

N. R.G. 4778/2017



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Tribunale Ordinario di Monza
Seconda Sezione

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Caterina Caniato ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n.r.g. **4778/2017** promossa da:

Parte_1 (c.f. *C.F._1*), [REDACTED] rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] [REDACTED] (c.f. *C.F._2*), elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore sito in Milano, [REDACTED]

PARTE ATTRICE

CONTRO

Controparte_1 (p.i. *P.IVA_1*), con sede legale in *CP_1* [REDACTED] [REDACTED] in persona del Direttore Generale, nonché legale rappresentante pro tempore, Dott. *CP_2*, rappresentata e difesa, in via congiunta e disgiunta, dagli avv.ti [REDACTED] [REDACTED] (*CodiceFiscale_3*) e CRISTINA [REDACTED] (*CodiceFiscale_4*) dipendenti dell' *CP_1* di *CP_1* elettivamente domiciliata presso i difensori c/o *CP_1* di *CP_1* [REDACTED]

PARTE CONVENUTA

CONCLUSIONI

Le parti, a seguito di trattazione scritta dell'udienza di precisazione delle conclusioni, hanno concluso richiamandosi agli atti depositati in via telematica che vengono di seguito riprodotti.

Parte attrice:

Nel merito: Accertare e dichiarare l'esclusiva responsabilità della convenuta [...]

Controparte_3 , in persona del legale rappresentante pro tempore, in relazione ai fatti descritti in narrativa, e per l'effetto condannarla al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non, nessuno escluso, anche ex art. 2059 c.c., subiti dall'attrice sia iure successionis che iure proprio e in particolare:

- Iure successionis:

1. € 132.312,50 a titolo di danno da perdita della doppia chance;
2. € 13.050,00 a titolo di inabilità temporanea conseguente all'insorgenza del quadro clinico settico.
3. € 55.000,00 a titolo di danno morale per la gravissima sofferenza psicologica patita dal sig. Parte_2 durante il ricovero presso la struttura ospedaliera ed il grave stato d'ansia che ha compromesso la qualità della vita dopo le dimissioni dall'ospedale e fino al settembre 2014.
4. € 10.000,00 a titolo di risarcimento del danno da violazione del diritto al consenso informato.
5. € 162.000,00 a titolo di c.d. danno catastrofale e/o "morale terminale" e/o da "lucida agonia" e/o "tanatologico.

- Iure proprio:

1. € 300.000,00 a titolo di danno morale non patrimoniale, scaturente dalla prematura morte del congiunto e/o dal minor tempo vissuto con il proprio congiunto;
2. € 66.000,00 a titolo di danno biologico;
3. € 3.500,00 a titolo di rimborso spese funerarie ovvero nella misura che sarà ritenuta comunque di giustizia, anche a seguito di espletamento di C.T.U. e/o di valutazione equitativa, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali e dal dì del dovuto al saldo.

In ogni caso: Con vittoria di spese, e compensi professionali di causa, da distrarsi in favore del sottoscritto procuratore anticipatario.

Parte convenuta:

Nel merito: accertare e dichiarare le domande della Sig.ra *Parte_1* infondate in fatto ed in diritto e per l'effetto rigettarle, mandando esente l' *CP_1* da qualsiasi pretesa azionata nei propri riguardi;

Nel merito in subordine: nella denegata ipotesi di accertata responsabilità dell' *CP_1* contenere la quantificazione del risarcimento in favore dell'attrice nei limiti di quanto provato;

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

In data 27.3.2017 la signora **Parte_1** ha adito questo Tribunale convenendo in giudizio l' **Controparte_3** (di seguito **CP_1** quale coniuge ed unica erede del sig. **Parte_2** , **[REDACTED]** proponendo domanda di risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non, da lei subiti sia *iure successionis* che *iure proprio*.

La signora **Parte_1** ha addebitato all'esclusiva responsabilità dell' **CP_1** l'insorgere della grave infezione contratta dal marito «*a seguito dell'ingiustificato, imprudente ed imperito posizionamento di un catetere venoso centrale*» (di seguito CVC), durante il ricovero del 27.1.2011, ed ha affermato che l'infezione abbia dato causa all'interruzione del trattamento chemioterapico adiuvante cui era sottoposto il sig. **Parte_2** e conseguentemente alla sua morte prematura.

Il decesso prematuro è dall'attrice causalmente riferito a comportamento colposo della struttura sanitaria e/o dei suoi medici e/o paramedici, che ha causato una infezione da stafilococco aureo meticillino resistente (MRSA).

