

N. R.G. 1781/2009



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

Il Tribunale di Trento, nella persona della dott.ssa Monica Attanasio,
ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa portante il n. 1781 R.G., anno 2009, recante riunita la causa n. 2955/2013
promossa con atto di citazione datato 20 aprile 2009

DA

██████████ in proprio e quale erede di ██████████ nonché quale legale
rappresentante di ██████████
rappresentato e difeso, per mandato a margine dell'atto introduttivo, dagli avv.ti ██████████
██████████ ██████████ ██████████ del foro Trento, con domicilio eletto in
Trento, v. ██████████

CONTRO

**AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DELLA PROVINCIA
AUTONOMA DI TRENTO**

rappresentata e difesa, per mandato a margine della comparsa di costituzione, dagli avv.ti
██████████ del foro di Trento, presso il cui studio in
Trento, v. ██████████ elegge domicilio
████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████
████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████



rappresentato e difeso, per mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione, dagli avv.ti [REDACTED] del foro di Trento, presso il cui studio in Trento, v. [REDACTED], elegge domicilio

[REDACTED]
rappresentato e difeso, per mandato a margine della comparsa di costituzione, dall'avv. [REDACTED] del foro di Roma, con domicilio eletto presso lo studio dell'avv. [REDACTED] in Trento, v. [REDACTED]

- CONVENUTI -

e con la chiamata di

[REDACTED]
rappresentato e difeso, per mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione, dagli avv.ti [REDACTED] del foro di Trento, con domicilio eletto presso il loro studio in Trento, v. [REDACTED]

- TERZO CHIAMATO -

IN PUNTO: risarcimento danni

Conclusioni delle parti: come in atti

FATTO E DIRITTO

In data 20 giugno 2007 [REDACTED] si recò presso l'Ospedale S. Camillo di Trento per sottoporsi a visita ginecologica da parte del dr. [REDACTED] medico dipendente dell'Ospedale che in quel frangente operava quale libero professionista in regime *intra-moenia*. [REDACTED], che non aveva mai eseguito un pap test, lamentava irregolarità mestruali da circa un anno e persistenza di scarso spotting. Alla visita venne accertato "*utero retroverso a ecostruttura fibromatosa, di dimensioni nella norma. Endometrio 10 mm. Ammessi regolari. Sangue ... proveniente dal collo che presenta disomogeneità dell'esocervice*".

L'esame del pap test, non eseguito quel giorno per la presenza di sanguinamento, venne effettuato, sempre dal dr. [REDACTED] il 12 luglio 2007, e l'esito, refertato il successivo 8 agosto, portava ad una diagnosi di "*lesione intraepiteliale squamosa di alto grado: carcinoma in situ/CIN IIP*", con raccomandazione di eseguire un controllo colposcopico con



biopsia. I risultati dell'esame furono però conosciuti dalla [REDACTED] a seguito del ritiro del referto da parte della figlia, soltanto nel gennaio 2008.

Nel corso dei due mesi successivi si susseguirono vari accertamenti (colposcopia, esame istologico, RM addome inferiore e scavo pelvico, PET TC total body, urografia endovenosa, cisto-uretroscopia), all'esito dei quali venne formulata diagnosi di "*carcinoma squamoso poco differenziato infiltrante – stadio FIGO IIA*". La [REDACTED] fu pertanto ricoverata presso il reparto di oncologia dell'Ospedale S. Camillo dal 10 al 13 marzo 2008 per sottoporsi ad un primo ciclo di chemioterapia. Un secondo ciclo venne somministrato, presso lo stesso Ospedale, dal 31 marzo al 2 aprile 2008, ed un terzo, previsto nei giorni dal 21 al 24 aprile 2008, venne differito, per neutropenia, alla fine di aprile (dal 28 al 30 di quel mese).

Una settimana più tardi, verso le 22.30 del 7 maggio 2008, la [REDACTED] cominciava ad avere vomito, scariche diarroiche e forti dolori intestinali, dolori che si facevano lancinanti a partire dalle 4.30, con contestuale insorgenza di stato febbrile. Un'ora dopo la febbre aumentava, e l'odierno attore, marito della [REDACTED] si rivolgeva al reparto di oncologia dell'Ospedale S. Camillo, alla guardia medica, al 118, ed al medico di base, riuscendo ad ottenere l'invio di un'ambulanza per il trasporto presso l'Ospedale S. Chiara di Trento soltanto alle 8.30.

Alle 9.26 dell'8 maggio 2016 la [REDACTED] giungeva pertanto presso il Pronto Soccorso di quell'Ospedale, ove verso mezzogiorno veniva formulata diagnosi di "*schock settico in addome acuto*". Seguiva il trasferimento presso il reparto rianimazione e l'esecuzione di una TAC addominale. Tra le 17 e le 18.30 la [REDACTED] era quindi sottoposta ad intervento chirurgico con asportazione dell'appendice. Alle h. 20.30 la paziente tuttavia decedeva.

