



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Valentina Boroni
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **45406/2018** promossa da:

arte_1 (C.F.), con il patrocinio dell'avv.
 e dell'avv. () come da procura
in atti; elettivamente domiciliata in presso il difensore avv.

ATTRICE

contro

te_1 (C.F. P.IVA_1), con il patrocinio dell'avv.
 come da procura in atti. , elettivamente
 presso il difensore avv.

CONVENUTO

Oggetto: responsabilità professionale medica

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli depositati in occasione della udienza di precisazione delle conclusioni.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con citazione ritualmente notificata in data 1.10.2018 *Parte_1* ha convenuto in giudizio l'Istituto *Controparte_2* per sentire accertare la sua responsabilità nelle cure prestate in occasione della cura della stenosi dell'uretere sviluppatasi in ragione di una calcolosi renale sinistra per la quale era stata ricoverata in più occasioni presso l'*CP_1* convenuto, a partire dal ricovero del 28.2.2011, senza sortire beneficio anzi sviluppando anche una infezione nosocomiale multiresistente che aveva richiesto numerosi interventi e ricoveri successivi e per sentirlo condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali conseguenti.

L'attrice ha dedotto di essere stata ricoverata presso l'*Organizzazione_1* per una colica renale nel giugno 2010; nel corso del ricovero veniva sottoposta a uretroscopia con frammentazione del calcolo renale con laser e posizionamento di uno stent; dopo pochi giorni veniva nuovamente ricoverata a causa di una infezione urinaria con spostamento dello stent e, a seguito di citoscopia e TC addominale, si procedeva al posizionamento di nuovo stent.

Seguivano altri ricoveri e, il 25.2.2011, a causa di nuova colica renale l'attrice veniva nuovamente ricoverata presso  *Org_1* di Milano con diagnosi di stenosi uretrale sinistra; eseguiti esami diagnostici e verificata con TC idronefrosi sinistra, veniva dimessa in data 26.2.2011 con indicazione di ricovero per intervento di ureterotomia lombare e rianastomasi capo-capo sinistra. Veniva quindi applicato presso la struttura sanitaria *CP_3* di Cernusco sul Naviglio un catetere vescicale.

In data 28.2.2011 l'attrice veniva ricoverata presso l'*Org_2* dove erano eseguiti vari esami (emocultura) ed eseguito intervento di pielografia retrograda sinistra; accertata la ripresa della diuresi attiva la paziente veniva dimessa con prescrizione di terapia antibiotica e fissazione di visita di controllo al 11.3.2011, eseguito con riscontro positivo di buon funzionamento della nefrostomia.

L'attrice tuttavia accedeva al PS dell'*Organizzazione_3* dopo circa un mese, in data 21.4.2011, per iperpiressia settica e sottoposta nuovamente a citoscopia per incannulamento dell'uretere; nella notte compariva un fenomeno ipotensivo e febbre, il quadro settico perdurava con emersione anche di piastrinopenia, fatti che conducevano la paziente in terapia intensiva evidenziandosi altresì un versamento periuretrale; sottoposta a terapia la paziente mostrava un miglioramento; venivano peraltro eseguiti diversi interventi chirurgici per la curettage della raccolta pelvica tuttavia senza esito positivo atteso che l'attrice veniva sottoposta nel mese di maggio a vari interventi di esplorazione e medicazione senza esiti risolutivi.

L'attrice chiedeva quindi di essere dimessa e veniva ricoverata in altro Ospedale, il *Org_4*, dove veniva ricoverata con diagnosi di "deiscenza della ferita chirurgica in paziente con recente shock

settico e Mof. Plurimi interventi di uretro litiotomia complicati da perforazione di uretere; in data 21.4.2011 sottoposta a posizionamento di nefrotomia percutanea sinistra, resezione uretrale segmentale con rianastomosi terminale e posizionamento di tutore sinistro complicato da shock settico per il quale veniva ricoverata in UTI per circa tre settimane. Durante tale ricovero si segnala isolamento di Klebsiella pneumoniae dal drenaggio post operatorio e da vomica vaginale non indagata. Si segnala altresì isolamento di germi intestinali dal drenaggio chirurgico in assenza di fistola enterica ed escherichia coli dalla punta della nefrotomia”.

Seguivano accertamenti ed ulteriori interventi tra cui anche, in data 1 agosto 2011, un nuovo intervento di pielografia e di posizionamento di catetere uretrale sinistro ; si proseguiva il trattamento antibiotico in quanto la Klebsiella si mostrava molto resistente e complicata dalla presenza di almeno due ceppi (si manifestavano episodi febbrili anche a settembre 2011 e ad ottobre 2011 veniva posizionato CVC in vena per la prosecuzione della terapia).

In esito il 14.11.2011 la paziente veniva dimessa. Nel certificato di dimissione si annotava anche una situazione di “depressione reattiva”.

La difesa, sulla base delle risultanze della consulenza tecnica di parte eseguita dai dott. *Persona_1* e dal dott. *CP_4* ha lamentato la negligente dimissione della paziente a seguito del ricovero del 25 febbraio 2011 (da altra struttura rispetto alla convenuta) a fronte di uno stop completo del flusso urinario essendo mandatario in quel momento procedere a porre rimedio al rischio di una sepsi urinaria grave con deterioramento della funzionalità renale, lamentando che al successivo accesso all’*Org_2* del 28.2.2011 venne tardivamente posizionata un nefrostomia tanto che a causa di tale ritardo si determinò uno stato acuto settico che costrinse poi i sanitari alla esecuzione dell’intervento chirurgico di asportazione del tratto stenotico dell’uretere e ricostruzione con uretro – ureteromia in data 21.4.2011 (in ritardo e su paziente con acuta infezione in atto) con successivo shock settico unito a infezione nosocomiale; quest’ultima poi venne curata con somministrazione inadeguata di terapia antibiotica e con insufficiente somministrazione di liquidi endovenosi.

