



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI MILANO
PRIMA SEZIONE CIVILE**

Il Tribunale di Milano – Prima Sezione civile, in composizione monocratica, nella persona del giudice unico dott. Vincenzo Carni ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al numero di ruolo generale **n. 39950/2020** promossa

da

Parte_1 , *Parte_2* , *Parte_3* e [...] *Parte_4* , tutti rappresentati e difesi dall'Avv. [REDACTED]

- attori-

nei confronti di

Controparte_1 , in persona del legale rappresentante *pro tempore*, e *CP_2* rappresentati e difesi dall'Avv. [REDACTED]

- convenuti -

e di

Controparte_3 in persona del rappresentante legale *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'Avv. [REDACTED]

- convenuta -

OGGETTO: responsabilità professionale

CONCLUSIONI DELLE PARTI: come rassegnate nei fogli di precisazione delle conclusioni depositati in atti

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. – Con atto di citazione ritualmente notificato *Parte_1* *Parte_2* *Parte_3* [...] e *Parte_5* convenivano in giudizio l' *Controparte_1*, la compagnia assicurativa *Controparte_3* e il dott. *CP_2* al fine di sentirli condannare, in solido, al risarcimento dei danni derivati dalle omissioni diagnostiche e dalle errate prestazioni sanitarie verificatesi in occasione del ricovero di *Parte_1* presso l' *Controparte_4* [...] i [REDACTED] (Verbania) nel periodo 27.12.2017 – 16.02.2018, condotte eziologicamente connesse all'evento lesivo dell'amputazione transfemorale destra effettuata presso il [REDACTED] in data 28.03.2018.

A sostegno delle proprie domande gli attori esponevano che:

- in data 27.12.2017 *Parte_1* affetto da obesità, veniva ricoverato presso la U.O. di Medicina dell'Istituto [REDACTED] “[REDACTED]” di [REDACTED] (Verbania), centro specializzato nelle disfunzioni alimentari;
- la finalità del ricovero era la riduzione del peso corporeo attraverso il controllo del comportamento alimentare e il recupero dell'articolarietà, della stenia e della funzionalità globale;
- all'atto del ricovero, il sig. *Parte_1* presentava già delle ulcerazioni non infette degli arti inferiori come evidente dall'esame obiettivo effettuato all'ingresso “in via di guarigione” a sinistra e “attiva” a destra;
- solo in data 03.01.2018, a distanza di una settimana dal ricovero, il paziente veniva visitato dal chirurgo vascolare il quale evidenziava sostanziali differenze tra i due arti (prevalenza del deficit arterioso a destra e prevalenza del deficit venoso a sinistra), prescriveva una terapia locale – senza, tuttavia, precisare la cadenza temporale delle successive medicazioni né indicazioni di asepsi – e, infine, consigliava esame Angio-TAC dell'addome e degli arti inferiori per studio vascolare accurato, esami eseguiti solo il 09.02.2018 ma giudicati non attendibili per inadeguatezza tecnica delle apparecchiature utilizzate;
- successivamente, in data 08.01.2018, il sig. *Parte_1* veniva trasferito presso l'U.O. di Neuroriabilitazione e qui il personale in servizio focalizzava l'attenzione sulle lesioni ulcerative degli arti inferiori, evidenziando dolore in aumento e richiedendo una nuova consulenza chirurgico vascolare che veniva effettuata il 10.01.2018;