I danni di cui richiede il ristoro *iure successionis* sono i seguenti:

- € 132.312,50 a titolo di danno da perdita della doppia chance, consistente nella riduzione, dovuta all'interruzione della chemioterapia, del rischio di recidiva della malattia e nella possibilità di vivere meglio e più a lungo durante il decorso della stessa;
- € 13.050,00 a titolo di inabilità temporanea conseguente all'insorgenza del quadro clinico settico;
- € 55.000,00 a titolo di danno morale per la gravissima sofferenza psicologica patita dal marito durante il ricovero presso la struttura ospedaliera ed il grave stato d'ansia che ha compromesso la qualità della vita dopo le dimissioni dall'ospedale e fino al settembre 2014;
- € 10.000,00 a titolo di risarcimento del danno da violazione del diritto al consenso informato, per non avere i sanitari correttamente adempiuto al dovere di informazione in merito alla procedura di posizionamento del CVC eseguita in data 1.2.2011;

- € 162.000,00 a titolo di c.d. danno catastrofale e/o “morale terminale” e/o da “lucida agonia” e/o “tanatologico”, per la sofferenza provata dal marito nell’avvertire consapevolmente l’ineluttabile approssimarsi della propria fine;

I danni di cui chiede il risarcimento *iure proprio* invece sono i seguenti:

- € 300.000,00 a titolo di danno morale non patrimoniale, scaturente dalla prematura morte del congiunto e/o dal minor tempo vissuto con il proprio congiunto;
- € 66.000,00 a titolo di danno biologico per l’insorgere di una malattia di natura psichica in conseguenza del decesso del marito;
- € 3.500,00 a titolo di rimborso spese funerarie, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali e dal di del dovuto al saldo.

Il valore dichiarato della controversia è di €741.862,50.

Nella relazione di parte (perizia medico-legale redatta dalla dott.ssa Persona_1 e dal dott. [...] Per_2 di cui al doc. 29 parte attrice, pag. 30) si legge che

Sussiste una relazione diretta tra interruzione delle cure oncologiche e sviluppo del processo infettivo iatrogeno, a sua volta riconducibile causalmente alla procedura di posizionamento di catetere venoso centrale (CVC in giugulare destra) effettuata in data 1 febbraio 2011.

Nel caso del Sig. [REDACTED] si configura pertanto un danno da perdita di chances.

In altri termini, nella prospettazione di parte attrice, l’interruzione del trattamento chemioterapico adiuvante sarebbe stata necessitata dall’infezione ed avrebbe comportato una perdita di chances di guarigione, non essendo efficace riprendere il trattamento in un momento successivo, troppo lontano dall’operazione chirurgica.

In modo non del tutto coerente con le conclusioni, l’attrice nella narrativa dell’atto ha chiesto sia accertata e dichiarata la responsabilità della convenuta nella causazione dell’evento [REDACTED]

[REDACTED] Persona_3 [REDACTED] e non solo della perdita di chances.

Ha quindi chiesto la condanna dell’azienda ospedaliera al risarcimento dei danni asseritamente derivati

dalla infezione nosocomiale contratta, quantificando il danno *iure successionis* in €372.362,50 (incluso danno da perdita delle doppia chance, da inabilità temporanea, morale per la sofferenza psicologica, da violazione del consenso informato e catastrofe) e *iure proprio* complessivamente in € 369.500,00 (incluso danno morale scaturente dalla prematura morte del congiunto, biologico e rimborso spese funebri).

L CP_1 si è costituita tempestivamente in giudizio contestando preliminarmente, con eccezione poi rinunziata, la nullità della citazione perché l'atto sarebbe stato notificato in modo incompleto con contestuale rinnovazione della notificazione ai sensi dell'art. 162 cod. proc. civ. e chiedendo l'estinzione del procedimento RG 4873/2015 per inosservanza di quanto disposto dall'art. 303 cod. proc. civ.

Nel merito, la convenuta ha negato vi sia responsabilità della struttura nel causare degli eventi dedotti dall'attrice. A questo proposito, ha sostenuto che il trattamento sanitario riservato al sig. Parte_2 sia stato rispettoso delle regole dell'arte medica.

La difesa di CP_1 ha rilevato come la sig.ra Parte_1 non abbia fornito la prova del nesso eziologico fra la condotta dell'ospedale, contestata, ed il danno.

Il procedimento RG 4873/2015 è stato dichiarato estinto in data 16.11.2017, come richiesto da entrambe le parti.

La causa è stata istruita mediante produzione documentale delle parti ed espletamento di una c.t.u. medico-legale.