A seguito di tali condotte negligenti la difesa della attrice ha lamentato dunque l’insorgere di una invalidità permanente, pari al 30%, di una inabilità temporanea 340 giorni – con necessaria personalizzazione del danno anche in ragione del rilevante profilo psichico segnalato da altro specialista di parte, dott. *Per_2* ; ha lamentato il patimento anche di un danno patrimoniale legato alla mancata esecuzione della attività lavorativa di libera professionista per diversi mesi e il danno patrimoniale determinato dagli esborsi per cure mediche.

Di tutti i danni ha chiesto il risarcimento al convenuto.

Si è costituito *Organizzazione_3* contestando la ricostruzione attorea e rilevando come *Org_2* avesse posto in essere prestazioni diligenti e in linea con le buone pratiche mediche adottando anche tutte le cautele del caso, in aderenza alle migliori pratiche volte alla prevenzione delle infezioni nosocomiali, al fine di evitare la contrazione di infezioni intra e post operatorie; ha osservato che l'attrice aveva una condizione pregressa significativa per il ricorrere di infezioni di pertinenza urologica atteso che dal 2005 al 2011 ella si era recata per ben nove volte al PS lamentando problemi urologici relativi a calcolosi renale sinistra con grave quadro di infezione tanto da poter affermare che l'attrice fosse portatrice di una infezione attiva sintomatica. Ciò spiegherebbe l'esito dell'intervento dell'aprile 2011. Ha in ogni caso osservato come congruente con le linee guida e le buone prassi mediche fosse stata l'esecuzione dell'intervento dell'aprile 2011 contestando l'allegato ritardo, il valore probatorio della consulenza di parte e la sussistenza nonché la quantificazione dei danni allegati con particolare riferimento alla personalizzazione del danno e del danno patrimoniale, in assenza di prova in ordine agli stessi. Ha anche contestato la durata della inabilità temporanea ed ha chiesto in definitiva il rigetto della domanda, in subordine la limitazione del danno .

Ha infine chiesto la autorizzazione alla chiamata in giudizio dell'Istituto clinico *Org_1* ove la attrice si era recata in data 25.2.2011, tre giorni prima del ricovero presso *Org_*, e dal quale come rilevato dai CTP attorei , ella era stata negligenemente dimessa.

Nel corso della prima udienza di comparizione, in data 8.1.2019, respinta la richiesta di chiamata del terzo *Organizzazione_1* , sono stati assegnati, come richiesti, i termini ex art. 183 sesto comma cpc; all'esito è stata disposta CTU medico legale con nomina dei dottori *Persona_3* medico legale e *Persona_4* specialista in urologia; all'esito del deposito dell'elaborato peritale, avvenuto in data 26.6.2020, sentite le parti, il Giudice ha ritenuto completa l'istruttoria e ha fissato udienza di precisazione delle conclusioni all'udienza del 2.3.2022 poi anticipata al 7.7.2021 su istanza della difesa attorea. In tale udienza la causa è stata trattenuta in decisione con assegnazione dei termini ex art. 190 cpc alle parti.

Con successivo provvedimento dell'11.11.2021, depositato il 2.12.2021, la causa è stata riassegnata a nuovo giudice il quale con provvedimento in data 3.12.2021 ha fissato quale nuova udienza di precisazione delle conclusioni quella del 18.1.2022. In tale sede le parti hanno rinunciato al deposito di nuove memorie conclusionali, riportandosi a quelle già depositate in occasione della precedente udienza di pc e la causa è stata trattenuta in decisione.

Le domande di parte ricorrente sono fondate nei limiti che seguono.

1. Sulla responsabilità sanitaria: cenni.

Merita, in primo luogo, premettere brevi cenni in materia di responsabilità sanitaria, sia con riferimento alla responsabilità della struttura sanitaria.

Il consolidato orientamento della Suprema Corte inserisce la responsabilità della struttura sanitaria nell'alveo della responsabilità contrattuale, posto che l'accettazione del paziente nella struttura comporta la conclusione di un contratto atipico di ospitalità. L'obbligazione scaturente dal contratto, genericamente detta di assistenza sanitaria, ha un contenuto complesso, perché comprende sia la prestazione medica o chirurgica principale sia una serie di obblighi accessori, consistenti nella messa a disposizione del personale medico, ausiliario e infermieristico, dei medicinali e delle attrezzature tecniche necessarie e nelle prestazioni *lato sensu* alberghiere comprendenti il ricovero e la fornitura di alloggio, vitto e assistenza al paziente fino alla sua dimissione (cfr. Cass. 19541/2015).

La struttura medica risponde, quindi, a titolo contrattuale per la mancata o scorretta esecuzione di ciascuna delle prestazioni ricomprese nell'obbligazione assunta, ivi inclusa la prestazione medica principale.

Più recentemente, la Suprema Corte (cfr. Cass. 28987/2019) ha precisato che il medico opera pur sempre nel contesto dei servizi resi dalla struttura presso cui svolge l'attività, che sia stabile o saltuaria, per cui la sua condotta negligente non può essere agevolmente "isolata" dal più ampio complesso delle scelte organizzative, di politica sanitaria e di razionalizzazione dei propri servizi operate dalla struttura, di cui il medico stesso è parte integrante; ne consegue che, se la struttura si avvale della "collaborazione" dei sanitari persone fisiche si trova a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati: la responsabilità di chi si avvale dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già in una colpa "*in eligendo*" degli ausiliari o "*in vigilando*" circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (cfr. Cass. 6243/2015), realizzandosi, e non potendo obliterarsi, l'avvilimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (cfr. Cass. 12833/2014).