[REDACTED] dopo aver presentato in data 15 maggio 2008 atto di denuncia/querela (da cui traevano l'abbrivio indagini preliminari condotte a carico di vari medici, sfociate in processi penali soltanto per tre di essi), con l'atto di citazione in epigrafe riportato ha agito, in proprio e quale erede della [REDACTED] nonché quale legale rappresentante de [REDACTED] [REDACTED] – società di cui la moglie era socia e che gestisce un bar ed un ristorante in Sardegna –, nei confronti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, dell'Ente Ecclesiastico Figlie di S. Camillo-Ospedale



Generale di Zona S. Camillo, e del dr. [REDACTED] – guardia medica all'epoca dei fatti –, onde ottenerne la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti, *iure proprio e/o iure hereditatis*, in conseguenza del decesso della [REDACTED] quantificati nella complessiva somma di € 963.308,88. In particolare l'attore, sulla scorta di parere espresso dal dr. [REDACTED], lamenta:

- *“La ritardata informazione alla paziente dell'esito del 'Pap-test' la cui responsabilità principale ricade sulla organizzazione amministrativa del D.H. Ginecologico dell'Ospedale San Camillo di Trento che venuto a conoscenza di un referto citologico positivo per Carcinoma, aveva l'obbligo di provvedere a chiamare la paziente con i comuni mezzi di comunicazione postale e telefonici per ulteriori accertamenti”;*

- *“...la imprudenza dimostrata nell'associare nel Piano Terapeutico Chemioterapico il 'Mesna' di cui la incompatibilità è stata dimostrata almeno sperimentalmente 'in vitro' con il 'Cisplatino'”;*

- *“La discutibile professionalità del sanitario del servizio di 'Guardia Medica' che non è stato in grado di diagnosticare alla paziente una 'appendicite acuta' sintomatologicamente evidente”;*

- *“L'inutilità di tutto lo zelo impiegato al P.S. per documentare la causa del quadro addominale, trascurando però di effettuare preliminarmente un emocromo che avrebbe evidenziato la grave leuco-piastrinopenia da grave tossicosi emopoietica che ha reso vano l'intervento chirurgico”.*

Costituitisi i convenuti, su istanza dell'Ente Ecclesiastico Figlie di San Camillo veniva autorizzata la chiamata in giudizio del dr. [REDACTED], anch'egli costituitosi ritualmente; tutti contrastavano la pretesa attorea.

Esperita consulenza tecnica d'ufficio, affidata alla dott.ssa [REDACTED], alla luce delle conclusioni ivi rassegnate il [REDACTED] instaurava un secondo giudizio inteso alla condanna delle medesime controparti al risarcimento del danno da perdita di *chances*.

Riuniti i due procedimenti, la causa veniva trattenuta per la decisione, con assegnazione alle parti dei termini massimi di legge per il deposito delle comparse conclusionali e delle repliche.



Preliminarmente va osservato che sin dal primo atto di citazione il [REDACTED] ha formulato, oltre ad una domanda di risarcimento dei danni conseguenti al decesso della [REDACTED] una domanda di risarcimento del danno da perdita di *chances*, sebbene principalmente motivato, in narrativa, col ritardo nella comunicazione del referto del pap test (cfr. in particolare pag. 19 dell'atto, ove è infatti citata Cass., n. 23846 del 18 settembre 2009). Con la citazione dell'8 luglio 2013 è stata proposta una domanda, subordinata, di risarcimento del danno da perdita di *chances* alla luce delle (pur contestate) risultanze della C.t.u., che, con riferimento al ritardo nella gestione dell'emergenza verificatasi nella notte fra il 7 e l'8 maggio 2008, ha prospettato una riduzione delle *chances* di sopravvivenza della [REDACTED]. Ciò, peraltro, in via prudenziale, per l'esistenza di un orientamento giurisprudenziale che ritiene la domanda di risarcimento del danno da perdita di *chances* non inclusa nella richiesta generica di condanna del convenuto al risarcimento di "tutti i danni" causati dalla morte della vittima (v. Cass., 29 novembre 2012, n. 21245), orientamento cui si contrappone peraltro quello per il quale l'unitarietà del diritto al risarcimento ed il suo riflesso processuale dell'ordinaria infrazionabilità del giudizio di liquidazione comportano che, quando un soggetto agisca in giudizio per chiedere il risarcimento dei danni a lui cagionati da un dato comportamento del convenuto, la domanda si riferisce a tutte le possibili voci di danno originate da quella condotta, sì che, laddove nell'atto introduttivo siano indicate specifiche voci di danno, a tale specificazione deve darsi valore meramente esemplificativo dei vari profili di pregiudizio dei quali si intenda ottenere il ristoro (così Cass., 31 agosto 2011, n. 17879).

Va altresì osservato che la domanda formulata dall'attore nei confronti dell'Ente Ecclesiastico Figlie di S. Camillo si è estesa al dr. [REDACTED] per effetto della chiamata in causa da parte del medesimo Ente, in quanto fondata sull'assunto che il dr. [REDACTED] fosse il solo soggetto tenuto alla comunicazione del referto, mentre la successiva rinuncia espressa con la comparsa di costituzione di nuovo procuratore nel giudizio, riunito, n. 2955/2013, è riferita chiaramente "*alla domanda esperita con citazione dd. 8 luglio 2013*", e quindi "*alla domanda di perdita di chances introdotta a seguito della relazione della dott.ssa [REDACTED] nel procedimento 1781/09*".



Per quel che concerne la prima censura svolta dall'attore, il ritardo nella comunicazione dell'esito del pap test eseguito il 12 luglio 2007, noto al personale sanitario a partire dall'8 di agosto, è incontestabile, ed in effetti incontestato – se non sotto un profilo meramente “quantitativo”: il prof. [REDACTED] C.t. del dr. [REDACTED] ha sottolineato come non possa parlarsi, come fatto dal C.t.u., di cinque mesi di ritardo, atteso che, secondo quanto reso noto dalla stessa Azienda Sanitaria della Provincia di Trento, l'87% delle donne con pap test anomalo viene sottoposto a colposcopia dopo 61-120 giorni, sì che, anche ove il referto fosse stato tempestivamente comunicato alla paziente, la colposcopia, di fatto effettuata il 16 gennaio 2008, sarebbe stata comunque eseguita non prima di ottobre.

Pacifico il ritardo, si pone – oltre, ovviamente, alla questione dell'esistenza del nesso causale, di cui si dirà in prosieguo – quella concernente la sua attribuibilità al dr. [REDACTED] ovvero alla struttura ospedaliera, ai sensi dell'art. 1218 ovvero dell'art. 1228 c.c.