A. SULLE CONDIZIONI DEL SIG. [REDACTED] AL MOMENTO DEI FATTI DI CAUSA

Dalla ricostruzione dei fatti, tutti risultanti dalle cartelle cliniche, emerge quanto segue: il sig. Parte_2 era già affetto, all'epoca dei fatti, da grave patologia cronica denominata "morbo di Crohn". Sin dal 1969 ha subito degli interventi ed è stato ricoverato più volte per diversi motivi: occlusione intestinale, resezione ileale per peritonite da perforazione cecale, resezione di ansa necrotica su granuloma stenotico da morbo di Chron.

Nel luglio 2010, a seguito di complicanze, si è sottoposto ad accertamenti endoscopici e a TC dai quali è emersa la presenza di una neoplasia del sigma.

Il 4.12.2010 il sig. *Parte_2* si è sottoposto, presso un ██████████ londinese, ad intervento di resezione segmentaria del sigma con anastomosi intestinale e con diagnosi di infiltrazione diffusa da carcinoma indifferenziato con associata invasione linfatica diffusa. In particolare, sarebbe stata praticata *«un'incisione addominale attraverso la cicatrice dal lato paramediano destro con complicazione di un'estesa ernia traumatica e tessuti grassi accumulati al muscolo del retto»* (Doc. 5 attore). Il dr. *Per_4* di Londra, nel rapporto medico del 5.1.2011, avrebbe così scritto: *«Tutta la malattia macroscopica è stata resecata (...)»* e prescritto una specifica cura chemioterapica adiuvante consistente nell'assunzione di oxaliplatino e capecitabina, da somministrarsi ad intervalli di tre settimane in otto cicli (Doc. 7 attore).

Il primo accesso all' *CP_1* di *CP_1* risale al 10.01.2011 e i sanitari hanno condiviso la terapia prescritta da Londra (Doc. 3 parte convenuta). In data 19.1.11 il sig. *Parte_2* ha iniziato le cure chemioterapiche; tuttavia, ha manifestato grave tossicità gastroenterica e midollare ed è stato, quindi, ricoverato il 27.01.11 per effettuare un trattamento di supporto. La chemioterapia veniva sospesa la mattina del ricovero. In data 01.02.2011, i medici hanno deciso di posizionare un CVC, anche se le condizioni generali parevano migliorare, e pochi giorni dopo (il 03.02.11) si è presentata un'infezione da stafilococco aureo meticillina resistente (MRSA). In questo periodo, la chemioterapia restava sospesa perché non aveva sortito gli effetti desiderati. La circostanza si ricava anche da una mail del dr. *Per_4* inviata al dr. *Per_5* nella quale, però, si legge il parere favorevole del medico londinese alla ripresa del trattamento a dose ridotta del 25% per ambedue i farmaci (Doc. 9). Sempre dalla corrispondenza tra i medici londinesi si legge che la situazione *“(...) dal lato chemioterapico è andata male, però sembra che il problema maggiore sia incorso alla complicazione della setticemia a carico di una sonda infetta, mentre era in Italia (...)”* (Doc. 13 attore).

Il sig. *Parte_2* viene dimesso in data 01.03.2011 in buone condizioni generali e con la raccomandazione di attenersi ad una specifica terapia e di sottoporsi a determinati esami (Doc. 10 pag. 4). Tra gli esami effettuati: PET total body il 6.05.11 e TC Torace, Addome e Pelvi il 5.09.11 presso ██████████ di Londra. Quest'ultima ha dato risultato negativo circa le recidive: in particolare, *“non si rilevano segni di infiammazione intestinale o comparsa di recidiva di lesione focale. L'indagine conferma la presenza di idronefrosi destra secondaria alla presenza di calcoli ureterici”* (Doc. 14 attore).

In data 12.09.2014, il sig. *Parte_2* si è sottoposto a nuovi accertamenti presso l' *Organizzazione_1*

Org_2 di Milano, dai quali è stata evidenziata la recidiva del carcinoma a livello della parete addominale destra, e ha, quindi, iniziato delle sedute di chemioterapia presso [REDACTED] di Pavia.

Dal 26.08.15 al 9.10.15 è stato ricoverato per occlusione intestinale presso il Reparto di Oncologia Medica 1 dell' Org_3 . Il 2.11.15, per la progressiva degenerazione delle sue condizioni di salute, è stato ricoverato presso Organizzazione_4 di Pavia fino al [REDACTED] giorno del suo decesso.