- detta consulenza evidenziava, ancora una volta, una netta differenza tra i due arti: il sinistro definito in via di guarigione, mentre il destro con lesione pretibiale a fondo non ben deter-so e lesione perimalleolare a fondo sanioso;
- malgrado la gravissima situazione, non venivano svolti ulteriori approfondimenti diagnosti-ci finalizzati a definire la giusta strategia terapeutica, giacché il chirurgo vascolare si li-mitava a prescrivere medicazioni differenziate per i due arti; inoltre, non veniva prescritta terapia antibiotica di copertura a largo spettro nonostante le lesioni si presentassero “*non deterse ed a fondo sanioso*”;
- in data 15.01.2018 la situazione si aggravava poiché il paziente presentava un picco febbrile a 38° C;
- nonostante i medici ricollegassero la febbre alle lesioni cutanee (come riportato in diaria) non impostavano terapia antibiotica;
- solo in data 22.01.2018 veniva eseguito un tampone colturale e prescritta terapia antibiotica con Claritromicina per os;
- in data 24.01.2018 veniva eseguito un nuovo consulto con il chirurgo vascolare che si limitava a confermare la prescrizione di medicazione come già precedentemente imposta-ta;
- nei giorni 26.01.2018 e 28.01.2018 le medicazioni eseguite dal personale infermieristico, come da prescrizione “ogni due giorni”, evidenziavano guarigione delle lesioni a sinistra ed evolutività della ulcera pretibiale a destra che richiedeva nuovamente un “debridment” del fondo della lesione;
- in data 29.01.2018 i risultati dell’esame colturale eseguito sette giorni prima evidenziavano la presenza di Pseudomonas Aeruginosa, sicché veniva modificata terapia antibiotica sulla base dell’antibiogramma (Ciprofloxacina per os);
- nonostante la presenza di un’infezione da germe aggressivo come lo Pseudomonas Ae-ruginosa, imprudentemente venivano mantenute le medicazioni per quarantotto ore. mentre le buone pratiche accreditate presso la comunità scientifica richiedono, in detti ca-si, una periodicità nella medicazione quotidiana nonché un previo intervento di “de-bridment” profondo da eseguirsi in sala operatoria da personale medico al fine di abbatte-re al massimo l’infezione locale;
- in data 31.01.2018, nonostante il cambio di terapia antibiotica, il sig. **Parte_1** presentava

un nuovo picco febbrile: a quel punto veniva consultato un infettivologo che consigliava la sospensione dell'antibiotico in corso;

- nei giorni successivi permaneva quello che nella lettera di dimissione viene definito stato di *“febbricola con andamento subcontinuo”*;
- il 07.02.2018 veniva eseguito il quarto videat vascolare nel quale si confermava la terapia locale della lesione ulcerativa e, per la prima volta, ad oltre un mese di distanza dalla prima consulenza e dalla esecuzione degli ecocolordoppler degli arti inferiori, si *“valutava la possibilità di eseguire angioTAC arti inferiori”*, esame che, alla luce della situazione generale, veniva disposto con notevole ritardo;
- veniva poi effettuato un nuovo consulto infettivologico che confermava di *“non intraprendere alcun trattamento antibiotico nonostante la presenza di una infezione”*;
- l'esame TAC addome ed Angio-TAC, richiesto su indicazione del chirurgo vascolare sin dal 03.01.2018, veniva eseguito solo in data 09.02.2018 ma i rilievi risultavano non attendibili *“a causa del peso del paziente e della diluizione del mezzo di contrasto”*;
- dunque, dopo quaranta giorni di ricovero e a fronte di una lesione infetta e in evoluzione negativa all'arto inferiore destro, il sig. **Parte_1** non era stato trasferito in altra struttura specialistica, tenuto conto della inadeguatezza della struttura sanitaria convenuta rispetto alla cura e al trattamento di tale specifica patologia;
- in data 15.02.2018, a poche ore da un nuovo rialzo febbrile e nonostante la situazione compromessa, i medici curanti programmarono la dimissione dell'attore per il giorno successivo);
- dalla lettera di dimissioni si evince che: a) il sig. **Parte_1** era in una presunta fase di guarigione; b) non veniva data nessuna indicazione sulle cure inerenti alla lesione se non una generica *“medicazione”* non specificata; c) non veniva prescritta alcuna terapia antibiotica, bensì un generico controllo della temperatura corporea;
- il 20.02.2018 il sig. **Parte_1** si sottoponeva a visita specialistica domiciliare da parte di un chirurgo vascolare, autonomamente reperito, e il 01.03.2018 veniva ricoverato presso l'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare del [REDACTED];
- presso detta struttura veniva sottoposto ad angio-TAC che, a differenza di quanto avvenuto presso l' **Controparte_1**, consentiva di verificare approfonditamente lo stato del circolo arterioso e mostrava una situazione di grave compromissione (a destra occlusione