Sulle ragioni di questo ritardo si fronteggiano in causa due diverse versioni: secondo quanto affermato dal dr. [REDACTED] per disposizione dell'Ospedale S. Camillo, i referti medici rilasciati da tale Ospedale vengono o ritirati dal paziente, personalmente o tramite un delegato, oppure spediti per posta qualora il paziente ne abbia fatto espressa richiesta all'atto del pagamento e previa anticipazione della relativa spesa, essendo in ogni caso escluso che il medico, oltre alla prestazione sanitaria, abbia il compito, di carattere meramente amministrativo e quindi a carico della struttura di appartenenza anche in regime di libera professione, di provvedere alla comunicazione dell'esito del referto; la versione dell'Ente Ecclesiastico Figlie di S. Camillo, conforme a quella del dr. [REDACTED] per quel che concerne il ritiro (o invio) dei referti negativi, ne diverge invece per quelli positivi, in relazione ai quali si sostiene che il medico, dopo aver apposto il proprio visto, ha l'onere di provvedere alla convocazione del paziente per la consegna ed illustrazione del referto.

Il contrasto fra le due versioni si è tradotto in contrasto fra le deposizioni rese dai testi rispettivamente citati dal dr. [REDACTED] e dall'Ente Ecclesiastico Figlie di S. Camillo, ma sia l'una che l'altra versione non appaiono idonee ad eliderne la responsabilità.

Ed invero, per quel che riguarda l'Ente Ecclesiastico Figlie di S. Camillo, non vale a fondarne l'assunto l'estratto del “Protocollo per l'archiviazione dei referti cito-istologici”



prodotto da tale parte come doc. n. 1. Ciò innanzi tutto perché le colleghe del dr. [REDACTED] hanno dichiarato di non averne mai avuto conoscenza, ed a nulla evidentemente serve predisporre istruzioni operative ove poi esse non siano portate a conoscenza dei soggetti che dovrebbero osservarle. Quel protocollo, inoltre, preciso nell'indicare il *modus procedendi* in caso di referto del pap test negativo (*“La caposala U.O. ostetricia ginecologia ritira presso il Laboratorio Analisi i seguenti referti cito-istologici ginecologici e li consegna a segreteria ambulatori che: Pap test: - li annota su registro esami PAP TEST suddiviso per medico richiedente; - li fa vistare dal medico; - li consegna alla paziente o eventualmente li spedisce al domicilio se referto negativo”*), nulla invece dispone quanto ai referti positivi; se si guarda poi alle istruzioni impartite per l'ipotesi di referti cito-istologici mancanti al momento della dimissione di un paziente, in cui è espressamente indicato il comportamento da tenere nel caso di referto che *“evidenzi problematicità”* (obbligo di *“contattare attivamente il paziente, anche non si presenta al controllo”*, e di provvedere inoltre, nel caso di pazienti che pur contattati telefonicamente non si siano presentati al controllo, ad inviar loro *“una raccomandata con ricevuta di ritorno di invito pressante e motivato a presentarsi a visita”*), l'impressione che se ne ricava è quella di istruzioni operative aventi come destinatari, non tanto i medici (ai quali non può certamente chiedersi l'invio di raccomandate), bensì il personale non medico. Al tempo stesso, tuttavia, il medico, venuto a conoscenza dell'esito dell'esame recante una diagnosi infausta, comportante la necessità di compiere ulteriori accertamenti e di dare quindi inizio agli interventi terapeutici del caso (nella specie, il referto venne vistato dal dr. [REDACTED] con l'aggiunta *“deve fare colposcopia mi chiami”*), non può poi disinteressarsi del fatto che il referto venga effettivamente portato a conoscenza dell'interessato, facendo esclusivo affidamento sull'adempimento del compito da parte del personale non medico e omettendo qualsiasi verifica al riguardo; ciò tanto più nell'ambito di un'organizzazione che non prevedeva regole certe, o comunque regole efficaci, in ordine al modo in cui i referti positivi dovevano essere portati a conoscenza dei pazienti (secondo la versione del dr. [REDACTED] confermata dalle sue colleghe, i referti avrebbero dovuto essere spediti per posta alle pazienti, ovvero ritirati dalle stesse in caso di mancata anticipazione delle spese postali, anche ove fossero stati positivi, col conseguente rischio che, per disguidi postali o



per il disinteresse delle pazienti, magari non sufficientemente consapevoli dell'importanza e delle conseguenze della diagnosi, esse rimanessero ignare dell'esito dell'esame). Nel più generale dovere di informare il paziente, che è uno degli obblighi generati dal contratto di ospedalità o assistenza che si conclude col medico, oltre che con la struttura, in virtù dell'accesso del paziente alla struttura sanitaria, non può, infatti, non rientrare quello di rendergli noti i risultati degli accertamenti compiuti, in specie se positivi. Per altro verso va osservato che il principio generale emergente dall'art. 1228 c.c., secondo il quale, nell'adempimento dell'obbligazione importante la possibile insorgenza di una responsabilità di tipo contrattuale, il debitore risponde anche dell'opera dei terzi della cui collaborazione si avvale, è applicabile anche al rapporto tra medico operatore e personale di supporto messi a disposizione da una struttura sanitaria dalla quale il medico non dipende (cfr. Cass., 14 giugno 2007, n. 13953).

Con riferimento alla seconda censura, concernente il trattamento chemioterapico eseguito dai medici del reparto di oncologia dell'Ospedale S. Chiara, il C.t.u. si è invece espresso nel senso della correttezza dell'operato dei medici, in ciò concordando col giudizio già espresso al riguardo dal dr. [REDACTED] nominato perito nell'ambito del procedimento penale a carico del dr. [REDACTED].