B. SULL'INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO ADIUVANTE

La sig.ra Parte_1 ed i dott., periti di parte attrice, Persona_1 e Persona_2 sostengono che vi sia una relazione diretta tra l'interruzione delle cure oncologiche e lo sviluppo del processo infettivo iatrogeno, a sua volta riconducibile causalmente alla procedura di cateterizzazione venosa centrale effettuata l'1.02.11.

Per quanto riguarda la correlazione tra l'insorgenza dell'infezione asseritamente nosocomiale e l'interruzione della chemioterapia, il tribunale concorda con le conclusioni del Collegio peritale come da elaborato dei dott. Persona_6 (Specialista in Oncologia), Persona_7 (specialista in infettivologia) ed Persona_8 (medico-legale), depositata in data 15.01.2020. I Consulenti hanno estesamente motivato le loro conclusioni, con riferimento alle risultanze della cartella clinica e delle regulae artis e la nomina di due specialisti ha consentito di esaminare tutti gli aspetti di questo complesso caso e le conclusioni del medico legale sono congruenti chiare ed esenti da vizi logico-giuridici.

Il CTU specialista oncologo, dott. Per_6 si è dapprima soffermato in punto di indicazione alla chemioterapia adiuvante, evidenziando chiaramente la difficoltà nella scelta se eseguire o meno il trattamento adiuvante e chiarendo che la sua esecuzione sia in grado di apportare solo un marginale aumento di chances di sopravvivenza.

Le difficoltà di scelta sono determinate dal bilanciare gli effetti tossici della chemioterapia su un organismo già debilitato - e che nella larga maggioranza dei casi non apportano alcun beneficio al paziente, già guarito in seguito alla chirurgia – con i vantaggi che in una modesta percentuale di casi la terapia potrebbe procurare al paziente.

Osserva, infatti, il dott. Per_6 che «(...) secondo modello messo a punto presso il MSKCC, tenuto

conto di età del sig. **Parte_2** alla diagnosi, stadio di malattia (pT), numero di linfonodi esaminati, presenza/assenza di invasione linfatica o vascolare, chemioterapia adiuvante versus controllo, le probabilità di sopravvivenza senza recidiva a 5 e 10 anni dalla chirurgia risultano nel caso specifico rispettivamente

- del 65% e 55% dopo sola chirurgia
- del 72% e 64% dopo chirurgia + chemioterapia adiuvante

Sembrerebbe quindi, sulla base dei dati oggi disponibili, che il vantaggio di una chemioterapia adiuvante, in termini di probabilità di sopravvivenza libera da malattia, sarebbe stato nel caso specifico dell'ordine del 7% a cinque anni e del 9% a dieci anni».

In merito, poi, alla correlazione tra infezione ed interruzione della chemioterapia, di rilievo sono due considerazioni riportate dal Collegio peritale:

a) la tossicità chemio-indotta si era sviluppata «prima e indipendentemente dal posizionamento del CVC» (C.T.U. pag. 15).

Questa considerazione di per sé conduce ad escludere la sussistenza di un nesso di causalità fra la sospensione del trattamento adiuvante e l'infezione, perché il trattamento era già stato di fatto sospeso ben prima dell'infezione, verosimilmente per le avverse reazioni del paziente, quindi per effetto di una sequenza causale del tutto indipendente rispetto all'errore professionale oggetto di questo giudizio.

b) quando si verificò la reazione avversa nel paziente, era stata somministrata solo una dose pari a metà del trattamento, significativamente inferiore rispetto a quella prevista dal protocollo di cura, perché il trattamento era stato sospeso a metà (Capecitabina 3.500 mg/die per via orale per solo una delle due settimane previste).

Non risulta in alcun modo provata la contestazione sul punto sollevata da parte attrice all'udienza del 3 marzo 2020.

Poiché non è nota l'efficacia terapeutica di un trattamento adiuvante a dosi diverse da quelle definite in letteratura, le percentuali di probabilità di sopravvivenza libera da malattia, già indicate dal CTU nella misura piuttosto esigua del 7% a cinque anni e del 9% a dieci anni non possono considerarsi attendibili ed il conseguente danno da riduzione delle chances di guarigione diverrebbe del tutto

aleatorio e indimostrabile (per assenza di studi e conferme scientifiche).

Qualunque ulteriore fattore che si verifichi nel caso concreto e che costituisca motivo di preoccupazione per il paziente nel somministrare la terapia adiuvante sposta la “bilancia” della valutazione sopra descritta verso sconsigliare la terapia o la sua prosecuzione.