È esclusa la responsabilità della struttura sanitaria solo nei casi del tutto eccezionali di inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile e oggettivamente improbabile devianza del comportamento del medico da quel programma condiviso di tutela della salute che accomuna egli alla struttura sanitaria (cfr. Cass. 28987/2019).

Tutto ciò premesso, la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria per l'inadempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospitalità deve essere inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c.

Le conseguenze in punto di ripartizione dell'onere probatorio sono chiare: incombe sul danneggiato l'onere di fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato – sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile.

Sempre a proposito di onere della prova, la Corte di Cassazione ha sottolineato come *"in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente per danni derivanti dall'esercizio di attività di carattere sanitario, il paziente ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato il suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno"* (cfr. Cass. 15993/2011).

2. Sulla responsabilità sanitaria: merito.

Ciò premesso, si osserva come parte attrice abbia provato il contratto con l'odierna parte convenuta. Dalla documentazione prodotta risulta, infatti, che la attrice risulta pacificamente essere stata ricoverata e sottoposta a plurimi interventi chirurgici presso la struttura convenuta.

Con riferimento, invece, all'accertamento delle condotte colpose dei sanitari, della sussistenza del danno e del relativo nesso causale occorre fare riferimento alla relazione tecnica redatta dal dott.

Per_3 e dal dott. *Per_4*

I consulenti, dopo avere effettuato una puntuale ricognizione delle risultanze documentali e della storia clinica della paziente, hanno accertato quanto segue.

-La signora *Pt_1* era, prima dei fatti oggetto di contestazione, portatrice di una stenosi ureterale sinistra ostruente causata in altra sede, con impattamento di una formazione litiasica. Da tale sede ospedaliera fu dimessa e rinviata a domicilio in data 26/02/2011, con indicazione a successiva ricostruzione ureterale, senza che venissero presi provvedimenti idonei al temporaneo drenaggio delle vie urinarie;

-ella accedeva quindi, in comprovato stato settico, in data 28/02/2011 al [REDACTED] dell' [...]

Organizzazione_3 di Milano e veniva ricoverata presso il reparto di Urologia. Qui, correttamente, veniva impostata una terapia antibiotica empirica con levofloxacin e, in data 03/03/2011, dopo un tentativo infruttuoso di cateterizzazione ureterale per via retrograda, veniva posizionata una nefrostomia (catetere renale percutaneo) a scopo drenante. Veniva quindi dimessa il 07/03/2011, apiretica ed in discrete condizioni generali, con indicazione a prosecuzione della terapia antibiotica con

levofloxacin ed a controlli successivi per pianificare la risoluzione del quadro ostruttivo-stenotico ureterale;

-poiché la sig.ra **Pt_1** immediatamente prima dei fatti in contestazione è stata descritta come una paziente affetta da obesità che presentava una complessa storia pregressa di calcolosi urinaria, pluritrattata, complicata da infezioni plurime delle vie urinarie, già portatrice di un documentato laparocele delle dimensioni di cm. 6x7, i Consulenti, avuto riguardo al ricovero del 21 aprile 2011, hanno chiaramente rilevato che “i sanitari del reparto di Urologia dell' **Organizzazione_3** durante la degenza iniziata il 21/04/2011, si sono trovati una paziente che presentava una “stenosi iatrogena dell'uretere medio-distale sinistro secondaria a reiterata chirurgia endoscopica sull'uretere per litiasi. Portatrice di catetere nefrostomico sinistro dal 3/3/2011”; con la conseguenza che si trattava di una storia di infezione complicata delle vie urinarie tutt'altro che infrequente,”ovvero infezioni che si verificano nel contesto di anomalie strutturali o funzionali del tratto genito-urinario. In questi casi i microrganismi isolati sono i più vari e dimostrano una maggiore prevalenza di resistenza antimicrobica rispetto alle infezioni del tratto urinario non complicate. In genere il successo a lungo termine del trattamento antibiotico dipende comunque dalla possibilità o meno di correggere l'anomalia genito-urinaria sottostante, anche quando l'agente patogeno sia sensibile alla terapia prescelta”;

-premesse quindi detto quadro clinico antecedente al ricovero dell'aprile 2011, i CTU hanno tuttavia osservato che tale quadro, ben noto ai sanitari della struttura convenuta, avrebbe imposto alcune cautele di base che, nella specie, non vennero adottate. In particolare i CTU hanno osservato che “correttamente venne consigliato un intervento di ricanalizzazione ureterale. Questo prevedeva un iniziale ulteriore tentativo per via endoscopica di rimuovere il calcolo e dilatare la stenosi ureterale. In caso di insuccesso era prevista la rimozione del calcolo con escissione della stenosi e successiva ricostruzione ureterale per via chirurgica, come peraltro già proposto nella sede ospedaliera precedente. Tuttavia, pur essendo i curanti certamente a conoscenza della storia clinica della paziente, dei suoi ripetuti episodi settici e delle sue associate comorbidità, negli esami preoperatori manca agli atti l'esecuzione di un esame delle urine ed una urinocoltura, ovvero una serie di esami che oltre ad essere necessari per buona pratica clinica, sono raccomandati anche dalle linee guida della [...]