La terapia adottata (trattamento chemioterapico neoadiuvante seguito da chirurgia radicale), pur diversa da quella standard, non è, come era stato affermato dal C.t. di parte attrice dr. [REDACTED] una terapia sperimentale, bensì una delle scelte terapeutiche attuabili nella cura del carcinoma alla cervice uterina localmente avanzato, e, pur caratterizzata da una tossicità significativa, è fra le più efficaci. Il trattamento era quindi *“adeguato nel 2008 così come anche ad oggi, soprattutto in considerazione del fatto che l'alto grado citologico di malignità G3 indirizzava verso un trattamento chemioterapico”*; inoltre, la combinazione di farmaci adoperata costituisce *“tra i trattamenti più utilizzati in terapia neoadiuvante preoperatoria in donne giovani, senza comorbilità”*.

Si ricollega alla significativa tossicità del trattamento chemioterapico attuato la tematica, largamente dibattuta in questa sede e già in sede penale, relativa all'omessa prescrizione dei fattori di crescita leucocitaria all'atto delle dimissioni della [REDACTED] dopo il terzo ciclo.



Il C.t.u. ha ritenuto la correttezza dell'operato dei medici dell'Ospedale S. Chiara anche sotto questo profilo, evidenziando, da un lato, che sino al luglio 2009 l'Agenzia Italiana del Farmaco consentiva l'utilizzo di tali farmaci soltanto a scopo terapeutico e non anche a fini profilattici, e, dall'altro, che non vi era un'indicazione in tal senso nelle linee guida AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica) allora in uso.

Orbene, se è vero che il rispetto di linee guida accreditate presso la comunità scientifica – e tali devono ritenersi quelle in questione, in quanto fondate su raccomandazioni pubblicate da parte di altre organizzazioni scientifiche – può non esser sufficiente ad escludere la responsabilità del medico, dovendo comunque accertarsi se la specificità del quadro clinico del paziente imponesse un percorso terapeutico diverso rispetto a quello indicato da dette linee guida (cfr. Cass. pen, 22 aprile 2015, n. 24455), va tuttavia osservato che le caratteristiche del paziente costituivano (e costituiscono tuttora) uno dei criteri considerati dalle linee guida al fine dell'indicazione della somministrazione a scopo profilattico dei fattori di crescita granulocitaria.

Nelle linee guida AIOM 2007, “Gestione della tossicità ematopoietica in oncologia” si legge, infatti, che *“In accordo con le recenti indicazioni dell'ASCO Update Committee, le linee guida NCCN e le linee guida EORTC, recentemente riviste e fra loro confrontate, la somministrazione profilattica di CSF è raccomandata in tutti i casi in cui l'incidenza attesa di NF sia valutata [uguale o superiore al] 20% ... La definizione di rischio [uguale o superiore] al 20% deriva da una complessa valutazione delle caratteristiche del paziente, del regime di chemioterapia utilizzato, dalla patologia sottostante e, non da ultimo, dalle finalità del trattamento”*. Tra le caratteristiche del paziente le linee guida elencano *“L'età, il Performance Status (PS), la presenza di comorbilità (patologie cardiovascolari, renali, polmonari, obesità, malattie cerebrovascolari, pregresse infezioni fungine), una ridotta riserva midollare, un pregresso trattamento radiante su un capo maggiore al 20% della riserva midollare, ridotte funzioni immunitarie, ferite aperte, infezioni tissutali attive”*. Nessuno di tali fattori di rischio ricorreva nel caso di specie, né erano riscontrabili quelli correlati alla patologia tumorale; per quel che invece concerne il rischio legato al trattamento chemioterapico, è vero che dopo il secondo ciclo di chemioterapia era insorta una neutropenia, tanto che il terzo ciclo era stato differito alla settimana successiva e nel



frattempo erano stati somministrati (a scopo terapeutico) i fattori di crescita granulocitaria, ma non si era trattato di una neutropenia febbrile né di una neutropenia severa.

La terza censura riguarda la condotta del dr. [REDACTED] all'epoca Guardia Medica dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Trento.

Il dr. [REDACTED] venne contattato telefonicamente dal [REDACTED] una prima volta alle h. 6.30, e si limitò in questo caso a prescrivere la somministrazione di tachipirina. A seguito di una seconda telefonata, alle h. 6.50, il dr. [REDACTED] si recò presso l'abitazione della [REDACTED] dove giunse intorno alle 7.20, formulando una diagnosi di "virus intestinale" e praticando un'iniezione di Buscopan.

L'operato del dr. [REDACTED] è censurato anche dalla dott.ssa [REDACTED] sotto un duplice profilo: da un lato, ella osserva, *"il quadro clinico riferito dal marito ed il dato anamnestico di un recente trattamento chemioterapico, avrebbe imposto al medico di recarsi al domicilio della paziente con maggiore sollecitudine"*; dall'altro, *"la presenza di dolori addominali, diarrea e febbre avrebbe dovuto indirizzare la diagnosi verso un sospetto addome acuto e suggerire un immediato ricorso al Pronto Soccorso più vicino... la sua condotta [è] censurabile sia per non aver adeguatamente valutato il quadro clinico della signora [REDACTED] (sintomatologia addominale, vomito, febbre, ecc. in soggetto chemiotrattato) e sia per aver somministrato un antispastico come il Buscopan, che come è noto non dovrebbe essere utilizzato nel sospetto di un addome acuto"*.