Nel caso in esame, è pacifico che il sig. *Parte_2* abbia presentato una forte reazione avversa alla terapia. Come descritto dal CTU specialista in materia di oncologia, infatti:

- la tossicità chemio-indotta che portò il Sig. [REDACTED] al ricovero urgente del 27.01.2011 è da considerarsi, sul piano clinico, severa in quanto
 - precoce, insorta al primo ciclo di cura, in ottava giornata dalla prima infusione, a dose corretta, di Oxaliplatino e dopo una sola settimana (delle due previste) di assunzione di dosi altrettanto corrette di Capecitabina e in assenza, come risulterà, di polimorfismi patologici di DPD
 - multiorgano per
 - coinvolgimento dell'apparato gastroenterico per mucosite, nausea, vomito e diarrea condizionanti l'impossibilità ad alimentarsi (tossicità grado 3-4 CTCAE)
 - squilibrio metabolico e idro-elettrolitico: ipokaliemia e acidosi metabolica richiedenti trattamento infusionale (tossicità grado 3-4 CTCAE)
 - impegno polmonare con riscontro di *“alcuni rantoli a medie bolle alla base destra”*
 - depressione midollare per neutropenia grado 3 CTCAE e piastrinopenia
 - in paziente fragile per la comorbilità nota e per la recente ennesima demolizione intestinale

E' di rilievo discriminante che – come risulta dalla cartella clinica e confermato dal Collegio peritale - la reazione alla terapia si si presentata *“prima e indipendentemente dal posizionamento del CVC”*.

È quindi escluso il nesso di causalità fra la infezione da MRSA e la reazione avversa al farmaco.

Inoltre il CTU ha valutato *“espressione di buona pratica clinica, coerente con le linee guida vigenti”*, l’interruzione del trattamento a fronte del verificarsi di una *“tossicità severa in paziente fragile per comorbidità rilevante”*.

Infine, di particolare rilevanza è la considerazione che interrompere la chemioterapia adiuvante sarebbe stata buona pratica clinica *“anche in assenza della ulteriore complicanza settica”*.

Nelle risposte alle osservazioni, il CTU ha chiarito che, date le concrete condizioni del paziente in quanto affetto da una severa condizione cronica (Morbo di Chron), la maggiore fragilità del paziente di fronte alla terapia doveva venire presa in considerazione *“per evitare tossicità potenzialmente letali, come nel caso in esame, proprio perché insistono sulle alterazioni anatomo-funzionali prodotte dalla patologia di base”* (C.T.U. pag. 35).

Diviene pertanto irrilevante considerare il contenuto della lettera di cui al doc. 8 parte attrice (e-mail dott. *Per_5* 2 febbraio 2011) nella quale prevede di iniziare la somministrazione della terapia adiuvante, in quanto evidentemente antecedente alla reazione avversa del paziente.

E’ inoltre irrilevante considerare il decorso clinico successivo (doc. 49 parte attrice) poiché – a differenza di quanto contestato da parte attrice all’udienza del 3 marzo 2020 - il comportamento della convenuta deve venire valutato *“ex ante”* e non *“ex post”*.

Su questo punto il CTU ha contestato che siano stati successivamente somministrati al sig. *Persona_9* gli stessi farmaci nel 2014, presso l’istituto *Org_5* in quanto *non risulta in atti*, e risulta invece la somministrazione di farmaci diversi – quali cure palliative per la fase terminale della malattia.

L’unica indicazione di farmaco della classe delle fluoropirimidine si rinviene nella lettera di dimissione del 31.10.14 (doc. 47, memoria replica attore), ma la stessa risulta cancellata a penna ed è ragionevole ritenere che i medici della *Org_5* abbiano tenuto in considerazione la tossicità già manifestata.

Il Collegio peritale ha segnalato che le considerazioni espresse dal CTP dell’attrice *“si incardinano su dati di un singolo lavoro, ancorché di indubbio valore scientifico, pubblicato nel novembre 2016, di ben sei anni successivo ai fatti di causa”* (C.T.U. pag. 34) e risulta abbia esaminato anche la cartella clinica del 2014, a differenza di quanto affermato dall’attrice all’udienza del 3 marzo 2020.

Dal punto di vista medico-legale, la valutazione del comportamento professionale non può che venire effettuata sulla base delle conoscenze diffuse all’epoca dei fatti contestati.

Il Tribunale in conclusione concorda con le conclusioni del Collegio peritale in merito alla “*assenza di un nesso di causa oncologicamente sostenibile tra il posizionamento del CVC e il successivo sviluppo della malattia metastatica*” (C.T.U. pag. 16).

Secondo la giurisprudenza della Corte di Cassazione, l’onere di provare la sussistenza del nesso di causalità incombe sul soggetto danneggiato, che in questo processo non lo ha assolto.