Organizzazione_6 .” Peraltro utilmente tali esami sarebbero dovuti essere eseguiti su campioni raccolti sia da minzione per via uretrale che dal catetere nefrostomico (“Stone and pelvic urine culture and sensitivity are better than bladder urine as predictors of urosepsis following percutaneous nephrolithotomy: a prospective clinical study” J Urol 2005)... Tali esami, non presenti agli atti, nemmeno riportati indirettamente in anamnesi, e pertanto ai fini di questa perizia da considerare non eseguiti, avrebbero permesso l'individuazione di specie batteriche resistenti, come poi effettivamente

rivelatosi, indirizzando precocemente verso una terapia antibiotica mirata fino, se possibile, a sterilizzazione pre-operatoria delle urine del rene sinistro, dilazionando nel caso l'intervento chirurgico ricostruttivo proposto, non più urgente in quanto le urine del rene interessato erano già drenate dal catetere nefrostomico opportunamente posizionato”.

-Questo approccio ad avviso dei consulenti dell'ufficio aveva due non derogabili motivazioni: “1. Gli interventi ricostruttivi necessitano di tessuti sterili per una adeguata guarigione ed un risultato funzionale ottimale; 2. La paziente aveva una lunga precedente anamnesi di infezioni complicate delle vie urinarie ed era altresì affetta da significative comorbidità e quindi maggiormente a rischio di sviluppare infezioni post-operatorie. A nulla, in ottica difensiva, vale il fatto (sottolineato dai C.T. convenuti) che la signora *Pt_1* fosse apiretica il mattino dell'intervento (21 aprile 2011) o che gli esami ematici pre-operatori, peraltro eseguiti circa un mese prima, fossero nei limiti (peraltro in essi mancano i suddetti esami urinari). È invece elevata la probabilità che i germi poi isolati fossero già presenti nelle urine e che non dessero sintomatologia acuta in quanto puntualmente drenati dal catetere nefrostomico ma che, una volta contaminato il campo operatorio, abbiano dato luogo ad un grave stato settico postoperatorio. L'ipotesi patogenetica più plausibile del decorso sfavorevole del caso è pertanto la seguente: 1. che la paziente avesse urine infette, positive verosimilmente all' *Persona_5* batterio di tipico riscontro nelle infezioni urinarie complicate, poi effettivamente evidenziato alla emocoltura del 22/04/2011 (I campione delle ore 15.10), nella coltura della punta della nefrostomia del 25/04/2020 e negli esami colturali del drenaggio e delle sue secrezioni del 26/4/2011. Tale patogeno era resistente alla levofloxacina utilizzata sia come profilassi preoperatoria che come terapia antibiotica perioperatoria; 2. che nelle manovre di scollamento si sia prodotto un piccolo ematoma perirenale, complicanza questa non prevedibile e non prevenibile, nonché comune in questo tipo di interventi, soprattutto nelle condizioni anatomiche particolarmente difficili legate ai numerosi precedenti chirurgici complicati eseguiti in altra sede; 3. che, anche data la qualità dei tessuti, abbia potuto continuare a filtrare urina infetta dalla piccola controapertura utilizzata dal chirurgo per far fuoriuscire il cateterino ureterale sinistro, peraltro verosimilmente malfunzionante dati i reperti TC di dilatazione delle vie escrettrici e di urinoma periureterale (24/4; 27/4; 29/4). Tale situazione fu poi risolta in data 29/04/2011 con la sua sostituzione con un tutore fatto fuoriuscire questa volta dal canale uretrale; 4. che i batteri presenti nelle urine, non inibiti da una profilassi antibiotica efficace (vista gli esami colturali successivi), abbiano contaminato i tessuti operati anche attraverso la suddetta piccola soluzione di continuo ureterale, prodotta consapevolmente per far fuoriuscire il cateterino di drenaggio delle cavità renali”.

-Tali eventi hanno continuato i CTU “verosimilmente hanno condotto allo stato di shock settico post-operatorio per il quale la paziente necessitò successivamente di un lungo ricovero in terapia intensiva. Gli stessi hanno inoltre determinato la formazione di un’ampia raccolta purulenta sottocutanea, poi evoluta in cellulite ed infine in fascite necrotizzante. Questo ha reso necessario in data 27/04/2011 un primo intervento di drenaggio e toelette delle cavità retro peritoneali, con utilizzo di un “Vacuum device” per il drenaggio dei fluidi infetti poi, come descritto, perfezionato in ulteriori interventi successivi, che non portarono comunque ad una risoluzione del quadro”.

-Aggiungono infine i consulenti che “a tale sfavorevole evoluzione contribuì la sovrapposizione di ulteriori multiple documentate infezioni, molto verosimilmente di origine nosocomiale (germi con profili di evidente marcata antibiotico-resistenza), tutti comparsi dopo gli interventi chirurgici eseguiti successivamente, fatto di per sé sufficiente ad integrare profili giuridici rilevanti, che non si sviluppano ulteriormente in quanto assorbiti dalla censura già espressa sulla mancata verifica e bonifica preoperatoria del quadro microbico. Questo determinò la formazione di un grave quadro di cellulite locale, successivamente evoluto in fascite necrotizzante, che richiese un approccio sempre più aggressivo, con ampie manovre chirurgiche di scollamento e drenaggio dei piani muscolo-fasciali toraco-addominali, oltre che un progressivo adeguamento della terapia antibiotica”.

In conclusione i consulenti hanno accertato quale profilo di negligenza la carente diagnostica preoperatoria preparatoria all’intervento del 21 aprile 2011; essi peraltro hanno osservato che si può riscontrare, nella storia clinica della paziente, anche una chiara origine nosocomiale di alcune delle infezioni poi sviluppatesi nel post operatorio e fino al novembre 2011 da ritenersi peraltro assorbite, da un punto di vista eziologico rispetto alla evoluzione della patologia, dal profilo di negligenza ravvisato.