La quarta censura si incentra sull'operato dei medici del Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Chiara, ed anche in tal caso la censura è condivisa dalla dott.ssa [REDACTED] non sotto il profilo della diligenza, ché al contrario la [REDACTED] venne visitata ogni venti/quaranta minuti e ci si preoccupò di far eseguire gli accertamenti necessari ad una diagnosi certa, ma in quanto *"già i dati clinici all'ingresso avrebbero potuto far sospettare la presenza di una patologia settica ed imporre, in considerazione della grave ipotensione e febbre, il ricorso a terapia infusiva ed antibiotica. Se andiamo ad analizzare le linee guida sul trattamento della sepsi/sepsi severa ..., vedremo infatti che la terapia volemica e l'antibioticoterapia debbono essere iniziate il più tempestivamente possibile"*.

L'aver individuato profili di colpa nell'operato di alcuni dei medici che ebbero in cura la ██████ non è ovviamente sufficiente al fine dell'affermazione di una responsabilità loro e della struttura sanitaria di appartenenza, essendo altresì necessario indagare l'esistenza del nesso causale. Indagine che la varietà di domande proposte dall'attore rende viepiù complessa, in quanto necessariamente diversificata a seconda del tipo di danno di volta in volta considerato: il ██████ ha infatti domandato, da un lato, il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali conseguenti al decesso della ██████ – che egli configura come diritto risarcitorio sia *iure proprio* che *iure hereditatis* –, e, dall'altro, il risarcimento, *iure hereditatis*, del danno da perdita di *chance*.

Premesso che l'indagine deve in entrambi i casi essere condotta alla stregua del criterio del “più probabile che non”, va osservato che, mentre nel caso del danno tanatologico l'evento da porre in relazione alla condotta colposa è rappresentato dalla morte, nel caso del danno da perdita di *chances* esso si identifica con la perdita di un risultato utile, che, ove venga in discussione, come nella specie, l'integrità prisco-fisica della persona, può consistere nella possibilità del paziente di veder rallentato il decorso della malattia, e quindi aumentata la durata della sopravvivenza, ovvero nella possibilità di fruire di migliori condizioni di vita nel corso della malattia, ovvero ancora nella possibilità di sopravvivenza.

La causa (ultima) della morte della ██████ – shock settico ad insufficienza multiorgano – non forma oggetto di contestazione, mentre lo è la patogenesi di tale stato.

La dott.ssa ██████ ha escluso che il quadro di shock settico possa aver avuto causa, o concausa, nella patologia tumorale, e lo ha invece collegato ad una flogosi acuta dell'appendice ciecale con microperforazioni. Osserva infatti il C.t.u.: “*Per quanto riguarda poi la patogenesi dello shock settico, come già detto, questo è da ascrivere ad una serie di fenomeni fisiopatologici succedutisi a cascata: entrata nel torrente sanguigno, attraverso loci perforativi a livello del cieco, di batteri (clostridium ramosus), che hanno provocato importanti alterazioni cellulari e del microcircolo, che a loro volta hanno indotto ipotensione arteriosa e riduzione della perfusione dei tessuti, causa dell'insufficiente acuta multiorgano*”.



Questa conclusione si fonda, innanzi tutto, sul riscontro di microperforazioni a livello del cieco da parte sia del radiologo che del chirurgo (nel referto della TAC effettuata alle 13.15 dell'8 maggio si legge: *"In particolare a livello del cieco si identifica soluzione di continuità lungo la parete mucosa anteriore con falda liquida in doccia ... Il quadro descritto è di enterocolite simil-pseudomembranosa verosimilmente complicata da perforazione tamponata a livello del cieco"*); a sua volta, nella descrizione dell'intervento eseguito, in laparoscopia, nel pomeriggio dello stesso giorno, il chirurgo dà atto che *"All'ispezione dei visceri si apprezza aspetto flogistico del cieco-ascendente con alcune minuscole bolle intrappolate nella sierosa (fatto microperforativo?)"*. Nella relazione integrativa depositata il 15 luglio 2014 il C.t.u. ha ulteriormente precisato: *"Alla base del processo iniziale riteniamo essere una enterocolite indotta dal Clostridium Ramosus [ndr: batterio la cui presenza venne accertata, insieme a quella di altri batteri, all'esame microbiologico di campioni di sangue prelevati alle h. 13.45], che il radiologo descrive simile alla colite pseudomembranosa, che come agente etiologico conosce un batterio, appartenente alla stessa famiglia, il Clostridium Difficile ... dobbiamo pensare che la leucopenia accertata l'8/5 sia ragionevolmente da ricondurre ad un meccanismo che possiamo definire di iperconsumo leucocitario, causato dal grave processo flogistico intestinale instauratosi acutamente. Calandoci ancor più nello specifico, riteniamo che questo si sia potuto realizzare con la migrazione di batteri intestinali, divenuti altamente patogeni, quali il Clostridium Ramosum, il Bacterioides Fragilis ed Enterococcus Avium, poi isolati, attraverso la soluzione di continuità della parete mucosa anteriore, documentata dalla TAC addominale"*.

Al fine di supportare l'ipotesi formulata, e di escludere al tempo stesso quella del C.t. di parte attrice, dr. [REDACTED] (quella cioè di un'enterite neutropenica da chemioterapia), il C.t.u. adduce una pluralità di elementi:

- i. fino all'inizio del terzo ciclo i valori leucocitari e piastrinici erano compresi nel range raccomandato, e non vi era quindi una leuco/neutropenia in atto;
- ii. nella settimana successiva all'ultimo ciclo di chemioterapia non risultano, sino alla serata del 7 maggio, cambiamenti in *pejus* della paziente;