Da ultimo, infatti, nella recente sentenza di legittimità n.5128/2020, richiamato il principio secondo cui *L'inadempimento rilevante, nell'ambito dell'azione di responsabilità medica, per il risarcimento del danno nelle obbligazioni, così dette, di comportamento non è, dunque, qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno*, viene chiarito il seguente consequenziale principio: “*Ciò comporta che l'allegazione del paziente - creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, o comunque genericamente dedotto, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè «astrattamente efficiente alla produzione del danno» (così chiosa Cass. SU 577/2008). Conseguentemente, nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. Sez. III, Sentenza n. 27606 del 29/10/2019; Cass. Sez. III, Sentenza n. 3704 del 15/02/2018) ”.*

Sulla base di tali considerazioni e, in particolare, sulla base della mancanza di un nesso di causalità, diretto o indiretto, tra l’insorgenza dell’infezione da MRSA e l’interruzione della chemioterapia adiuvante, con conseguente sviluppo della malattia metastatica culminata nel decesso del sig. **Parte_2** , non si può accogliere la domanda di risarcimento, proposta dalla sig.ra **Parte_1** iure *successionis* in qualità di coniuge ed unica erede del defunto, dei seguenti danni, in quanto conseguenze della necessaria interruzione del trattamento chemioterapico per reazione avversa del sig. **Parte_2** :

- € 132.312,50 a titolo di danno da perdita della doppia chance (possibilità di ridurre il rischio di recidiva della malattia e di vivere meglio e più a lungo durante il decorso della stessa);
- € 55.000,00 a titolo di danno morale per la gravissima sofferenza psicologica patita dal marito durante il ricovero presso la struttura ospedaliera ed il grave stato d’ansia che ha compromesso la qualità della vita dopo le dimissioni dall’ospedale e fino al settembre 2014;

- € 162.000,00 a titolo di c.d. danno catastrofale e/o “morale terminale” e/o da “lucida agonia” e/o “tanatologico, per la sofferenza provata dal marito nell’avvertire consapevolmente l’ineluttabile approssimarsi della propria fine.

Allo stesso modo, non può accogliersi neanche la domanda di risarcimento dei danni patiti dalla sig.ra **Parte_1** in conseguenza della morte asseritamente ascrivibile a responsabilità della struttura ospedaliera convenuta. Parte attrice ha infatti chiesto il risarcimento dei seguenti danni *iure proprio*:

- € 300.000,00 a titolo di danno morale non patrimoniale, scaturente dalla prematura morte del congiunto e/o dal minor tempo vissuto con il proprio congiunto;
- € 66.000,00 a titolo di danno biologico per l’insorgere di una malattia di natura psichica in conseguenza del decesso del marito;
- € 3.500,00 a titolo di rimborso spese funerarie, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali e dal dì del dovuto al saldo.

Sebbene non si mettano in dubbio le sofferenze patite dall’attrice, coniuge del sig. **Parte_2**, a seguito delle sua gravi malattie, né la profondità del loro rapporto né che le sofferenze abbiano dato luogo, come allegato, ad una patologia psichica consistente nel “disturbo dell’adattamento con ansia e umore depresso, cronico”.

Tuttavia, questo danno – che nessuna somma può ristorare – non è risarcibile in quanto non può venire ascritto a colpa dei sanitari della struttura ospedaliera convenuta. Il decesso del sig. **Parte_2** è risultato il naturale triste epilogo di una neoplasia del sigma in un soggetto già fortemente indebolito da Morbo di Crohn, mentre la successiva malattia del coniuge – sulla quale non è stata esperita attività istruttoria - può costituire riflesso psicologico in conseguenza della perdita di una persona amata.

C. SUL DANNO DIRETTO DA INFEZIONE

Anche in merito alla natura nosocomiale o meno dell’infezione da MRSA, contratta dal sig. **Parte_2** durante il ricovero presso la struttura ospedaliera convenuta, si rimanda interamente alla CTU depositata in atti.

Il CTU nominato dott. **Per_7** dopo una chiara premessa sulle infezioni correlate a cateteri intravascolari ed un attento esame del caso concreto, ha concluso, in primo luogo, che la *grave sepsi da stafilococco metR* sviluppata dal sig. **Parte_2** sia un *ceppo di origine molto verosimilmente*

ospedaliera e, in secondo luogo, che con una *probabilità prossima alla certezza (...)* il focus di origine, quindi la causa, dell'infezione sia stato *il catetere venoso centrale posizionato il giorno 1* (primo febbraio 2011).

