



**REPUBBLICA ITALIANA**

**Il Tribunale Ordinario di Milano**

*SEZIONE PRIMA CIVILE*

in persona del giudice dott. Andrea Manlio Borrelli, pronuncia

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di primo grado

iscritta al n. 20970/2021 R.G.

promossa da:

*Parte\_1* (c.f. *C.F.\_1* ) e *Parte\_2*  
(c.f. *C.F.\_2* ), rappresentati e difesi dall'Avv. [REDACTED] [REDACTED] (c.f.  
*C.F.\_3* ) presso il quale sono elettivamente [REDACTED] in [REDACTED]  
[REDACTED] (PEC: *Email\_1* ) ;

- attori-

contro

*Controparte\_1* (c.f./p.IVA *P.IVA\_1* ), in persona del  
Presidente Dr. *CP\_2* rappresentata e difesa dagli Avv.ti [REDACTED] [REDACTED] (c.f.  
*C.F.\_4* ), [REDACTED] [REDACTED] (c.f. *C.F.\_5* ) e [REDACTED] [REDACTED]  
[REDACTED] (c.f. *C.F.\_6* ), elettivamente domiciliata presso l'Avv. [REDACTED] in

Milano, [redacted] – PEC:

Email\_2

-

Email\_3

-

Email\_4

;

-convenuta-

con atto di citazione notificato il 22.4.2021;

avente a oggetto: responsabilità sanitaria - risarcimento danni patrimoniali e non patrimoniali;

### **conclusioni degli attori:**

<<Voglia il Tribunale Ecc.mo adito, *contrariis rejectis*, così giudicare: previa acquisizione dell'incartamento relativo al procedimento ex art. 696 bis cpc Tribunale Milano Giudice Dott.ssa Martina Flamini n.r.g 19508/2019, affermare la responsabilità contrattuale del convenuto Controparte\_1 in ordine ai fatti per cui è causa e conseguentemente condannarlo al risarcimento dei danni tutti patrimoniali e non patrimoniali subiti dagli attori in ordine ai fatti di causa, nella misura che risulterà di giustizia oltre ad interessi al tasso di legge dal fatto sino all'introduzione della domanda e quelli moratori ex D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 dall'introduzione del giudizio, oltre rivalutazione monetaria, sino al saldo. Con il favore delle spese, competenze e onorari di causa da distrarsi in favore del procuratore antistatario ex art. 93 c.p.c.

IN VIA ISTRUTTORIA: si chiede:

- l'acquisizione dell'incartamento relativo al procedimento ex art. 696 bis cpc Tribunale Milano Giudice Dott.ssa Martina Flamini n.r.g 19508/2019;

- ammettersi prova per testi sui seguenti capitoli di prova preceduti dall'espressione "vero che":

1) A 14 anni, giocando con altri bambini sotto un vagone ferroviario presso la sua casa natale in Romania, il signor Pt\_1 ebbe un infortunio al piede sinistro che rimase sotto una ruota, all'altezza della falange prossimale?

2) Da allora il piede sinistro rimase con poca sensibilità tattile e termica, molto fragile tanto da dover indossare il signor Pt\_1 sempre un numero più grande di scarpe?

3) Nel gennaio del 2004 In Italia, a seguito di un problema al dito mignolo dell'arto inferiore sinistro, si recò al [REDACTED] di Milano, dove un podologo prescrisse un cerotto che ebbe purtroppo un effetto corrosivo distruggendo anche parte del tessuto organico creando così una necrosi?

4) In conseguenza di detto evento fu costretto a ricoverarsi nel marzo del 2004 presso l' [REDACTED] *Controparte\_3* ?

5) In tale circostanza venne fatta menzione, per la prima volta, dell'arterite di *Pt\_3* senza aver fatto i necessari approfondimenti del caso e senza aver tenuto conto di quanto accaduto in precedenza?

6) L'arteriografia aorto-femorale bilaterale non mostrò stenosi significative lungo l'aorta addominale, gli assi iliaci, le arterie femorali e poplitee in entrambi i lati, salvo la presenza di modeste irregolarità parietali lungo il tratto aortico sottorenale e che i vasi apparivano del tutto normali, in pratica i due arti inferiori apparivano identici, ad eccezione del circuito vascolare delle dita dell'arto inferiore sinistro?

7) Il signor *Pt\_1* dal 2004, per circa nove anni, continuò una vita normale, senza particolari problemi fisici, pur lavorando 12 / 14 ore al giorno per 365 giorni all'anno, senza le falangi delle dita dell'arto inferiore sinistro, svolgendo un lavoro (parcheggio, manutenzione e lavaggio autovetture) che lo costringeva praticamente a stare sempre in piedi?

8) Il signor *Pt\_1* nel settembre 2013 si recò all'ospedale *CP\_1* in ricerca di alternative per correggere, se possibile, questa situazione (in pratica un'imperfezione dell'avampiede sinistro ed un minimo di claudicatio intermitens)?

9) Dopo la PTA dell'arteria femorale superficiale sinistra del settembre 2013 per quasi un altro anno (nove mesi circa) il signor *Pt\_1* continuò la sua vita normale senza particolari problemi fisici e continuando nella sua attività lavorativa di parcheggiatore?

10) Nel luglio del 2014 il signor *Pt\_1* si recò nuovamente presso [REDACTED] [...] *CP\_1* di Milano ove venne sottoposto ad un intervento di by-pass dell'arteria femorale sovragenicolare?

11) Anche dopo tale intervento, la situazione si stabilizzò, e per altri cinque mesi il signor **Pt\_1** tornò a svolgere la sua vita quotidiana e la sua attività lavorativa in piena autosufficienza?

