamente una colonizzazione delle alte vie respiratorie e non l'agente patogeno di una polmonite in quel momento già risolta. Peraltro, si rammenta che l'esame colturale effettuato il 26.2, idoneo secondo lo score di Bartelett, era negativo.

Il continuo riferimento nella documentazione al suddetto agente patogeno è da riferirsi ad una passiva ed acritica trascrizione dei sanitari che si adoperarono nella redazione del documento.

Comportamento certamente censurabile ma non causativo del decesso del sig. Vecchini.



*Come già affermato nell'elaborato, il riscontro dell'erronea attribuzione della polmonite al suddetto patogeno si ottiene attraverso la disamina degli altri suddetti indicatori che attestano la risoluzione del processo con la negativizzazione degli indici infiammatori con farmaci notoriamente inefficaci per *Acinetobacter baumannii* e in epoca antecedente l'inserimento della Colistina*

Ovviamente l'inserimento della Colistina è da ritenersi un comportamento prudente non certamente erroneo da parte dei sanitari ma di fatto risultò inefficace come dimostrato dalla variazione in senso peggiorativo dei parametri riportati in tabella” (pag. 24 della relazione peritale).

Dunque, alla stregua degli accertamenti peritali ampiamente motivati e descritti nella relazione, che trovano fondamento anche nei valori di cui alle analisi in atti, può concludersi che, all'epoca del decesso (o meglio, in data 20.3.2016), ██████████ presentava una colonizzazione di *Acinetobacter baumannii*, che non era stata la causa patogena della polmonite di cui aveva sofferto nel corso dei ricoveri. E, dunque, la polmonite del paziente (refertata sin dai ricoveri di gennaio 2026) era stata trattata diligentemente dai sanitari.

A riprova della perizia medica dei sanitari che avevano avuto in cura il paziente, si osserva che il Collegio peritale ha altresì verificato che, nel caso di specie, erano presenti dei fattori alternativi causalmente connessi all'evento infausto: dunque, il decesso (e la perdita delle *chances* di guarigione) non trova la propria causa nell'omessa e/o tardiva diagnosi e/o cura della polmonite da *Acinetobacter baumannii*, bensì in cause estranee alla condotta medica.

Sul punto, occorre richiamare quanto accertato in sede peritale: “*si conferma che la causa del decesso del Vecchini non possa essere attribuita neppure concausalmente alla concomitante colonizzazione da parte dell' Acinetobacter baumannii, bensì debba essere attribuita al grave scompenso cardiaco, confermato dai reperti strumentali e laboratoristici, refrattari ai trattamenti posti in essere” (p. 24 CTU) e ancora “l'ultimo ricovero del 27 marzo 2016, dovuto ad una riacutizzazione della patologia cardiaca (diagnosi di scompenso cardiaco congestizio in paziente con cardiopatia dilatativa) con dispnea ingravescente, descrive il soggetto in gravi condizioni cliniche, fin dal principio per cui si rese necessaria anche un'emotrasfusione (4.04).*

Il soggetto si presentava soporoso, scarsamente collaborante, scarsamente collaborante, dispnoico con necessità di Ossigenoterapia, abbondanti secrezioni delle vie respiratorie, tuttavia sempre apiretico.

Di seguito si riportano i parametri di rilievo (...)

Strumentalmente all'ingresso furono evidenziate multiple aree di addensamento parenchimale in sede medio basale destra da processo flogistico in atto tenue ipodiafania basale sinistra da verosimile versamento pleurico immagine cardiaca aumentata di dimensioni.



L'esame radiologico del torace del 2 aprile 2016 consentì di identificare un quadro di accentuazione della trama interstiziale e bilaterali aree di sfumato addensamento parenchimale di verosimile naturale flogistica, versamento pleurico bilaterale, congestione vasale ilare bilaterale ed aumento dimensionale dell'immagine cardiaca.

*Tali reperti, in primis, rendono ragione del grave scompenso cardiaco da cui il soggetto era affetto, suffragato dagli elevati valori di BNP evidenziatisi agli esami ematochimici. Ad ogni modo, stante la sovrapposizione di un quadro infettivo a livello polmonare il soggetto fu correttamente trattato fin da subito con Tienam, antibiotico ad ampio spettro appartenente alla famiglia dei carbapenemi e, dal 6.4, anche con colistina, stante la presa visione del pregresso referto dell'esame colturale dell'espettorato che documentava la presenza dell'*Acinobacter baumannii* multiresistente.*

Ciò nonostante, la gravità del quadro clinico era tale che il Vecchini si presentava in condizioni cliniche notevolmente scadute, poi agonico e danurico fino al decesso occorso il 9.04.