Premesso che *“La contaminazione del catetere venoso centrale avviene generalmente al momento del suo impianto per violazione delle regole di antisepsi della cute del paziente oppure attraverso microrganismi provenienti dalle mani dell’operatore sanitario (...) oppure infine meno frequentemente per migrazione lungo il tratto intracutaneo del catetere dopo l’impianto stesso”*, nel caso di specie la genesi dell’infezione *“deve essere messa in diretta relazione con una violazione colposa delle norme di prevenzione delle contaminazione dei cateteri endovascolari al momento del posizionamento del medesimo effettuato in data 1/02/2011 presso il reparto di Oncologia [REDACTED] Org_6 di CP_1*

La motivazione è articolata e priva di vizi logico giuridici e viene pertanto recepita dal tribunale:

- E' stato isolato S. aureus metR sia da emoculture che da urinoculture sia da sangue periferico che da sangue da CVC;
- Il paziente presentava gravissima leuco-piastrinopenia, caratteristica di sepsi gravi;
- Il paziente presentava valori di procalcitonina pari a 238 volte la soglia, dato anch'esso indicativo di sepsi;
- La punta del catetere venoso centrale, rimosso il 6 febbraio per sospetto di infezione, risultò positivo per S. aureus metR;
- L'ipotesi alternativa di un'infezione delle vie urinarie, che avrebbe poi generato la sepsi, appare inverosimile, sia per l'assenza di sintomi urinari all'esordio clinico, sia per l'insorgenza dell'infezione a soli due giorni dopo il posizionamento del catetere.
- Lo S. aureus metR trova nell'habitat ospedaliero la sua massima diffusione.
- Nella letteratura internazionale questo tipo di complicanze sono inquadrabili tra quelle prevedibili ma sempre prevenibili.

Sussiste pertanto, in applicazione del criterio del “più probabile che non”, la responsabilità della convenuta per l’infezione contratta dal sig. *Parte_2* nel febbraio 2011 e, sia pur inizialmente molto grave, risolta senza postumi, grazie alle cure successive da parte della convenuta, che il CTU ha valutato come conformi allo stato dell’arte.

In quanto alle conseguenze negative che sono derivate al paziente dalla sepsi, il CTU ha ritenuto che il paziente abbia recuperato le condizioni generali entro due mesi dalle dimissioni, con assenza di postumi permanenti.

Il CTU medico legale, dott.ssa *Per_8* ha concluso per il riconoscimento dei seguenti periodi di inabilità:

- assoluta di 25 giorni
- temporanea parziale, mediamente al 75%, di 30 giorni
- temporanea parziale, mediamente al 50%, di 30 giorni

Il Collegio peritale ha concluso nel senso che il seppur grave processo settico non ha lasciato reliquati, sì che non si prospettano postumi a carattere permanente ad esso conseguenti. Il [REDACTED] [REDACTED] – è infatti avvenuto ad una significativa distanza di tempo, precisamente dopo 4 anni e 8 mesi, dalla avvenuta risoluzione della infezione e dimissioni del paziente, datate 01.03.2011.

Considerato che il sig. *Parte_2*, [REDACTED] al momento dei fatti di causa aveva 61 anni, era affetto da grave patologia cronica denominata “morbo di Crohn” e neoplasia del sigma per i quali era già in cura e risultava, quindi, già in una condizione di invalidità, si ritiene equo riconoscergli un risarcimento del danno parametrato al valore più basso nella “forbice” individuata nelle Tabelle dell’Osservatorio Tribunale di Milano quindi tra un massimo di €143 giornaliero ed un minimo di €98 sia equo applicare il minimo, pari a:

- € 2.450,00 per inabilità assoluta di 25 giorni (€ 98,00 x ogni giorno di inabilità)
- €2.205,00 per inabilità temporanea parziale del 75% per 30 giorni, pari al 75% di € 98,00 = €73,50 x 30;
- €1.470,00 per inabilità temporanea pari al 50% per 30 giorni, pari al 50% di €98,00 = €49,00 x 30;

Sulla somma complessiva pari ad € 6.125,00 vanno corrisposti gli interessi legali calcolati sulla somma devalutata all'epoca del sinistro e via via rivalutata di anno in anno fino alla pubblicazione della presente sentenza. Sulla somma così complessivamente determinata decorrono gli interessi legali dalla pubblicazione al saldo.

D. SUL DANNO DA MANCATO CONSENSO INFORMATO

Appare priva di qualsivoglia fondamento giuridico la domanda di risarcimento del danno da violazione del diritto al consenso informato, quantificato in € 10.000,00.