Quanto alle conseguenze dannose i consulenti dell’ufficio hanno rilevato che “La signora Pt_1 è ora affetta soprattutto da un laparocele permagno occupante l’emiaddome ed il fianco di sinistra, con completo sventramento ed apprezzabile matassa intestinale sottocutanea, oltre a rilevanti esiti cicatriziali, con nocumento biologico sia funzionale sia estetico. Il danno biologico è così valutabile: invalidità temporanea assoluta: 200 giorni; invalidità temporanea parziale mediamente al 75%: 30 giorni; invalidità temporanea parziale mediamente al 50%: 30 giorni; Il danno biologico permanente ora in atto è pari al 30%, tenuto conto, non per somma matematica come consolidata dottrina impone, del danno estetico da porsi al limite tra la III e la IV classe come proposte nelle citate Linee Guida sella SIMLA (si veda pagina 587 e 588) e dei riverberi disfunzionali. E’ però anche da dirsi che preesisteva un laparocele, ben più piccolo dell’attuale, di circa centimetri 6×7 che, verificata la medesima guida a

pagina 342, deve essere valutato come danno biologico preesistente del 7%, appunto preesistente e quindi non conseguenza dei comportamenti censurati”.

Hanno sostanzialmente escluso la possibilità di un interventi ad emenda anche parziale, considerato ad altissimo rischio; non hanno pertanto evidenziato spese future compatibili.

L'accertamento peritale è stato fortemente contrastato dai CTP di parte convenuta i quali hanno, quanto al primo addebito, osservato che in fase di posizionamento di nefrostomia il 3.3.2011, al fine di impostare una corretta terapia antibiotica e conseguente sterilizzazione pre-operatoria delle urine del rene sinistro, la sig.ra **Pt_1** era stata sottoposta a 3 campionamenti di emocoltura e ad esame urine con sedimento al momento del ricovero in data 28.2.2011, tutti accertamenti risultati negativi, evidenziando come esista una “elevata concordanza tra emocoltura ed urinocoltura e che attualmente la prima risulta ormai essere il gold standard nella diagnosi microbiologica della sepsi e/o febbre di origine ignota; del resto alla dimissione in marzo era stata somministrata alla paziente forte terapia antibiotica e la stessa si mostrava apiretica ad aprile; hanno inoltre rilevato come la situazione della paziente fosse grave e inopportuna l'attesa della evoluzione positiva della terapia antibiotica mentre mandataria la procedura chirurgica.”.

A fronte di tale rilievo i consulenti dell'ufficio hanno risposto che l'esame delle urine e la urinocoltura, proprio date le condizioni di facilità ad infezioni della paziente, si sarebbero dovuti svolgere immediatamente prima dell'intervento del 21 aprile, non essendo sufficiente quanto eseguito circa due mesi prima (e comunque l'esame urine eseguito in occasione del posizionamento di nefrostomia non era negativo ma evidenziava un'importante microematuria e leucocituria (C.Cl. pag 37/71).

Hanno quindi considerato che le raccomandazioni delle linee guida riportate dai consulenti di parte si riferiscono senza possibilità di fraintendimento ai paragrafi relativi al trattamento in urgenza di uno stato settico grave di origine urinaria/ostruttiva circostanza che non ricorreva con riguardo all'intervento, eseguito in elezione, il 21 aprile 2011.

I CTU hanno infine concordato con i CTP nell'evidenziare come le condizioni della sig. **Pt_1** fossero compromesse a causa di un precedente intervento eseguito in altra struttura, tuttavia hanno osservato che tale situazione sotto il profilo del danno accertato in differenziale era stata ben considerata nella indagine peritale e che tuttavia proprio tale condizione, invece che costituire l'origine dei danni patiti dalla attrice, doveva costituire segnale di allarme per una migliore attenzione al profilo infettivo (ed avrebbe pertanto giustificato l'esecuzione di ulteriori controlli pre operatori).

Nessuna osservazione è pervenuta dai consulenti di parte attrice di modo che le conclusioni formulate nella relazione preliminare sono state interamente confermate dai CTU.

L'accertamento merita piena condivisione.

I consulenti, dando ampio e dettagliato conto non solo dell'intera documentazione esaminata e delle sue singole risultanze, ma anche della bibliografia specifica a sostegno delle affermazioni svolte, hanno consentito di approdare ad una lettura conclusiva del caso del tutto convincente. Essi hanno dato conto della indicazione corretta all'intervento e della sua corretta esecuzione, sottolineando tuttavia che la complicanza settica che ne è seguita sarebbe con alta probabilità stata evitata se prima dell'intervento di aprile fosse stata effettuata una indagine a mezzo urinocultura con evidenziazione della peculiare situazione infettiva in essere e che, se nota, si sarebbe dovuta trattare con opportuna terapia antibiotica mirata prima di procedere all'intervento che, naturalmente, avrebbe comportato un interessamento dei tessuti oggetto della operazione con il materiale infetto.

La precedente situazione di facilità infettiva della paziente, avrebbe dovuto portare i sanitari ad effettuare tale verifica nell'immediatezza dell'intervento senza considerare sufficiente l'esame effettuato due mesi prima.

Il profilo di negligenza è stato approfondito sia con il richiamo a Linee Guida specifiche sia alla buona prassi medica e neppure è stato seriamente contestato atteso che le critiche dei CTP si sono appuntate se mai sul profilo della urgenza dell'intervento rispetto all'attesa prevedibile in ordine agli effetti positivi della terapia antibiotica.