*La valutazione dei parametri di infezione, durante il ricovero, consente di affermare che il quadro infettivo manifestato dal soggetto a livello polmonare, non possa essere ricondotto all'AB. Dimostrazione concreta risiede nella remissione degli indici di flogosi, segnatamente la normalizzazione della Procalcitonina, GB e dei neutrofili, evidenziati nel corso di questa degenza fino a due giorni prima del decesso ed in epoca antecedente l'immissione in terapia della Colistina. Appare dunque evidente che la causa del decesso del Vecchini non possa essere individuata nel quadro infettivo polmonare né nella concomitante colonizzazione da parte dell'AB, bensì **può essere attribuita al grave scompenso cardiaco, confermato dai reperti strumentali e laboratoristici, refrattari ai trattamenti posti in essere.***

*Peraltro, il suddetto quadro si inserì su un processo pluripatologico di elevata gravità, tra cui era prevalente la grave insufficienza cardiaca che, tra l'altro, favoriva l'imbibizione polmonare, con conseguente sviluppo di processi flogistici ad eziologia infettiva, e lo svilupparsi dei ripetuti e documentati episodi di **Edema Polmonare** che, nel suo insieme, ha concorso all'inevitabile evoluzione sfavorevole fino all'*exitus del soggetto*" (p. 23 della CTU).*

Dunque, deve ritenersi provata l'assenza di profili colposi nella condotta dei sanitari, sicché l'evento dannoso (il decesso così come la perdita di *chances* di guarigione) deve essere causalmente ricondotto ai fattori alternativi accertati dal CTU (quadro patologico del paziente, caratterizzato da grave scompenso cardiaco, pluripatologia, inibizione polmonare e conseguente sviluppo di processi flogistici ad eziologia infettiva).

Tutti gli interventi e le terapie, analizzati in sede peritale, erano stati, in conclusione, conformi e coerenti con le buone prassi mediche; il quadro pluripatologico del paziente è stato, purtroppo, determinate nella causazione del decesso.



Anche con riguardo alla perdita di *chances* di guarigione si giunge alle medesime conclusioni.

Infatti, considerato che parte attrice censurava le condotte dei sanitari con riguardo all'accertamento diagnostico e alla cura della polmonite *Acinobacter baumannii*, si ritiene che l'accertamento peritale abbia evidenziato che l'evento infausto era stato causato dalle condizioni pluripatologiche del paziente, senza che la presenza dell'*Acinobacter baumannii* sia stata causalmente connessa con la perdita delle possibilità di guarigione.

Dunque, alla luce di quanto emerso in sede istruttoria, si ritiene che l'evento morte e/o la diminuzione delle possibilità di guarigione non siano stati causalmente connessi alla condotta dei sanitari, i quali, anzi, avevano adottato la *leges artis* sia in fase diagnostica che in quella terapeutica.

Con riguardo alle eccezioni di parte attrice, si noti che l'errata refertazione da parte dei sanitari (i quali avevano trascritto la diagnosi di polmonite *Acinobacter baumannii*) non è fatto causalmente connesso all'evento dannoso subito da ██████████ e, dunque, non può essere considerata causa di responsabilità medica. Invero, basti evidenziare che tale responsabilità presuppone la verifica del nesso causale tra la condotta colposa sanitaria e l'evento dannoso, causalità in questo caso assente.

L'errata trascrizione nella cartella clinica, di cui dà altresì atto il CTU, potrà, in ogni caso, essere valutata sotto il profilo delle spese di lite, di cui si dirà nel prosieguo.

È da rigettarsi anche l'eccezione attorea secondo cui l'ammissione e l'espletamento della prova testimoniale in punto di *quantum debeatur* presupponga la già avvenuta valutazione della positiva sussistenza dell'*an debeatur*: invero, le ammissioni istruttorie, lungi dal costituire valutazione vincolante in sede decisionale, sono valutazioni *rebus sic stantibus* nonché giustificate anche da valutazioni strettamente processuali e/o organizzative, quali la possibilità di espletare la prova sul *quantum* in pendenza di un'indagine peritale complessa (così come verificatosi nel presente giudizio).

In conclusione, la domanda di parte attrice deve essere rigettata.

*

Quanto alle spese di lite, considerata la complessità del quadro medico emerso in sede peritale nonché tenuto conto che nella cartella medica era stata annotata la dicitura "polmonite da *Acinetobacter*", poi rivelatesi non congruente alla situazione di fatto (cfr. p. 24 CTU: "*il continuo riferimento nella documentazione al suddetto agente patogeno è da riferirsi ad una passiva ed acritica trascrizione dei sanitari che si adoperarono nella redazione del documento. Comportamento certamente censurabile ma non causativo del decesso del sig. Vecchini*"), circostanza che era stata posta a fondamento della presente azione giudiziaria, si ritiene che, in forza del principio di causalità nel riparto delle spese di lite, debba essere disposta la compensazione integrale delle spese giudiziali *ex art. 92, co. 2, c.p.c.*



██████████ dovrà rimborsare la metà del contributo unificato versato da parte attrice.

Nel rapporto interno tra le parti, per il predetto motivo, anche le spese di CTU devono essere ripartite in via definitiva al 50% tra le parti.

P.Q.M.

Il Tribunale di Sassari, definitivamente pronunciando, ogni altra istanza, eccezione e deduzione disattesa o assorbita, così dispone:

- 1) rigetta le domande di parte attrice;
- 2) compensa integralmente le spese di lite;
- 3) ██████████ dovrà rimborsare la metà del CU versato da parte attrice;
- 4) spese di CTU definitivamente al 50% tra le parti nei rapporti interni.

Sassari, 23.11.2023

Il Giudice

dott.ssa Elisa Remonti