Ed invero, al paziente è stato fornito il foglio informativo sul posizionamento del CVC: *“Il CVC viene inserito in modo indolore dopo una anestesia locale della cute nel punto di inserzione e sterilmente, dopo accurata disinfezione della cute e preparazione con telini sterili. Tramite puntura con un ago cavo metallico lo si può inserire in una vena del collo (...) o del torace (...) o del braccio (...). (...). La corretta posizione del CVC in vena cava viene successivamente controllata con una radiografia del torace. Prima del posizionamento, (...) informare (...) della eventuale presenza di una delle seguenti condizioni (...): 1. Predisposizione ad emorragie (...) 3. Malattie allergiche (...) (...). Dopo il posizionamento, (...) segnalare (...) presenza di dolore e arrossamento nel punto di ingresso del CVC, edema (...) febbre o brivido, difficoltà respiratorie (...)”* (Doc. 10 fasc 1 pag. 30).

Parte attrice ha sostenuto l'inadeguatezza del consenso informato, sottoscritto dal sig. Parte_2 in data 01.02.2011 alle ore 9,00 (doc. 10, fasc. 1, pag. 18/69) in quanto *“del tutto generico ed incompleto in quanto, come rilevato dai periti di parte attrice, “non risulta indicata la sede della cateterizzazione (giugulare o succlavia), né la lateralità (destra o sinistra), come tra l'altro espressamente richiesto sul modulo prestampato, ove si legge “... (indicare sito e lato)”* (doc. 29 pag. 28).

Le critiche appaiono prive di fondamento perché non è la sede esatta del CVC ad avere dato luogo all'infezione, che si sarebbe ragionevolmente potuta verificare a destra come a sinistra. Inoltre appare francamente inesigibile richiedere ai sanitari - intenti a curare il paziente, oberati di lavoro e operanti spesso in condizioni di urgenza - che si interrompano e facciano nuovamente firmare un foglio con il consenso, ove siano incerti ad esempio circa il lato migliore dove realizzare l'intervento (quale vena si

presenti al momento più semplice) quando si tratti solamente di mutare lato pur rimanendo sostanzialmente nell'ambito della medesima operazione e soprattutto nella medesima tipologia e intensità di rischio.

In data 1.02.2011 ore 9:00 al sig. **Parte_2** è stato, altresì, fatto correttamente sottoscrivere il modulo del “consenso informato per procedure in regime di ricovero – 1”, come risulta dalla cartella clinica allegata da parte convenuta e dall'attrice non contestata (doc. 2, parte 1, convenuta).

Non si ravvisa alcun inadempimento del dovere di informazione da parte dei sanitari della struttura ospedaliera convenuta, i quali, come per altri interventi cui è stato sottoposto il sig. **Parte_2**, hanno correttamente raccolto il consenso dello stesso prima di eseguire la procedura.

Sulle spese di lite

Considerati sia la parziale soccombenza reciproca sia l'evoluzione giurisprudenziale in materia di onere della prova del nesso di causalità le spese legali vengono compensate eccettuate le spese della fase decisionale. Infatti, **CP_1** in via transattiva ed al solo fine di evitare ulteriori costi, ha offerto alla controparte alla conclusione della fase istruttoria la somma corrispondente all'invalidità temporanea riconosciuta al paziente dai consulenti. L'offerta non è stata accettata dalla controparte, tuttavia corrisponde a quanto liquidato in sentenza.

Considerato l'esito sostanzialmente sfavorevole della perizia ed il fallito tentativo di conciliazione posto in atto dal Collegio peritale in sede di inizio delle operazioni, le spese relative alla consulenza sono poste interamente a carico dell'attrice.

P.Q.M.

Il tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita:

- 1) In parziale accoglimento della domanda di parte attrice, condanna l' [...]
 Controparte_3 di CP_1 al pagamento in favore della sig.ra [...]
 Parte_1 in qualità di erede del sig. Parte_2, della somma di €6.125,00 oltre a interessi calcolati come in motivazione;
- 2) Pone le spese di CTU, già liquidate come da decreto in atti, definitivamente a carico della sola parte attrice sig.ra Parte_1 con condanna della stessa alla rifusione, in favore della convenuta Controparte_1, di quanto eventualmente anticipato a questo titolo;
- 3) Condanna parte attrice signora Parte_1 alla rifusione in favore della convenuta l Controparte_1 delle spese della fase decisoria di questo giudizio, che si liquidano in €5.870,00 oltre al 15% spese generali e oltre IVA e CPA se dovute in virtù del regime fiscale applicabile e dichiara compensate le residue spese.

Monza, 13 gennaio 2021

Il Giudice
Dott.Caterina Caniato