- femoropoplitea e riabilitazione di un solo vaso di gamba suscettibile di rivascularizzazione);
- il quadro clinico era inoltre aggravato dal perdurare dell'infezione da *Pseudomonas Aeruginosa*;
 - i medici del Policlinico, a quel punto, tentavano di salvare l'arto tramite un intervento di bypass femoro-tibiale in vena safena, intervento che si concludeva con esito positivo consentendo la rivascularizzazione distale;
 - tuttavia, nonostante il buon funzionamento del bypass e la conseguente ottimizzazione della terapia antibiotica, la compromissione dello stato locale risultava tale da non consentire nei giorni successivi all'intervento un adeguato miglioramento delle lesioni;
 - per tale motivo, dopo consulto collegiale, in data 28.03.2018 si eseguiva intervento di amputazione transfemorale;
 - a causa della descritta amputazione, il sig. **Parte_1** subiva postumi invalidanti permanenti nella misura del 35%, in relazione ai quali chiedeva il risarcimento del danno biologico, morale, esistenziale, nonché pativa una invalidità temporanea assoluta pari a centotanta giorni;
 - la moglie **Parte_2** e i due figli **Pt_3** e **Parte_5** lamentavano invece danni *iure proprio* conseguenti all'evento lesivo occorso al loro familiare, sia di tipo morale che di tipo esistenziale.

2. – Nel costituirsi in giudizio, l' **Controparte_1** e il dott. **CP_2** invocavano il rigetto delle domande formulate nei loro confronti. In particolare, escludevano qualsiasi profilo di responsabilità per l'amputazione subita dal paziente, amputazione resa invece necessaria dallo stato di grave obesità del medesimo (che all'epoca pesava oltre 200 chilogrammi) e dalla scarsissima vascolarizzazione dei suoi arti inferiori. In un simile contesto, le inadempienze e le condotte censurate dagli attori sarebbero state comunque ininfluenti nella causazione dell'intervento di amputazione, giacché eventuali condotte gestionali alternative non avrebbero evitato tale opzione terapeutica.

Si costituiva altresì **Controparte_3** la quale preliminarmente eccepiva l'inammissibilità della domanda rivolta nei suoi confronti e nel merito chiedeva il rigetto della domanda di parte attrice.

3. – Concessi i termini di cui all'art. 183, comma 6, c.p.c., espletata consulenza tecnica d'ufficio medico-legale e assunte le prove testimoniali, all'udienza del 17.06.2025 la causa veniva trattenuta in decisione sulle conclusioni rassegnate dalle parti, previa assegnazione dei termini di legge per lo scambio di comparse conclusionali e memorie di replica.

4. – Preliminarmente, va dichiarata inammissibile la domanda proposta dagli attori nei confronti di **Controparte_3** in quanto, al momento della instaurazione del giudizio, il soggetto danneggiato non aveva il diritto di agire direttamente nei confronti dell'impresa che presta la copertura assicurativa alla struttura sanitaria. Tale diritto è stato infatti introdotto con l'art. 12, comma 1, della legge n. 24/2017 (c.d. legge Gelli-Bianco) il quale, tuttavia, trova applicazione solo a partire dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale attuativo volto a determinare i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie (art. 12, comma 6, legge Gelli-Bianco: *“Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie”*).

Ora, il suddetto decreto attuativo è da individuare nel decreto del Ministero delle Imprese e del Made in Italy n. 232 del 15.12.2023, entrato in vigore in data 01.03.2024. Pertanto, è solo a decorrere da tale data che il danneggiato è legittimato ad esercitare l'azione diretta nei confronti della compagnia assicurativa.

Nel caso di specie, la predetta legittimazione non sussiste poiché la domanda è stata proposta anni prima dell'entrata in vigore del decreto citato.

5. – Ciò detto, ritiene il Tribunale che la domanda di risarcimento proposta dagli attori nei confronti dell' **Controparte_1** e di **CP_2** sia parzialmente fondata.

5.1. – Con riferimento alla responsabilità della struttura sanitaria, viene in rilievo la disposizione di cui all'art. 7, comma 1, Legge Gelli-Bianco secondo la quale *“La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose”*.

Già in precedenza dottrina e giurisprudenza avevano elaborato la figura del contratto atipico di ospitalità, in forza del quale la struttura sanitaria è tenuta a una prestazione complessa, che non si esaurisce nell'effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche, ma si estende a una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle *lato sensu* alberghiere, onde si configura una responsabilità di natura contrattuale *ex art. 1218 c.c.*, con correlata applicazione dell'art. 1228 c.c. nel caso di inadempimento della prestazione eseguita diretta-

mente dal personale sanitario (*ex multis*, Cassazione, sez. III civile, n. 10616/2012; Trib. Milano, sez. I civile, n. 14401/2014).