- iii. non vi era alcuna documentazione di neutropenia al momento dell'insorgenza dei sintomi addominali;
- iv. la sintomatologia addominale era comparsa al settimo giorno dalla somministrazione dell'ultimo ciclo chemioterapico, mentre la tossicità della terapia antitumorale inizia a manifestarsi dopo circa 8-10 giorni dalla somministrazione ed il cd. nadir, cioè il valore più basso dei neutrofili, si colloca generalmente nella 14° giornata;
- v. gli esami ematochimici eseguiti presso il Pronto Soccorso alle 10.57, alle 15.04, ed alle 18.59, i quali registrano una riduzione progressiva ed elevata dei leucociti, depongono per un consumo di globuli bianchi e piastrine secondario all'infezione in atto piuttosto che come causa dell'infezione;
- vi. i quattro casi di decesso osservati in uno studio del 1998 a seguito della somministrazione della chemioterapia praticata alla ██████ riguardavano, in tre casi, donne di età superiore ai 70 anni, ed in tutti i casi il trattamento aveva indotto sintomatologie diverse da quelle registrate nella ██████ (tossicità midollare con leucopenia e trombocitopenia, che avevano condotto alla morte nel giro di 10-15 giorni per insufficienza renale e/o epatica);
- vii. il quadro clinico-radiologico rilevato non era patognomico della enterite neutropenica, riscontrandosi in diversi quadri infiammatori acuti addominali.

In definitiva, pertanto, se l'enterite neutropenica può conseguire al trattamento chemioterapico, tuttavia gli elementi evidenziati dal C.t.u. sono tali da non rendere nella specie tale ipotesi "più probabile che non". In particolare, se l'innesto di tale patologia in paziente oncologici può esser dato dalla neutropenia, e se questa è una delle possibili conseguenze del trattamento chemioterapico, tuttavia la circostanza, evidenziata dal C.t.u., che la riduzione dei leucociti si verifica generalmente a partire dall'ottavo/decimo giorno dalla somministrazione, e raggiunge il suo apice nel quattordicesimo giorno, colloca la fattispecie in esame al di fuori di quella rilevante probabilità idonea a fondare l'affermazione dell'esistenza del nesso causale nell'ambito della responsabilità civile.



Per quel che invece concerne l'incidenza sull'esito finale dei ritardi che si vennero ad accumulare nella giornata dell'8 maggio a partire dalle 5 del mattino, allorquando il sig. ██████ si rivolse al reparto di oncologia dell'Ospedale S. Chiara, va premesso che essi sono attribuibili a vari soggetti: all'operatore del reparto di oncologia che rispose al telefono ed indirizzò il ██████ verso la Guardia Medica – condotta invero non compresa fra le doglianze formulate in atto di citazione ma censurata anch'essa dalla dott.ssa ██████ come comportamento *“da inserire in un contesto di tipo organizzativo”*, atteso che la valutazione del quadro clinico della ██████ doveva essere compiuta dal medico oncologo reperibile in reparto e non essere demandata alla Guardia Medica, che può non possedere *“il bagaglio tecnico-scientifico per conoscere nei dettagli la tossicità legata ai diversi farmaci impiegati e soprattutto non conosce la storia clinica della paziente”*; alla Guardia Medica, che, come già detto, si recò presso l'abitazione della ██████ solo dopo la seconda telefonata e non fu in grado di inquadrare la patologia né suggerì un rapido invio al Pronto Soccorso; al medico del Pronto Soccorso, che non pervenne tempestivamente ad una diagnosi, cosa che avrebbe consentito di instaurare da subito una terapia maggiormente mirata.

Il ritardo in tal modo accumulato è stato indicato dal C.t.u. in complessive sette ore (dalle 5 del mattino alle 13, quando si pervenne alla diagnosi definitiva, di cui le prime quattro ore e mezzo trascorse dal primo contatto con la struttura sanitaria all'arrivo in Pronto Soccorso e le restanti tre ore e mezzo all'interno del Pronto Soccorso), che il C.t.u. però considera soltanto quale fattore di *“contenuta riduzione delle chances di sopravvivenza”*, quantificata nell'ordine del 10%.

La dott.ssa ██████ ha dunque escluso, sia pure implicitamente, l'esistenza di un nesso causale tra tali ritardi e la morte, cosa che evidentemente si ricollega all'affermazione che *“la sepsi severa, una volta instauratasi, è una patologia gravata di per sé da altissima mortalità”*; in un passo precedente della relazione il C.t.u. aveva in particolare precisato che *“Alcuni studi fanno osservare che ogni ora di ritardo, trascorse le prime 6 ore dalla manifestazione dell'ipotensione, comporta in media una riduzione della sopravvivenza del 7,6%, in una situazione già gravata comunque da una elevata mortalità (circa il 60%)”*.



La circostanza, quindi, che la patologia settica presenti di per sé un tasso elevato di mortalità induce ad escludere che un inizio tempestivo della terapia mirata intorno alle 6/7 del mattino (dovendosi tener conto di un tempo fisiologico occorrente per la valutazione dell'oncologo, l'arrivo dell'ambulanza presso l'abitazione della [REDACTED] ed il suo successivo trasporto in Ospedale, la diagnosi da parte dei medici del Pronto Soccorso) potesse scongiurare, con elevata probabilità, l'esito finale. Ciò tanto più ove si consideri che lo stato di ipotensione si instaurò successivamente alla visita della Guardia Medica (a pag. 7 della relazione integrativa si legge che, in quel momento, *"Dal punto di vista pressorio i valori erano ancora nella norma (120/80)"* – sì che, al momento dell'arrivo in Pronto Soccorso alle 9.26, ed anche in quello della formulazione della diagnosi definitiva alle 13, non erano ancora decorse le 6 ore che, secondo la letteratura medica, comportano un aggravamento del rischio collegato alla patologia in quanto tale.