12) Nel dicembre del 2014, iniziando ad avvertire un fastidio all'arto inferiore sinistro (che peraltro non presentava infezioni, ulcere o altri problemi di sorta) il signor **Pt\_1** tornò all'Ospedale **CP\_1** ove in data 24.12.2014 fu sottoposto ad intervento di by pass femoro popliteo BK in vena safena in situ+ legatura di due fistole artero-venose”?

13) Dimesso il 29.12.2014, nel gennaio 2015 il signor **Pt\_1** iniziò ad avvertire bruciore e sensazione di calore nella sede del by-pass, con deiscenza della ferita, trattata senza particolare beneficio presso gli Ambulatori di Vulnologia e di Chirurgia Vascolare **[REDACTED]** di Milano?

14) Un esame colturale su biopsia effettuato in data 6.2.15 presso **[REDACTED]** di Milano risultava positivo per **Parte\_4** sensibile all'antibiogramma a ciprofloxacina (come da doc. 5 che si rammostra)?

15) Tuttavia sullo stesso esame colturale su biopsia, un referto esame microbiologico, pure recante la stessa data di accettazione del 6/2/15, effettuato sempre presso **[REDACTED]** di Milano, contrassegnato dallo stesso No. Paziente (51703630) e dallo stesso No. Richiesta del precedente (43378057, a firma della Dott.ssa **Persona\_1** , consegnato solo successivamente al signor **Pt\_1** , risultò positivo non solo per **Parte\_4** ma anche per Acinetobacter baumannii M DR+ (multi drug resistant) (come da doc. 5 che si rammostra)?

16) Il Dott. **Per\_2** (specializzando di chirurgia vascolare di guardia), in data 09.03.2015, certificò la patologia dalla quale era affetto il signor **Pt\_1** (“Ha eseguito esame colturale risultato positivo per Acinetobacter MDR+”)?

17) Il Dott. **Per\_2** chiamò immediatamente anche lo specialista infettivologo (Dott.ssa **Persona\_3** che, contrariamente ai protocolli, decise solo di rifare l'esame microbiologico: “Si contatta pertanto infettivologo (dr.ssa **Persona\_3** che suggerisce: sospensione attuale terapia con Ciproxin. Esecuzione di nuovo esame colturale. Esecuzione esami ematici (...) da ricontattare infettivologo per parere una volta avuti gli esiti dei suddetti esami” (come da doc. 7 che si rammostra)?

18) Solo la mattina del 17.03.2015, presso il Dipartimento di Malattie Infettive di [REDACTED] di Milano, il signor Pt\_1 venne visitato da uno staff di medici della chirurgia vascolare, della vulnologia e da un medico infettivologo, i quali, PER LA PRIMA VOLTA, informarono il paziente della reale situazione in cui si trovava, e consegnarono a mano il referto microbiologico che confermava la presenza dell' [...] [REDACTED]

Parte\_5 e che doveva rimanere in TOTALE INSOLAMENTO da contatto (come da protocolli) per un periodo di tempo indeterminato, eseguendo delle terapie antibiotiche specifiche (che risultano sempre dal referto)?

19) Le condizioni attuali del signor Pt\_1 (febbraio 2022) non evidenziano, a distanza di sette anni dall'operazione del dicembre 2014 e di diciotto anni dal primo ricovero in Italia, alcun avanzamento e/o progressione della patologia vascolare?

20) Il signor Pt\_1 lamenta attualmente una drastica riduzione dell'autonomia conseguente all'uso della protesi, ove per stabilizzare l'equilibrio risulta indispensabile l'utilizzo di una stampella canadese con maggiore affaticabilità per gli arti superiori?

21) La deambulazione avviene solamente con appoggio massivo sull'arto inferiore destro e su stampella con "spinta" protesica non sufficientemente controllata tale da provocare disequilibrio e disarmonia deambulatoria?

22) Il signor Pt\_1 soffre anche di dermatite e di infezioni inguinali, dovute al fatto che deve tenersi la protesi per 14 ore al giorno ed anche di più (dalle 04.30 alle 22.00, orari di apertura del garage)?

23) Il signor Pt\_1 soffre altresì di calo del tono dell'umore e persistenza di sindrome dell'arto fantasma, connotata da intensa sintomatologia dolorosa insensibile al trattamento con antiinfiammatori classici?

24) Il sig. Pt\_1 avverte tuttora la posizione dell'arto e ne accusa sensazioni moleste e spesso dolorose con movimenti come se questo fosse ancora presente?

25) Il signor Pt\_1 è stato riscontro affetto nel 2018 da una sintomatologia compatibile con disturbo da stress post traumatico in presenza di numerosi sintomi intrusivi di evitamento e derealizzazione, associata da una grave sintomatologia di tipo depressivo con sintomi quali tristezza persistente, assenza di speranza circa il futuro, insoddisfazione, paura di un peggioramento, anedonia, blocco emotivo, irritabilità, affaticamento anche

correlato al mancato utilizzo dell'arto amputato, confusione mentale, inappetenza fluttuante, aumento di peso dovuto alla minore attività fisica (come da doc. 10 che si rammostra)?

26) Il signor *Pt\_1* a fine del 2020 è stato riconosciuto affetto da una situazione di: “gravissima sintomatologia depressiva reattiva a problemi inerenti il suo stato di salute, connotata da un sentimento di rabbia e frustrazione, con sentimento profondamente radicato di essere stato trattato ingiustamente” (come da doc. 20 che si rammostra)?

27) Il signor *Pt\_1* per contrastare le sofferenze psicofisiche, deve assumere tre Aulin al giorno, ed una compressa di Brufen 100?

28) Le mutate condizioni psico-fisiche del sig. *Pt\_1* a seguito delle lesioni subite nel dicembre 2014-marzo 2015 hanno comportato una inevitabile ripercussione sul suo stile di vita, peggiorandolo notevolmente?