Sotto quest'ultimo profilo, *“va rimarcato come il medico operi pur sempre nel contesto dei servizi resi dalla struttura presso cui svolge l'attività, che sia stabile o saltuaria, per cui la sua condotta negligente non può essere agevolmente "isolata" dal più ampio complesso delle scelte organizzative, di politica sanitaria e di razionalizzazione dei propri servizi operate dalla struttura, di cui il medico stesso è parte integrante, mentre il già citato art. 1228 c.c. fonda, a sua volta, l'imputazione al debitore degli illeciti commessi dai suoi ausiliari sulla libertà del titolare dell'obbligazione di decidere come provvedere all'adempimento, accettando il rischio connesso alle modalità prescelte, secondo la struttura di responsabilità da rischio d'impresa ("cuius commoda eius et incommoda") ovvero, descrittivamente, secondo la responsabilità organizzativa nell'esecuzione di prestazioni complesse; ne consegue che, se la struttura si avvale della "collaborazione" dei sanitari persone fisiche (utilità), si trova del pari a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati (danno): la responsabilità di chi si avvale dell'esplicazione dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già in una colpa "in eligendo" degli ausiliari o "in vigilando" circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (Cass., 27/03/2015, n. 6243), realizzandosi, e non potendo obliterarsi, l'avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (cfr. Cass., 06/06/2014, n. 12833)”* (Cassazione, sez. III civile, n. 28987/2019).

5.2. – La consulenza tecnica d'ufficio espletata in corso di causa ha evidenziato la sussistenza di condotte del personale medico della struttura convenuta connotate da plurimi profili di negligenza, imprudenza e imperizia.

In particolare, come emerge dalla relazione in atti, i consulenti tecnici hanno rilevato le seguenti criticità da porre in nesso causale con l'evento lesivo dell'amputazione:

- 1) omesso esame Angio TAC: il paziente veniva dimesso in data 16.02.2018, nonostante il mancato completamento diagnostico della causa arteriosa sottostante alla patologia ulcerosa;
- 2) inadeguatezza nella gestione delle lesioni infette emerse in costanza di ricovero in termini di cadenza e verifica delle relative medicazioni, anche alla luce dei caratteri del paziente (obeso, diabetico, portatore di ulcere cutanee con elevato rischio infettivo);
- 3) imprudenza nel rinvio a domicilio del paziente in quanto detto rinvio non veniva accompagnato da specifici accorgimenti in merito al monitoraggio delle lesioni cutanee (senza

eseguire, ad esempio, esami emato-chimici) né da accertamenti diagnostici vascolari (in particolare, riprogrammazione dell'esame Angio-TC).

Il collegio peritale ha evidenziato che il sig. **Parte_1** al momento del ricovero presso la U.O. di Medicina dell'Istituto [REDACTED] era affetto da una serie di condizioni patologiche, prevalentemente a carattere cronico stabilizzato, quali la marcata obesità e una paraparesi parziale in esiti di sofferenza midollare da fistola artero-venosa.

La condizione patologica evolutiva più importante era rappresentata dalla insufficienza vascolare agli arti inferiori, segnalata nell'esame obiettivo generale all'ingresso sotto l'aspetto della *“vasta impetiginizzazione gambe con lesioni ulcerative bilaterali (attiva a destra, in cicatrizzazione a sinistra ed escara pre-tibiale a destra)”*.

La condizione vascolare degli arti inferiori veniva precisata una settimana circa dopo il ricovero (03.01.2018) mediante l'esecuzione di un esame Ecocolor-Doppler arterioso e venoso degli arti inferiori, oltre che per mezzo di una consulenza del chirurgo vascolare. L'esame strumentale del circolo venoso concludeva per una insufficienza venosa cronica agli arti inferiori in obesità grave, con incontinenza valvolare del circolo venoso profondo, più marcata a sinistra, possibile espressione di pregresse trombosi. L'esame strumentale del circolo arterioso concludeva per ateromasia della arteria femorale comune e profonda di destra ed occlusione dell'arteria femorale superficiale e poplitea di destra, senza possibilità di alcun campionamento dei flussi a livello dei vasi tibiali.