Anche questo profilo è stato tuttavia affrontato e sciolto dai consulenti dell'ufficio che hanno evidenziato come non vi fosse alcuna urgenza nell'intervento eseguito nell'aprile 2011 essendo in sede il catetere nefrostomico che ben avrebbe potuto consentire il drenaggio della diuresi.

Va quindi accertata una condotta negligente in capo alla struttura convenuta di negligente esecuzione delle attività in sede pre operatoria condotta alla quale segue in nesso di causa il danno consistente nel sostanziale fallimento delle successive operazioni volte a debellare la grave sepsi in cui si venne a trovare la paziente a seguito della infezione dei tessuti oggetto di intervento prima della bonifica della infezione, situazione che poi produsse le gravi conseguenze a cascata descritte .

Il legame eziologico con i danni accertati in capo alla paziente non è escluso dalla circostanza che ella presentasse una situazione invalidante già in precedenza anche a causa di una condotta non conforme di altra struttura sanitaria.

La difesa di parte convenuta ha in più occasioni richiesto che nel presente procedimento venisse coinvolta anche la struttura presso la quale nell'immediato precedente ai fatti di causa si era rivolta l'attrice (Controparte_5); tuttavia proprio l'accertamento svolto dai CTU ha consentito di avvalorare la scelta del giudice istruttore di non dare luogo all'ulteriore ampliamento del

contraddittorio avendo i consulenti ravvisato un profilo di colpa specifico in capo alla struttura convenuta di per sé solo determinante rispetto alla grave situazione di shock settico verificatosi ed alla lunga sequela di interventi e terapie poste in essere in favore della attrice.

Il riferimento all'intervento della struttura terza è stato invece valutato, del tutto correttamente, dai CTU nel momento in cui si è apprezzato il danno attuale in capo alla paziente e la sua riconducibilità alla condotta contestata come negligente; si è proceduto alla valutazione infatti di un danno di carattere differenziale che consente alla convenuta di non essere gravata da conseguenze dannose riferibili ad altri soggetti.

In comparsa conclusionale la difesa di parte convenuta ha insistito anche per la rinnovazione della indagine peritale lamentando che i consulenti non hanno valutato la documentazione depositata dalla convenuta in ordine alla adozione di protocolli volti alla prevenzione delle infezioni nosocomiali. La lamentela non ha pregio. Nel corso della relazione peritale si dà ampio conto del fatto che, impregiudicata la sussistenza della contrazione da parte della attrice di varie infezioni nosocomiali durante la sua degenza presso *Org_2*, esse non hanno avuto alcun rilievo rispetto al verificarsi dello shock settico immediatamente dopo l'intervento del 21 aprile 2011 e determinato dalla negligente condotta sopra descritta di mancata preventiva indagine della situazione infettiva nelle urine della paziente, al più aggiungendosi nella sequela della lunga e difficile (si consideri anche il duplice ricovero in terapia intensiva per periodo non brevi) ripresa della paziente.

Accertata pertanto la condotta negligente e il nesso di causa rispetto alla situazione di shock settico cagionata alla paziente va accertato il danno patito.

I consulenti hanno accertato che la attrice ha sviluppato un laparocele permagno occupante l'emiaddome ed il fianco di sinistra, con completo sventramento ed apprezzabile matassa intestinale sottocutanea, oltre a rilevanti esiti cicatriziali, con nocumento biologico sia funzionale sia estetico.

Il danno biologico permanente in atto è stato valutato pari al 30%, “tenuto conto, non per somma matematica come consolidata dottrina impone, del danno estetico da porsi al limite tra la III e la IV classe come proposte nelle citate Linee Guida della SIMLA (si veda pagina 587 e 588) e dei riverberi disfunzionali”; il danno temporaneo è stato così valutato: invalidità temporanea assoluta: 200 giorni; invalidità temporanea parziale mediamente al 75%: 30 giorni invalidità temporanea parziale mediamente al 50%: 30 giorni.

Con riguardo al danno biologico permanente va rimarcato il rilievo che già prima dell'intervento la paziente presentasse un laparocele, ben più piccolo dell'attuale, di circa centimetri 6×7 che, verificata la medesima guida a pagina 342, deve essere valutato come danno biologico preesistente del 7%.

L'accertamento, precisato anche nell'aspetto descrittivo, merita completa adesione (e non risulta del resto specificatamente contestato).

3. La liquidazione del danno

Sui **danni non patrimoniali** si osserva quanto segue.

Si ritiene di adottare quale parametro di riferimento per la liquidazione del danno le tabelle elaborate da questo tribunale e comunemente adottate per la liquidazione equitativa ex art. 1226 c.c. del danno non patrimoniale derivante da lesione dell'integrità psico/fisica (criterio di liquidazione condiviso dalla Suprema Corte – cfr. Cass. 7/6/2011 n. 12408 e Cass. 22/12/2001 n. 28290).

Si rammenta peraltro che tali “tabelle milanesi” nella loro versione più aggiornata (2021) distinguono il danno biologico dal danno morale del quale offrono una quantificazione “ragionata” percentuale.