29) Il Sig. *Pt\_1*, dopo le lesioni subite nel dicembre 2014-marzo 2015 ha dovuto cessare qualsiasi tipo di attività sportiva, quando invece prima degli eventi per cui è causa si dedicava quasi quotidianamente alla boxe, al karate ed allo jogging?

30) Il signor *Pt\_1* aveva attrezzato una stanza della sua abitazione con gli attrezzi per svolgere tali attività (panca, sacco per la boxe, pesi e cyclette)?

31) Il signor *Pt\_1* attualmente è impossibilitato a svolgere anche semplici passeggiate, ed ha smontato tutte le sue attrezzature (nella stanza è rimasto solo la staffa del sacco per la boxe)?

32) Il signor *Pt\_1* ha perso qualsiasi voglia di uscire di casa anche solo per vedere gli amici e conoscenti?

33) Il signor *Pt\_1* ha difficoltà ad avere rapporti intimi con la propria compagna signor *Persona\_4*

34) Il signor *Pt\_1* ha perso il desiderio di andare al cinema, di leggere libri, di frequentare centri commerciali con la propria compagna, di frequentare pub e ristoranti nei fine settimana con la compagna e gli amici, di andare ai parchi divertimenti, di prendersi cura della propria abitazione?

35) Il signor *Pt\_1*, anche solo per recarsi a fare la spesa deve essere accompagnato da due persone di fiducia (signori *Per\_5* e *Parte\_6* ?

36) Il signor **Pt\_1**, dopo gli eventi del dicembre 2014-marzo 2015 ha una gravissima sofferenza interiore, dovuta al dolore dell'animo, alla disistima di sé per le sue condizioni attuali (ha perso un arto !), alla paura ed alla disperazione per non poter più essere l'uomo che era prima del dicembre del 2014, cioè un uomo attivo e totalmente autonomo?

37) Il signor **Pt\_1**, dopo gli eventi del dicembre 2014-marzo 2015 ha perso la propria peculiare capacità lavorativa specifica di socio d'opera di un garage/officina, la **[REDACTED]** s.a.s. in cui svolgeva mansioni di meccanico e di addetto al lavaggio autovetture (come da doc. 11 che si rammostra)?

38) Il signor **Pt\_1** dopo gli eventi del dicembre 2014-marzo 2015 è impossibilitato a spostare le autovetture, a lavarle, ad effettuare la manutenzione delle medesime, nonché alla manutenzione del parcheggio?

39) Il signor **Pt\_1**, trattandosi di socio d'opera la **[REDACTED]** s.a.s., tra l'altro, non può farsi sostituire da altro personale?

40) La Commissione **[REDACTED]** della Regione Lombardia ha accertato in capo al signor **Pt\_1** una riduzione della capacità lavorativa in una scala dal 34% al 73% praticamente pari al massimo, e cioè pari al 67%, evidenziando come la capacità di deambulazione sia sensibilmente ridotta (come da doc 15 che si rammostra)?

41) Il nucleo familiare del signor **Pt\_1** è composto da oltre 30 anni dalla signora **Parte\_2** (compagna convivente), con la quale ha iniziato a frequentarsi nel lontano 1988 (quando **Per\_4** aveva solo 18 anni!)?

42) La signora **Pt\_2** laureata in giurisprudenza con il massimo dei voti in Romania, si dedica quotidianamente alla cura, all'assistenza ed al conforto del Signor **Pt\_1** ?

43) La signora **Pt\_2** vive con il reddito del signor **Pt\_1** ?

44) I coniugi **Pt\_1** sono persone oneste, laureate (il signor **Pt\_1** in matematica e fisica) che dopo una vita dedicata al solo lavoro, in conseguenza dei fatti del dicembre 2014-marzo 2015 si trovano al limite della sopravvivenza?

Testimoni: **Per\_5** e **Parte\_6** in **[REDACTED]** Milano su tutti i capitoli da sub. 1 a sub. 44; Dott.ssa **Persona\_1** e Dott. **Tes\_1** in Milano **[REDACTED]** Milano sui capitoli da sub. 12 a sub. 18; Dott. **Testimone\_2** **[REDACTED]** Milano; **CP\_4** e **CP\_5** entrambi **[REDACTED]** sui

capitoli da sub. 19 a sub. 44; Prof.ssa *Testimone\_3* e Dott. *Tes\_4* presso Ospedale *[REDACTED]* Milano sui capitoli da sub. 23 a sub. 28; *CP\_6* *[REDACTED]* Milano; *CP\_7* , *[REDACTED]* Milano; *Controparte\_8* *[REDACTED]* Milano; *Controparte\_9* *[REDACTED]* Milano; *Controparte\_10* , *[REDACTED]* *[REDACTED]* Milano tutti sui capitoli da sub. 19 a sub. 44; Dott. *Testimone\_5* e Dott. *[REDACTED]* *Per\_6* , *[REDACTED]* Milano e Dott. *Testimone\_6* *[REDACTED]* *[REDACTED]* Roma sui capitoli da sub 3 a sub. 6.

Si chiede altresì disporre integrazione della consulenza tecnica medico-legale o rinnovazione limitatamente alla valutazione medico-legale del danno all'integrità psichica e fisica effettivamente subito dal signor *Pt\_1* , alla riduzione della sua capacità lavorativa, ed alle spese future di assistenza e di protesizzazione, in conseguenza della vicenda per cui è causa.>>.

### **conclusioni della convenuta:**

<<nel merito, in principalità: respingere le domande attoree siccome infondate in fatto e diritto, spese del giudizio rifuse;

in subordine: liquidare in favore del sig. *Pt\_1* i danni rigorosamente accertati come conseguenza immediata e diretta dell'anticipata amputazione dell'arto inferiore sinistro che è tutt'al più imputabile all'Ente ospedaliero convenuto e comunque respingere la domanda risarcitoria della sig.ra *Pt\_2* >

## **Concisa esposizione delle RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE**

Con l'atto di citazione introduttivo del presente giudizio, che ha fatto seguito al procedimento *ex art. 696 bis c.p.c.* R.G. n. 19508/2019 promosso nei confronti dell' *Controparte\_1* il Signor *Parte\_1* e la Signora *Parte\_2* *[...]* narrata lunga e complessa vicenda clinica dell'attore, hanno chiesto la condanna

della convenuta al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali (biologico, morale, da “mancato consenso informato” e parentale) che affermano di avere subito in conseguenza della vicenda sanitaria di cui è causa.