Escluso, pertanto, che la domanda di risarcimento del danno tanatologico possa trovare accoglimento, occorre esaminare quella di risarcimento del danno da perdita di *chance*, tenendo conto che essa è un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile d'autonoma valutazione, onde la sua perdita, *id est* la perdita della possibilità consistente di conseguire il risultato utile di cui risulti provata la sussistenza, configura un danno concreto ed attuale suscettibile di autonomo risarcimento (cfr. Cass., 4 marzo 2004, n. 4400).

Se è poi vero che, come già osservato, il modello d'indagine del nesso causale rimane anche in tal caso fondato sulla regola probatoria del "più probabile che non", va tuttavia osservato che, quando si discorre in termini di perdita di *chance*, vale a dire di perdita della possibilità di ottenere un risultato utile, occorre dare per scontato che *"non è possibile affermare che l'evento si sarebbe o meno verificato, ma si può dire che il paziente ha perso, per effetto di detto inadempimento, delle chance, che statisticamente aveva, anche tenuto conto della particolare situazione concreta"* (così la già citata Cass. n. 4400/04; cfr. anche Cass., 17 settembre 2013, n. 21255 e Cass., 27 marzo 2014, n. 7195).



La domanda attorea di risarcimento del danno per perdita di *chance* si riferisce, in primo luogo, al ritardo nella comunicazione del referto del pap test.

Tale referto recava una diagnosi di carcinoma in situ (o CIN III), e quindi di una neoplasia in stadio preinvasivo, mentre a seguito degli accertamenti eseguiti a partire dal gennaio 2008 il tumore verrà indicato quale “*carcinoma squamoso poco differenziato infiltrante – stadio FIGO IIA*”, ed era pertanto già esteso in vagina. “*Da ciò – osserva il C.t.u. – è possibile avanzare l’ipotesi che al momento della visita del dr. [REDACTED] il tumore fosse o localizzato al collo dell’utero o già localmente esteso in vagina*”, sì che, mentre nella prima ipotesi l’opzione terapeutica sarebbe stata quella chirurgica radicale, nella seconda il percorso terapeutico non sarebbe stato diverso da quello nella specie seguito (e cioè intervento chirurgico preceduto da cicli di chemioterapia).

Il C.t.u. non si è tuttavia espresso in senso favorevole all’una o all’altra ipotesi, per la mancanza di “*elementi scientifici di certezza*”. Non solo, infatti, alla dott.ssa [REDACTED] non è stato possibile procedere ad una comparazione fra l’ecografia eseguita dal dr. [REDACTED] nel luglio 2007 e la colposcopia effettuata a gennaio 2008 (soltanto la seconda, e non la prima, è stata acquisita agli atti), ma, ella avverte, tale comparazione non avrebbe comunque portato a risultati certi a causa della diversità delle due metodologie di indagine e della mancanza di misurazioni della massa neoplastica. Il C.t.u. ha inoltre riportato dati della letteratura medica relativi a donne affette da tumore al collo dell’utero, in stadio preinvasivo ovvero invasivo, che sembrano deporre per una progressione lenta della malattia e per una non significativa incidenza di un ritardo di cinque mesi sulla evoluzione della neoplasia da stadio localizzato in utero a stadio esteso in vagina, ma gli studi in materia sono pochi (“*perché ovviamente in caso di diagnosi di tumore, lo stesso viene immediatamente trattato*”), e riferiti pressoché esclusivamente a donne in cinta che hanno ritardato l’inizio del trattamento terapeutico per consentire la prosecuzione della gravidanza (e quindi ad un campione che non appare significativo sotto il profilo numerico, né sovrapponibile, per i mutamenti notoriamente indotti dallo stato di gravidanza, a quello in esame). Chiamata da questo Giudice ad indicare in termini percentuali i casi in cui l’esito del pap test porta a diagnosi di CIN III pur in presenza di carcinoma già invasivo, la dott.ssa [REDACTED] ha precisato che in letteratura esistono casi in cui al riscontro di H-SIL



all'esame citologico del pap test (com'è stato per l'esame effettuato dalla ██████ nel luglio 2007) ha fatto seguito una diagnosi di carcinoma invasivo all'esame istologico, aggiungendo che "*Dati di letteratura riportano questa situazione dal 2% al 7,9% dei casi*". Se dunque, gli elementi raccolti non possono fornire una risposta, in termini di "certezza scientifica", al quesito concernente lo stadio della malattia al momento della visita del luglio 2007, ciò non significa che esso non possa ricevere soluzione in questa sede.

Nel caso di specie, è certo l'inadempimento dell'obbligazione di protezione sorta per effetto del "contatto" fra la ██████ da un lato ed il medico e la struttura ospedaliera dall'altro (il ritardo nella comunicazione del referto del pap test ed il conseguente ritardo nell'esecuzione degli ulteriori accertamenti); è certo, inoltre, che quando quegli accertamenti vennero infine effettuati, il tumore risultò essere esteso in vagina. A fronte di ciò, il fatto astrattamente idoneo ad escludere il nesso causale tra condotta ed evento (la esistenza, già al momento della visita del luglio 2007, di un tumore invasivo) non può essere invocato, anche se sotto il profilo statistico quel fatto sia "più probabile che non", da chi quell'accertamento avrebbe dovuto rendere possibile e non l'abbia invece fatto (cfr. Cass., 17 febbraio 2011, n. 3847, nonché Cass., 27 aprile 2010, n. 10060, la quale ricorda altresì che, vertendosi in tema di responsabilità contrattuale, costituisce onere del medico, per evitare la condanna in sede risarcitoria, dimostrare che non vi è stato inadempimento da parte sua, ovvero, se vi è stato inadempimento, provare che l'insuccesso dell'intervento è dipeso da fattori indipendenti dalla sua volontà). A ciò si aggiunga che il fatto idoneo ad escludere il nesso causale era non già "più probabile che non", ma al contrario "più improbabile che non": dire che "*la prevalenza di CIN 2 e CIN 3 e del carcinoma invasivo in donne che all'esame citologico presentavano cellule con L-SIL e H-SIL*" va dal 2 al 7,9%" significa che, al contrario, in 92,1 fino a 98 donne su 100 che presentavano un esame citologico CIN 3 non è stato poi riscontrato un carcinoma invasivo.