Con riferimento al danno biologico temporaneo, applicando i parametri desumibili dalle tabelle del Tribunale di Milano nell'ultima versione disponibile aggiornata al 2021 e delle percentuali riconosciute (200 giorni assoluta; 30 al 75% e 30 al 50%), coerenti con la storia clinica della paziente, si reputa equo liquidare **l'importo di euro 30.875,00 (importo giornaliero euro 130,00 tenuto conto della grave sofferenza fisica patita).**

Con riferimento al danno biologico permanente, tenuto conto dell'età della danneggiata al momento dei fatti (47 anni), applicando i parametri desumibili dalle tabelle del Tribunale di Milano nell'ultima versione disponibile aggiornata al 2021 e della percentuale riconosciuta (30 % con danno differenziale rispetto alla compromissione di partenza pari al 7%) , si reputa equo liquidare la somma di **euro 89.824,00.**

Con riguardo al calcolo del danno differenziale si fa riferimento al principio affermato da Cass. Sez. 3 - , *Sentenza n. 26117 del 27/09/2021* (Rv. 662497 - 01) in base al quale “In tema di responsabilità medica, nell'ipotesi in cui il danneggiato abbia subito, in seguito a cure incongrue causate dall'imperizia dei sanitari, l'aggravamento dei postumi di lesioni personali riportate in conseguenza di un infortunio sul lavoro (nella specie, sinistro stradale "in itinere" non ascrivibile a responsabilità di terzi), la liquidazione del danno derivante dal predetto aggravamento (cd. "danno iatrogeno differenziale") va operata, per un verso, secondo il criterio per cui l'indennizzo per danno biologico permanente erogato dall' CP_6 a causa dell'infortunio, va detratto dal credito aquiliano per danno biologico permanente vantato dalla vittima nei confronti del terzo responsabile, al netto della personalizzazione del danno morale e, per altro verso, secondo il criterio per cui, ove l'indennizzo sia stato erogato sotto forma di rendita, la detrazione deve avvenire sottraendo dal credito civilistico il cumulo dei ratei già

riscossi e del valore capitale della rendita ancora da erogare, al netto dell'aliquota destinata al ristoro del danno patrimoniale; pertanto, il "danno iatrogeno" va liquidato monetizzando, dapprima, il grado complessivo di invalidità permanente accertato "in corpore", indi il grado verosimile della predetta invalidità che sarebbe residuo dall'infortunio anche in assenza dell'errore medico, poi, detraendo il secondo dal primo. Il credito residuo vantato verso il responsabile dalla vittima che abbia percepito un indennizzo dall' CP_6 va determinato, infine, sottraendo dal risarcimento per "danno iatrogeno" solo l'eventuale eccedenza dell'indennizzo CP_6 rispetto al controvalore monetario del danno-base, cioè del danno che comunque si sarebbe verificato anche in assenza dell'illecito”.

L'importo così individuato merita adeguata personalizzazione.

In punto di personalizzazione del danno si osserva quanto segue.

Le allegazioni difensive in ordine alle ricadute sotto il profilo psicologico e legate al peculiare periodo di vita della paziente, tenuto conto della componente estetica che è stata senza dubbio aggravata dalle conseguenze legate all'intervento – dolorose anche sotto il profilo fisico e come tali preclusive ragionevolmente rispetto alla spinta verso la creazione di nuove amicizie ed alla componente della stima di sé, - consentono di riconoscere alla odierna ricorrente una personalizzazione del danno biologico sopra riconosciuto nella misura massima. Anche la Suprema Corte, d'altronde, si è recentemente espressa nei seguenti termini: “al di fuori del circoscritto ed eccezionale ambito delle micro-permanenti, l'aumento personalizzato del danno biologico è circoscritto agli aspetti dinamico relazionali della vita del soggetto in relazione alle allegazioni e alle prove specificamente addotte, del tutto a prescindere dalla considerazione (e dalla risarcibilità) del danno morale. Senza che ciò costituisca alcuna "duplicazione risarcitoria. In altri termini, se le tabelle del danno biologico offrono un indice standard di liquidazione, l'eventuale aumento percentuale sarà funzione della dimostrata peculiarità del caso concreto in relazione al vulnus arrecato alla vita di relazione del soggetto” (cfr. Cass. 11851/2015) e più recentemente Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 5865 del 04/03/2021 (Rv. 660926 - 01) “in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegare e provate dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento”.

Si ritiene, infatti, che le peculiarità della fattispecie occorsa alla attrice, ben descritte nel ricorso introduttivo in termini di pregiudizio di reputazione del sè e relazionale e mai contestate dalla difesa di parte resistente, dimostrino che la sig. **Pt_1** ha subito una modificazione della propria vita relazionale più radicale rispetto a quella che si attende in casi consimili tenuto conto della forte componente psicologica conseguente alla lunga e dolorosa ospedalizzazione (che trova riscontro non solo nella relazione di consulenza tecnica di parte del dott. **Per_2** ma anche nella lettera di dimissioni dall' **Org_7** **Org_4** che segnala “depressione reattiva”) e alla circostanza che ella sia stata sottoposta a numerosi interventi chirurgici con tenui speranze di guarigione; si noti anche che il recupero fisiologico è stato documentato essersi svolto con maggiori difficoltà ciò che comporta nell’attualità limitazioni aggravate rispetto alla normalità dei casi.

Il danno biologico permanente deve essere, così, personalizzato al 25%, giungendo all’importo di euro **€ 112.277,00, somma alla quale si aggiunge quanto liquidato a titolo di danno per inabilità temporanea e pari ad euro 30.875,00 (per un complessivo pari ad euro 143.152,00).**

Quanto al danno morale si osserva quanto segue.

Tale componente di danno risulta senza dubbio sussistente alla luce delle espressioni riportate in motivazione che danno conto della sofferenza interiore che la ricorrente ha patito in relazione all’andamento non previsto e peggiorativo della propria integrità psico fisica dell’intervento unitamente al ragionevole sconforto legato alla mancata risoluzione tempestiva della patologia che ha comportato una lunga e debilitante ospedalizzazione con continue ricadute..