*Controparte\_1* costituitasi con comparsa di risposta depositata con modalità telematica il 7.1.2022, contesta le pretese attoree sia in ordine all'*an*, escludendo che al personale sanitario dell'Ospedale [REDACTED] sia ascrivibile negligenza, imprudenza o imperizia, sia in ordine al *quantum*.

Chiede quindi, in principalità, respingersi le domande proposte dagli attori e, in via subordinata, di limitare il risarcimento ai danni accertati come conseguenza immediata e diretta dell'anticipata amputazione dell'arto inferiore sinistro che sia eventualmente imputabile all'Ente ospedaliero convenuto e comunque di respingere la domanda risarcitoria della Sig.ra *Pt\_2*

Dopo la concessione di termini *ex art. 183 co. VI c.p.c.*, la causa è passata in decisione sulle conclusioni riportate nell'epigrafe della presente sentenza.

\*

La domanda proposta da *Parte\_1* deve essere accolta, nei termini che seguono.

Osserva innanzitutto il giudice che la relazione di consulenza tecnica d'ufficio, redatta dai Dottori *Persona\_7* (specialista in Medicina Legale), *Persona\_8* (specialista in Chirurgia Generale e in Chirurgia Vascolare) e *Persona\_9* (specialista in malattie infettive) nel corso del procedimento di ATP *ex art. 696 bis c.p.c.* con R.G. n. 19508/2019, appare motivata in modo chiaro e persuasivo, secondo logica e con dovizia di riferimenti alla letteratura scientifica, ed è congrua nelle conclusioni.

Tale relazione, il cui contenuto (noto alle parti) qui si richiama integralmente, pone in evidenza che (cfr. p da 2 a 4 c.t.u.):

- Il Sig. *Pt\_1* [REDACTED] venne ricoverato una prima volta [REDACTED] *CP\_1* di Milano dal 22.9.13 al 25.9.13 per “Arteriopatia Obliterante Cronica arti

inferiori determinante stenosi serrata dell'arteria femorale superficiale sinistra; quadro documentato da ecocolordoppler arterioso agli arti inferiori"; il ricorrente presentava in anamnesi: "Tabagismo attivo e Morbo di Buerger".

- La diagnosi di arteriopatìa venne posta la prima volta nel 2004 allorché fu ricoverato all' *Controparte\_3* di Milano per ischemia a carico dell'arto inferiore sinistro con lesione necrotica del V dito del piede; sottoposto ad arteriografia aortobifemorale, veniva formulata la diagnosi di: "arterite di Buerger".

- Per tale ragione in data 5.3.2004 venne eseguito intervento di "gangliectomia lombare sinistra" con regolare decorso post-operatorio.

- A fine 2004 il Sig. *Pt\_1* venne sottoposto all'amputazione dell'avampiede sinistro.

- Seguirono varie sedute terapeutiche (malarioterapia) in Roma.

- Tra il 2004 e il 2013 non furono segnalate complicanze vascolari a carico degli arti inferiori.

- Nel 2008 resezione ileale per ischemia in ansa strozzata da briglia.

- Nel settembre del 2013, durante il primo ricovero presso il *CP\_1* il paziente veniva sottoposto a studio angiografico degli arti inferiori e PTA dell'arteria femorale superficiale sinistra, con decorso post-operatorio regolare. Lo studio angiografico post-procedurale evidenziava pervietà della femorale superficiale sinistra, in assenza di stenosi residue o segni di dissecazione, con pervietà dell'asse femoro-popliteo e tibiale dell'arto omolaterale; l'ecocolordoppler di controllo non evidenziava ematomi in sede di puntura percutanea, non evidenziava pseudoaneurismi e/o tramite fistolosi artero-venosi. Dimesso con programma di controlli ambulatoriali e con la raccomandazione di sospendere il fumo.

- Nel luglio del 2014 (2.7.14 – 5.7.14) viene documentato nuovo ricovero all'Osp. *CP\_1* per "Ischemia critica arto inferiore sinistro con dolore a riposo". Ad un ecocolordoppler agli arti inferiori eseguito in data antecedente il ricovero si riscontrava occlusione dell'arteria femorale superficiale sinistra. In data 2.7.14 il paziente veniva sottoposto in anestesia generale a *by pass* femoro-popliteo AK (Above-Knee, sopra il

ginocchio) sinistro in protesi Goretex Propaten 6 mm, con decorso postoperatorio regolare.

- Dal 23.12.14 al 29.12.14 nuovo ricovero al CP\_1 di Milano per ischemia critica all'arto inferiore sinistro con *deficit* sensitivo-motorio. L'ecocolordoppler arterioso arti inferiori eseguito al ricovero evidenziava occlusione del *bypass* femoro-popliteo sinistro. L'angiografia preoperatoria confermava occlusione all'origine del *bypass* femoro-popliteo; mancata opacizzazione dell'arteria femorale superficiale. L'esame dimostrava altresì nella gamba sinistra l'evidenza di pervietà della sola interossea, occlusa tuttavia al terzo distale; al piede visualizzazione di sottili circoli collaterali con tenue opacizzazione delle arterie plantari, filiformi e con irregolarità parietali. In data 24.12.2014 il Paziente veniva sottoposto a intervento di *bypass* femoro-popliteo BK (Before-Knee, sotto il ginocchio) in vena safena (*in situ*) e chiusura di due fistole artero-venose. Il giorno seguente vennero eseguite fasciotomie di gamba per sopraggiunta sindrome compartimentale.