Deve quindi ritenersi provata l'elevata probabilità di una localizzazione della neoplasia al solo utero al momento dell'esecuzione del pap test, e se la circostanza che il decesso si sia verificato per una causa, sopravvenuta, estranea alla patologia neoplastica e dotata di autonoma efficienza causale, esclude che, nei riguardi del dr. ██████ e dell'Ente Ecclesiastico Figlie di S. Camillo, possa venire in considerazione il danno da perdita da



chance consistente nella possibilità di sopravvivenza, rimane tuttavia il fatto che, in difetto del ritardo nella comunicazione del referto del pap test, la [REDACTED] avrebbe potuto sottoporsi al solo intervento chirurgico, evitando così il trattamento chemioterapico e le deteriori condizioni di vita che esso necessariamente comporta sotto il profilo sia fisico che psicologico.

La *chance* perduta, e quindi il danno, si identificano in questo caso nella possibilità di conservare, durante il decorso della malattia, una migliore qualità della vita (cfr. Cass., 18 settembre 2008, n. 23846). Tale danno può essere liquidato, tenuto conto, da un lato, della durata (circa due mesi) del trattamento chemioterapico e, dall'altro, dello spiccato peggioramento della qualità di vita che esso notoriamente comporta, nella complessiva somma di € 30.000,00, e quindi in € 15.000,00 per la quota ereditaria spettante all'attore. Trattandosi di danno liquidato all'attualità, la rivalutazione monetaria e gli interessi legali andranno computati soltanto dalla data di pubblicazione della presente sentenza al giorno del saldo effettivo.

Il relativo risarcimento va posto a carico, in via solidale, all'Ente Ecclesiastico Figlie di S. Camillo ed al dr. [REDACTED]

Per quel che in particolare riguarda quest'ultimo, nessun rilievo può assumere la sentenza di assoluzione, per insussistenza del fatto, pronunciata in suo favore in data 15 luglio / 3 settembre 2015: non risulta, infatti, che tale sentenza sia divenuta definitiva, e, in ogni caso, essa non potrebbe mai esplicitare nella presente sede efficacia di giudicato, perché pronunciata ai sensi dell'art. 530, comma 2°, c.p.p. ed in un procedimento penale in cui si sono costituite parte civili soltanto [REDACTED] e [REDACTED] non avendo invece l'attore trasferito in sede penale l'azione civile.

Con riferimento, invece, al ritardo nella gestione della situazione di emergenza verificatasi nella notte fra il 7 e l'8 maggio, appare configurabile un danno da perdita di *chance* consistente nella perdita della possibilità di sopravvivenza.

In una situazione in cui i medici e la struttura sanitaria chiamati a gestire l'emergenza hanno dato una risposta errata (com'è il caso del dr. [REDACTED] ovvero comunque inadeguata (com'è invece il caso del reparto di oncologia e dei medici del Pronto



Soccorso), è possibile affermare che, *“in presenza di fattori di rischio, detta carenza (che integra l’inadempimento della prestazione sanitaria) aggrava la possibilità che l’esito negativo si produca”* (così Cass. n. 4400/2004).

Tanto è stato espresso dalla dott.ssa [REDACTED] nel momento in cui ella ha parlato di una *“contenuta riduzione delle chances di sopravvivenza”* della [REDACTED] quale conseguenza del ritardo diagnostico della patologia settica.

La circostanza che si sia trattato di una riduzione contenuta, se può incidere sulla quantificazione del risarcimento, non è invece idonea ad escludere l’esistenza del nesso causale. Come già detto, l’evento da porre in relazione alla condotta colposa dei medici (o della struttura sanitaria) non è in questo caso la morte, perché questa valutazione è stata già compiuta nell’escludere la risarcibilità del danno tanatologico, ed il riprodurla con riguardo alla perdita della possibilità di sopravvivenza è logicamente scorretto e finirebbe col rendere l’autonoma risarcibilità della perdita di quel risultato una mera affermazione di principio, mai destinata a condurre al riconoscimento di un danno risarcibile.

È dunque, ed invece, la possibilità di sopravvivenza a dover rappresentare un risultato concreto e probabile, e, nella specie, le indicazioni fornite dalle linee guida sul trattamento della sepsi e della sepsi severa circa un inizio il più possibile tempestivo della terapia volemica e antibiotica, e gli studi sulla percentuale di riduzione della sopravvivenza per ogni ora di ritardo – entrambi riportati dalla C.t.u. –, rendono altamente probabile, se non addirittura certa, l’incidenza positiva di una terapia tempestiva sulle possibilità di sopravvivenza del paziente settico. Che è poi quanto sinteticamente espresso dalla dott.ssa [REDACTED] con l’affermare che *“È intuitivo che il ritardo nell’effettuare queste terapie aumenta la mortalità”*.

Il danno può essere liquidato tenendo conto dell’età della [REDACTED] all’epoca dei fatti e dell’importo previsto dalle Tabelle Milanesi aggiornate al 2014, per un’invalidità totale di persone di quell’età (€ 915.711,00), rapportato alla percentuale di riduzione delle possibilità di sopravvivenza (10%), e quindi in complessivi € 92.000,00, pari ad € 46.000,00 per la quota ereditaria spettante all’attore, oltre a rivalutazione monetaria e interessi di legge dal 1° gennaio 2014 al giorno del saldo effettivo.