In adesione alle più recenti pronunzie della Corte di legittimità (cfr sentenza n. 901/2018) che, mediante un’interpretazione sistematica, approdano alla definitiva scorporazione del danno morale da quello biologico, può ritenersi che nel caso di specie vi siano elementi che conducono a ritenere sussistente una componente di danno riferibile al danno morale .

A tale titolo si liquidano **euro 28.630,40**

Per un totale complessivo di danno biologico e morale pari ad euro 171.782,40

Deve essere, infine, riconosciuto il danno derivante dal mancato tempestivo godimento dell’equivalente pecuniario che, in difetto di diversi elementi probatori, si ritiene di compensare adottando quale parametro quello degli interessi legali da calcolarsi, secondo l’insegnamento delle Sezioni Unite della Suprema Corte (n.1712/95), sulla somma via via rivalutata dalla produzione dell'evento di danno sino a oggi, tempo della liquidazione. Così, tenuto conto di questo criterio - previa devalutazione alla data del fatto della somma espressa in moneta attuale - vanno aggiunti alla somma via via rivalutata annualmente gli interessi compensativi nella misura legale dall’evento fino alla data odierna. Da oggi,

giorno della liquidazione, all'effettivo saldo decorrono gli interessi legali sulla somma sopra liquidata complessivamente.

Con riferimento ai **danni patrimoniali** si osserva quanto segue.

Non sono state documentate somme per esborsi dovuti a necessità di cura.

Sono stati richiesti danni di carattere patrimoniale in relazione al mancato guadagno derivante dalla obbligata inattività.

Ora con riguardo a detta voce di danno, patrimoniale, la Giurisprudenza della Corte di Cassazione, con orientamento ormai consolidato, ha affermato che Sez. 3 - , Sentenza n. [16913](#) del 25/06/2019 (Rv. 654432 – 02) secondo cui “Il danno patrimoniale futuro da perdita della capacità lavorativa specifica, in applicazione del principio dell'integralità del risarcimento sancito dall'artt. 1223 c.c., deve essere liquidato moltiplicando il reddito perduto per un adeguato coefficiente di capitalizzazione, utilizzando quali termini di raffronto, da un lato, la retribuzione media dell'intera vita lavorativa della categoria di pertinenza, desunta da parametri di rilievo normativi o altrimenti stimata in via equitativa, e, dall'altro, coefficienti di capitalizzazione di maggiore affidamento, in quanto aggiornati e scientificamente corretti, quali, ad esempio, quelli approvati con provvedimenti normativi per la capitalizzazione delle rendite previdenziali o assistenziali oppure quelli elaborati specificamente nella materia del danno aquiliano.

Nel caso di specie, anche accedendo alla circostanza che l'attrice esercitasse una attività lavorativa in qualità di professionista, del tutto ignoto è rimasto il profilo relativo ai redditi della stessa di modo che non può affermarsi sussista un danno patrimoniale che non può fondarsi su alcun parametro di riferimento in assenza di documentazione attestante il pregresso esercizio e la sua redditività.

Le spese

Le spese di lite dell'odierno giudizio seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo, tenuto conto del valore della causa come accertato in sentenza e dei criteri di cui al D.M. 55/2014 e successive modificazioni.

Le spese di CTU, come già liquidate, vanno poste definitivamente a carico della parte soccombente.

La difesa attorea ha chiesto condannarsi la parte convenuta per lite temeraria nonché ex art. 96 terzo comma cpc.

Le richieste non meritano accoglimento.

Quanto alla lite temeraria si osserva che la difesa della convenuta ha contestato sin dall'origine la sussistenza di responsabilità della struttura che è emersa con chiarezza, nella complessa vicenda clinica

della paziente, solo a seguito della indagine peritale (in assenza dello svolgimento di un accertamento tecnico preventivo avendo la difesa dell'attrice prescelto la mediazione) che ha dato contezza non solo della condotta negligente ma anche del nesso di causa tra la stessa e l'evento di danno patito, opportunamente defalcato dalla compromissione accertata come precedente all'intervento per cui è causa. L'accertamento, comunque contestato, si è dimostrato quindi necessario e condizione tale per cui la resistenza di parte convenuta non può dirsi mantenuta con dolo o colpa grave nella consapevolezza della sussistenza della propria responsabilità.

Analoghi motivi giustificano il rigetto della domanda volta alla condanna della convenuta ex art. 96 cpc terzo comma; non si ravvisa, invero, un comportamento qualificabile come abuso del processo nell'atteggiamento della parte convenuta che ha ritenuto di contestare, sulla base di un accertamento tecnico di parte, la domanda attorea ed attendere l'esito della decisione con sentenza, alla luce della particolare vicenda infettiva che ha coinvolto l'attrice complessa e di non immediata evidenza. Nè risulta in atti alcuna proposta conciliativa che la parte convenuta abbia ingiustificatamente respinto.

P.Q.M.

Il Tribunale di Milano, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, istanza od eccezione disattesa, così provvede:

- a) In accoglimento delle domande di parte attrice accertata la responsabilità colposa della struttura convenuta condanna Organizzazione_3 al pagamento, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito, in favore di Parte_1 della somma pari ad euro **171.782,40** , oltre interessi come in motivazione e interessi legali dalla data della presente pronuncia sino al soddisfo; respinge le domande ex art. 96 cpc.
- b) Condanna la convenuta al pagamento in favore dell'attrice delle spese del presente giudizio, liquidate in euro 13.430,00, oltre spese generali al 15%, i.v.a. e c.p.a. come per legge ;
- c) pone definitivamente a carico della convenuta le spese di c.t.u, già liquidate con separato provvedimento

Milano, 15 maggio 2022

Il Giudice
dott. Valentina Boroni