- In data 16.3.15, l'attore fu ricoverato d'urgenza presso il Pronto Soccorso del [...] CP\_1: il paziente fu dunque immediatamente isolato e ricoverato, fino al 16.4.15, presso [ ] di Milano, Dipartimento Malattie Infettive, ove venne registrato un costante peggioramento della situazione. Un ecocolordoppler aveva evidenziato stenosi dell'anastomosi prossimale del *bypass* femoro popliteo e FAV ad alta portata, pervietà del *bypass* a valle con flusso demodulato e scarso compenso sulla tibiale anteriore. Vennero subito instaurate terapie con antibiotici ad ampio spettro (Imipenem, Colistina e Tigeciclina) e terapia infusionale con Prostaglandine. La terapia antibiotica fu in seguito sostituita con Daptomicina.

- Alla dimissione il giorno 16.4 era descritto quadro di: "*Infezione di ulcera gamba sinistra da Acinetobacter Baumannii MDR e S. Aureus Oxacillina resistente, in esiti di intervento di rivascularizzazione, sottoposta a curettage, osteomielite tibiale per contiguità, stenosi dell'anastomosi prossimale di by pass femoropopliteo-BK in VGS sx, FAV ad alta portata al terzo distale di coscia sx, occlusione tibiale posteriore interossea sx in paziente tabagista affetto da morbo di Buerger*".

- Dal 9.5.15 al 9.6.15 venne nuovamente ricoverato al CP\_1 per *"Ischemia irreversibile dell'arto inferiore sinistro non suscettibile di ulteriore rivascolarizzazione in paziente affetto da morbo di Pt\_3 con deiscenza cronica di ferita infetta di gamba sinistra e con osteomielite tibiale per contiguità"*.
- Venne sottoposto prima a nuovo *courettage* della ferita di gamba e successivamente il 4.6.15 ad amputazione di coscia sinistra.

Così ricostruito e riassunto il lungo e complesso *iter* clinico che ha interessato [...] Pt\_1 (cfr. pp. da 2 a 4 relazione c.t.u.), i Consulenti Tecnici d'Ufficio, valutata la documentazione clinica disponibile, hanno accertato che:

- *"il Sig. Parte\_1, affetto da morbo di Buerger, in seguito all'intervento chirurgico di "By-pass femoro-popliteo BK [ndr. Below-Knee, sottogenicolare] in vena safena in situ + legatura di 2 FAV [ndr. Fistole Artero-Venose]" del 24.12.14 e delle "fasciotomie del compartimento antero-laterale di gamba sinistra" eseguite in pari data sviluppava un'infezione profonda del sito chirurgico da Parte\_4 Acinetobacter baumannii MDR [ndr. Multidrug-Resistant, multifarmacoresistente] e Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA) complicata da osteomielite tibiale;*
- *tale infezione impediva l'intervento di rivascolarizzazione distale dell'arto inferiore sinistro per ischemia critica, causando (indirettamente) l'amputazione della coscia"* (p. 9 relaz. c.t.u.).

Ciò posto, i periti hanno affermato essere *"certa l'origine nosocomiale di tale infezione, per la tipologia, gli agenti patogeni isolati e l'epoca di insorgenza"* e che *"in più occasioni appare censurabile la condotta dei sanitari dell'Ospedale CP\_1"* (p. 10 relaz. c.t.u.).

In proposito i CTU hanno affermato che *"Lo svolgimento dei fatti e i dati di letteratura rendono estremamente probabile l'acquisizione di tale infezione della ferita chirurgica durante l'intervento di by-pass femoro-popliteo, per contaminazione intraoperatoria da mancato rispetto delle misure di asepsi (adeguata sterilizzazione dello strumentario e/o della sala operatoria, scrupolosa igiene delle mani, corretto utilizzo dei guanti e dei*

*dispositivi sanitari, accurata disinfezione della cute). Dopo aver causato l'infezione polimicrobica, i sanitari commettevano un grave errore: prescrivevano terapia antibiotica con ciprofloxacina, attiva solo su CP\_11 secondo l'antibiogramma, trascurando così il trattamento dell'infezione da Persona\_10 ” (p. 11 relaz. c.t.u.).*

*Gli Ausiliari del giudice hanno ritenuto che “L'infezione stafilococcica, apparentemente tardiva rispetto a quella di CP\_11 e Persona\_10 è probabilmente da correlare alle medicazioni della ferita, ancora una volta per infrazione dei protocolli di asepsi” (p. 12 c.t.u.).*

*Essi inoltre hanno affermato che “Contrariamente alle regole di buona pratica clinica, solo dopo circa 2 mesi dall'esordio dell'infezione della ferita chirurgica veniva ... prescritto un controllo dell'emocromo e degli indici di flogosi, per una migliore definizione della gravità del processo infettivo in atto” (p. 12 relaz. c.t.u.).*

*Sulla base di quanto sopra, il Collegio ha concluso la propria relazione tecnica nel senso di ritenere evidente un continuum tra l'intervento chirurgico di by-pass femoro-popliteo del 24.12.14, l'infezione profonda del sito chirurgico da Parte\_4 Acinetobacter baumannii ed MRSA e l'amputazione dell'arto inferiore sinistro.*

*In questo scenario, l'operato dei sanitari dell' Controparte\_1 appare censurabile per:*

- a) aver causato al paziente un'infezione polimicrobica profonda del sito chirurgico*
- b) aver trattato per oltre un mese solo l'infezione da CP\_11 ignorando quella da [...] Per\_10 e – di conseguenza – favorendone la progressione agli strati profondi della gamba fino alla tibia (osteomielite tibiale)*
- c) aver trascurato di eseguire per circa 2 mesi dall'esordio dell'infezione un controllo dell'emocromo (per la conta dei GB) e degli indici di flogosi, indispensabili per il corretto inquadramento del processo infettivo in atto e la precoce identificazione di un'evoluzione sfavorevole dello stesso.*

*Deve rilevarsi, inoltre, che la persistenza dell'infezione per inadeguatezza della terapia antibiotica ha impedito l'intervento di rivascolarizzazione che la stenosi dell'anastomosi prossimale del by-pass rendeva necessario. Sebbene l'ischemia della gamba, riducendo l'ossigenazione e la penetrazione degli antibiotici nei tessuti infetti, contribuiva anch'essa*

*alla persistenza dell'infezione, è impossibile dire quale comportamento (intervento di rivascolarizzazione urgente con campo operatorio infetto versus intervento di rivascolarizzazione dopo bonifica del campo operatorio con trattamento antibiotico e curettage) fosse più corretto per salvare l'arto senza esporre il paziente a ulteriore rischio infettivo. È comunque un dato di fatto che l'infezione del sito chirurgico ha portato a procrastinare l'intervento di rivascolarizzazione distale, rendendo l'ischemia dell'arto inferiore sinistro – già estremamente compromesso dal punto di vista circolatorio per la patologia di base (morbo di Buerger) – irreversibile, per cui si rendeva necessaria l'amputazione. In questo senso, quindi, l'infezione polimicrobica del sito chirurgico ha condizionato l'amputazione della coscia.” (pp. 13 e 14 c.t.u.).*

Il Collegio peritale è giunto a tale conclusione alla luce della considerazione che *“L'infezione da A. baumannii MDR e S. marcescens è correlabile con elevata probabilità all'intervento del 24.12.14, per infrazione accidentale dei protocolli di asepsi (adeguata sterilizzazione dello strumentario e/o della sala operatoria, scrupolosa igiene delle mani, corretto utilizzo dei guanti e dei dispositivi sanitari, accurata disinfezione della cute, etc.) da parte degli operatori sanitari, sebbene non sia possibile identificare con precisione quale dei passaggi sia risultato 'critico'. L'isolamento più tardivo di S. aureus dalla ferita chirurgica fa invece correlare tale infezione con le medicazioni, ancora una volta per mancato rispetto delle misure di asepsi. (p. 15 c.t.u.).*

La condotta dei sanitari è altresì censurabile perché *“Dopo l'isolamento di Persona\_11 [...] e CP\_11 dalla biopsia del 06.02 i sanitari si limitavano a trattare solo l'infezione da CP\_11 trascurando del tutto quella da Persona\_10 resistente alla terapia antibiotica con ciprofloxacina. È estremamente probabile che un trattamento precoce anche dell' Persona\_10 avrebbe impedito o comunque limitato la progressione dell'infezione agli strati profondi della gamba fino alla tibia e, qualora risolta l'infezione, consentito l'intervento di rivascolarizzazione distale, con possibile risparmio dell'arto inferiore sinistro.” (p. 16 c.t.u.).*

In conclusione, quindi, deve ritenersi che *“La condotta colpevole dei sanitari del [...] CP\_1 ha causato un'infezione polimicrobica profonda del sito chirurgico, una persistenza dell'infezione da Persona\_10 il rinvio dell'intervento di rivascolarizzazione*

*distale fino a rendere l'ischemia dell'arto inferiore sinistro irreversibile, cui si ricorse con l'amputazione della coscia.” (pp. 16 e 17 c.t.u.).*

*Alla luce di quanto esposto deve dunque affermarsi che “L'infezione del sito chirurgico ha concausato l'amputazione dell'arto inferiore sinistro già estremamente compromesso dal punto di vista circolatorio per la patologia di base (morbo di Buerger)” (p. 17 c.t.u.).*

*Ciò posto, i periti hanno tuttavia osservato che “è noto ed è documentato da univoci dati letterari che il tabagismo influisce notevolmente sulla prognosi delle arteriopatie.*

*Solo riportando, per conoscenza, alcune conclusioni di letteratura, emerge che forti fumatori hanno un rischio 4 volte superiore di sviluppare la malattia rispetto ai non fumatori.*

*Il fumo è probabilmente fattore di rischio più importante per lo sviluppo di arteriopatia.*

*La probabilità di sviluppare una arteriopatia periferica nei fumatori rispetto ai non fumatori risulta doppia e la gravità della malattia dipende direttamente dal numero di sigarette fumate.*

*Ancora, il fumo triplica il rischio di aggravamento della patologia e raddoppia il rischio di amputazione.*

*Nei pazienti sottoposti a rivascolarizzazione la presenza di abitudine al fumo triplica il rischio di ostruzione postoperatoria e raddoppia il numero di riocclusione di bypass distali.*

*Il numero di sigarette fumate per anno è associato alla severità della malattia, ad un aumentato rischio di amputazione e di occlusione del graft periferico.*

*Il sig. Pt\_1 risulta da tempo forte fumatore attivo; l'abitudine tabagica ha accompagnato l'evolvere della patologia, con le problematiche e complicità desunte da tutta la vicenda clinica, sin dagli inizi” (p. 16 c.t.u.).*

*Conseguentemente, i CTU hanno affermato che, sebbene “l'infezione del sito chirurgico da Acinetobacter baumannii MDR e Staphylococcus aureus meticillino-resistente ha determinato il rinvio dell'intervento di rivascolarizzazione, rendendo l'ischemia dell'arto inferiore sinistro irreversibile, per cui si rendeva necessaria l'amputazione”, tuttavia “la stessa infezione non ha influito sulla prognosi a breve-medio distanza dell'arto, stante gli elementi basati sulla comune conoscenza del m. di Pt\_3 rapportati al caso del sig.*

*Pt\_1*, in particolare la già assai critica condizione dell'arto e la persistente abitudine al fumo. Per quanto attiene l'ostinata abitudine al fumo, questa si ritiene di rilevanza fondamentale e preponderante, come detto, nei rispetti della demolizione dell'arto; di certo la stessa consuetudine voluttuaria ha concorso anche in questo 'anticipo' sui tempi di amputazione in termini di persistenza di danno endoteliale.” (p. 21 c.t.u.).

Riguardo agli altri quesiti formulati dal Giudice in sede di consulenza tecnica preventiva a fini conciliativi, il Collegio peritale ha ritenuto che “Dalla disamina della documentazione, alla luce delle condizioni clinico-patologiche del sig. *Pt\_1*, non emergono criticità per quanto attiene l'operato dei chirurghi. L'intervento del dicembre 2014 fa parte del bagaglio tecnico di ogni reparto di chirurgia vascolare” e che “l'algoritmo pre-chirurgico sia stato soddisfatto; non emergono, anche a posteriori, elementi che possano evidenziare una carenza di inquadramento” (p. 15 c.t.u.).

Per quanto concerne, infine, il danno accertato in capo a *Parte\_1* i CTU hanno affermato che “La menomazione biologica ora valutabile sul sig. *Pt\_1* (amputazione terzo medio di coscia su arto già menomato da amputazione dell'avampiede) può essere computata come valore “differenziale” del 35% partendo da una base del 20% (amputazione di avampiede), quindi fino al 55%” (p. 17 c.t.u.).

Più nello specifico, “la preesistente amputazione dell'avampiede inquadra una menomazione del 20% (come da baremes in uso) che si attaglia precisamente come situazione 'base' per la valutazione della concorrente amputazione di coscia omolaterale, cifrabile nel 55%, sempre secondo gli indirizzi valutativi canonici rapportabili ai baremes di maggior consultazione. Ne deriva che la quantificazione finale della menomazione risulta pari al 35% in termini di maggior valenza” (p. 21 c.t.u.).

Così valutato il danno biologico subito dall'attore, occorre segnalare che gli Ausiliari, hanno evidenziato che “l'evoluzione sarebbe stata comunque sfavorevole a breve-media distanza con necessità dell'amputazione, stante gli elementi basati sulla conoscenza del m. di *Pt\_3* rapportati al caso di specie” (p. 17 c.t.u.), dal momento che “l'arto del sig. *Pt\_1* già a fine 2014-primi mesi del 2015 era in una condizione tale da ammettere, per i motivi esposti, una prognosi sfavorevole nel breve medio-termine. L'infezione del sito chirurgico ha concausato quello che, sulla scorta della condizione del sig. *Pt\_1*,

*dell'esperienza clinica e su quanto riportato in letteratura, si può definire un anticipo demolitivo. L'irreversibilità ed evolutività in sé dei danni vascolari è insita nella malattia di base e, in maniera preponderantemente concorrente, nell'abitudine al fumo, mai sospesa", comportando un'anticipazione dell'amputazione che, come indicato dai CTU, "sarebbe comunque divenuta necessaria in un lasso di tempo orientativo di 2 anni" (p. 21 c.t.u.).*

Pertanto, *"In base alle medesime considerazioni è da ammettere che l'acquisto della protesi sarebbe stato comunque l'inevitabile conseguenza della malattia e i rinnovi sarebbero stati conseguenti alla prima protesizzazione."* (p. 21 c.t.u.).

Alla luce di quanto esposto, si deve dunque risarcire al sig. Parte\_1 il danno biologico differenziale consistito nell'anticipo temporale con cui si è dovuto ricorrere all'amputazione della gamba di Pt\_1 (già mutilato dell'avampiede), rispetto al momento in cui l'amputazione sarebbe comunque stata necessaria.

A tal fine, il criterio da utilizzare per calcolare il *quantum* della liquidazione di tale danno biologico può, secondo questo giudice, rivenirsi nelle Tabelle elaborate dall'Osservatorio sulla giustizia civile di Milano, attualmente in uso presso questo Tribunale, per la liquidazione equitativa dei danni non patrimoniali, facendo - per così dire - applicazione analogica del criterio di liquidazione relativo al c.d. "danno definito da premorienza". Secondo le considerazioni premesse a tale Tabella, *"La voce di pregiudizio in questione è espressa talvolta dalla sintesi lessicale 'danno biologico intermittente' poiché è un danno liquidato in un 'intervallo' (tra la data della lesione e la data del decesso)"*, ma, trattandosi di *"danno subito (irreversibilmente e non in modo intermittente) nell'intervallo temporale compreso tra l'illecito da cui deriva la compromissione permanente del bene salute e la morte del soggetto"* appare preferibile il diverso nomen di *"danno definito da premorienza"*.

Alla luce della definizione di tale tipologia di pregiudizio ritiene questo giudice che il risarcimento del danno alla salute patito da Parte\_1 per aver dovuto subire con due anni di anticipo l'intervento di amputazione di cui sopra debba essere determinato

(ricorrendo la medesima esigenza liquidatoria) giusta le indicazioni fornite dalle Tabelle di Milano relative al “danno definito da premorienza”: anche nel caso di specie il danno alla salute causato dalla condotta di parte convenuta è da ritenersi patito solo entro i limiti del predetto un intervallo cronologico.

Fatta dunque applicazione di tale criterio tabellare di liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute per un arco di tempo delimitato, a *Parte\_1* deve attribuirsi risarcimento di euro 27.133,00 per la componente dinamico-relazionale del danno subito, pari alla differenza tra il valore monetario di due anni di I.P. al 55% (€ 32.865,00 per l'amputazione della gamba) e il valore di due anni di I.P. al 20% (corrispondente alla pregressa amputazione dell'avampiede, da liquidarsi in € 5.732,00).

A *Pt\_1* spettano inoltre € 14.371,00 a titolo di risarcimento della sofferenza soggettiva interiore presuntivamente patita dall'attore, pari alla differenza tra il valore monetario dell'I.P. biennale al 55% (€16.434,00) e il valore dell'I.P. biennale al 20% (€ 2.063,00).

Pertanto per il danno non patrimoniale da lesione del bene salute, si liquida in favore di *Parte\_1* la complessiva somma di euro 41.504,00.

Il risarcimento così determinato deve ritenersi integralmente satisfattivo delle ragioni del *Pt\_1*, atteso che nella fattispecie non sono ravvisabili elementi che rendano verosimile che il danno iatrogeno abbia causato all'attore conseguenze afflittive eccezionali, in rapporto a quelle normalmente patite dalle persone che abbiano riportato pari lesioni: non vi è dunque ragione alcuna di procedere a “personalizzazione” del risarcimento del danno.

Nessun elemento acquisito al processo consente di ritenere accertato in capo a [...] *Pt\_1* un danno psichico: come rilevato dai CTU, “non è presente documentazione attinente in atti” (p. 21 c.t.u.).

Non si ritiene altresì risarcibile un danno patrimoniale da lucro cessante, attesa l'insufficienza della prova della sua verifica (consistente solo nella dichiarata diminuzione di redditi “da partecipazione”, nell'anno 2015, nella [REDACTED] [REDACTED] “inattiva” dal 2009: doc. 11 att.).

Neppure può riconoscersi risarcimento del danno emergente, per l'asserita "*necessità di assistenza domiciliare*", per protesi e per "*rinnovi protesici*": tali spese *Pt\_1* avrebbe in ogni caso dovuto affrontare, in quanto "*inevitabile conseguenza della malattia*" da cui era affetto, anche a prescindere dall'anticipazione dei tempi dell'amputazione dovuti all'infezione nosocomiale occorsa a seguito di trascuratezza medica (cfr. p. 21 c.t.u.).

Quanto alle doglianze attoree concernenti il consenso informato, questo giudice non ravvisa nelle informazioni fornite al paziente dai sanitari della struttura convenuta carenze tali da integrare violazione del diritto del *Pt\_1* all'autodeterminazione in materia di cura della propria salute.

Tutto ciò considerato, il risarcimento in linea capitale da attribuirsi a *Parte\_1* ammonta a complessivi euro 41.504,00.

L'importo di cui sopra, espresso in valuta attualizzata (essendo il debito risarcitorio *di valore*), deve essere maggiorato degli interessi compensativi del ritardo con cui l'attore ottiene il risarcimento del danno in parola.

Tali interessi, in ossequio all'insegnamento di Cass. SU n. 1712/95, volto a evitare ingiustificati arricchimenti, devono essere calcolati in misura legale sul valore capitale del danno determinato con riguardo all'epoca in cui esso si è verificato, e poi sul capitale via via incrementato, con cadenza mensile, in misura proporzionale al decremento del potere di acquisto della moneta.

Deve cioè provvedersi a rivalutare mese per mese l'ammontare del danno, come devalutato (svalutato) alla data del pregiudizio (dicembre 2014), applicando l'indice ISTAT FOI dell'epoca corrispondente. Con identica cadenza devono essere calcolati, e poi sommati fra loro, gli interessi al tasso legale su tali importi mensilmente crescenti, fino alla data della presente decisione.

Da questa data spettano ulteriori interessi compensativi, da calcolarsi sull'importo di € 41.504,00 al tasso legale, fino al saldo.

\*\*

Deve infine essere respinta la domanda proposta dalla Sig.ra *Parte\_2* compagna del *Pt\_1* con lui convivente, volta al risarcimento del danno per le conseguenze sul piano relazionale da questa patite a causa della vicenda di cui sopra.

Da un lato deve osservarsi che le condotte sanitarie censurabili hanno svolto ruolo causale solo nell'anticipare di due anni quello che sarebbe comunque stato l'esito della malattia da cui era affetto l'attore.

Per altro verso, nessuna allegazione né prova ella ha fornito dei propri assunti.

\*\*\*

Secondo il criterio della soccombenza (art. 91 c.p.c.), le spese processuali, anche relative al procedimento *ex art. 696-bis c.p.c.* R.G. n. 19508/2019, devono essere poste a carico della convenuta. Esse vengono liquidate in dispositivo (giusta il D.M. 10.3.2014 n. 55), tenendo conto della misura in cui la domanda viene accolta.

Secondo il predetto criterio, anche i costi della CTU svolta nel procedimento R.G. 19508/2019 (come liquidati con decreto in data 14.10.2020) devono essere definitivamente posti a carico di *Controparte\_1*

La presente sentenza è provvisoriamente esecutiva ai sensi dell'art. 282 c.p.c.

**P.Q.M.**

**Il Tribunale di Milano - Sezione 1<sup>a</sup> Civile**, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda o eccezione assorbita o respinta:

**condanna** *Controparte\_1* a pagare a *Parte\_1* a titolo di risarcimento, la somma di € **41.504,00** oltre interessi compensativi da calcolarsi come illustrato in parte motiva, fino al saldo effettivo;

**condanna** *Controparte\_1* a rifondere a *Parte\_1* le spese processuali, comprese quelle relative al procedimento *ex art. 696-bis c.p.c. RG 19508/2019*, che si liquidano in complessivi € 10.000,00 per onorari (da maggiorarsi di 15% per rimborso forfettario spese generali, 4% CPA e IVA) e in € 804,00 per esborsi e anticipazioni;

**rigetta** nel resto le domande attoree;

**pone** definitivamente il costo della CTU espletata nel procedimento *ex art. 696-bis c.p.c. n. 19508/2019 R.G.* definitivamente a carico della convenuta *Controparte\_1*

**Sentenza esecutiva.**

Milano, 13/1/2025.

Il giudice

*Andrea Manlio Borrelli*