Al fine di effettuare un più accurato studio vascolare, il chirurgo vascolare consigliava esame Angio-TAC dell'addome e degli arti inferiori e prescriveva una terapia locale, senza, tuttavia, precisare la cadenza temporale delle successive medicazioni né prescrivere indicazioni di asepsi.

L'Angio-TAC, fondamentale ai fini diagnostici, veniva eseguita una prima volta presso l'U.O. di Riabilitazione dell'[REDACTED] solo in data 09.02.2018, ma i rilievi non risultavano attendibili *“per inadeguatezza tecnica delle apparecchiature disponibili”*. Tale esame non veniva riprogrammato, sicché il paziente veniva dimesso in assenza del dato strumentale ricavabile dall'esame disposto (pag. 28 della relazione).

Una secondo esame di Angio-TAC, questa volta con risultati diagnostici attendibili, veniva eseguito presso il [REDACTED] in data 02.03.2018, quasi sessanta giorni dopo la prescrizione del chirurgo vascolare del 03.01.2018.

Con riferimento all'infezione contratta all'interno della struttura sanitaria, i consulenti tecnici hanno precisato che *“non vi è prova che all'ingresso (27/12/17) le lesioni, da lungo tempo presenti, fossero*

infette: lo divennero dopo alcuni giorni (in particolare, da metà gennaio 2018), in linea con il successivo riscontro di infezione da Pseudomonas aeruginosa dai campioni prelevati” (pag. 28 della relazione).

Al riguardo, le indagini peritali hanno accertato che detto agente infettivo, tipico degli ambienti ospedalieri, *“ricorre allorché non viene rispettata la doverosa catena di asepsi nella gestione di un paziente”*. Nel caso di specie, i consulenti hanno ritenuto che *“analizzando l’evoluzione clinica, il momento di maggior rischio possa ragionevolmente inquadrarsi nelle procedure di medicazione delle lesioni cutanee del paziente, peraltro eseguite in maniera non scevra da critiche”*.

A fronte di tali rilievi, la struttura convenuta non ha dimostrato né di avere adottato tutte le cautele prescritte per prevenire il rischio di infezioni nosocomiali, né di avere poi concretamente applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso di specie, venendo così meno all’onere di fornire la prova liberatoria specificamente posto a suo carico (cfr. Cassazione n. 6386/2023 e Cass. n. 4864/2021, secondo cui *“in applicazione dei principi sul riparto dell’onere probatorio in materia di responsabilità sanitaria, secondo cui spetta al paziente provare il nesso di causalità fra l’aggravamento della situazione patologica (o l’insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre alla struttura sanitaria compete la prova di aver adempiuto esattamente la prestazione o la prova della causa imprevedibile ed inevitabile dell’impossibilità dell’esatta esecuzione, con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare: 1) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l’insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico”*).

Ancora, in ordine al trattamento clinico della predetta infezione, i CC.TT.UU. hanno rimarcato che *“quando si verificò l’infezione, con manifestazioni essudative locali e ripercussioni generali (rialzo febbrile), il chirurgo vascolare prescrisse l’opportuna terapia ma senza indicare la cadenza delle medicazioni. Inoltre, risulta come queste ultime sono state sempre eseguite dal personale infermieristico, compresa l’operazione di escissione del tessuto necrotico, procedura di competenza medico-chirurgica. La cadenza delle medicazioni – in media ogni due giorni – fu in tale periodo inferiore alle necessità come indicate dalla dottrina e dalla pratica clinica, che la prevedono almeno quotidiana (se non con frequenza anche maggiore); ciò in tutti i campi della chirurgia (generale, toracica, vascolare), specie quando sia attiva la Pseudomonas aeruginosa” (pag. 28 della relazione).*

Il collegio peritale ha, inoltre, ritenuto censurabile la modalità di somministrazione della terapia antibiotica, dal momento che quest’ultima venne eseguita per alcuni giorni per poi essere sospesa su suggerimento, non meglio motivato, dell’infettivologo chiamato a consulto.

Ancora, la relazione peritale ha qualificato come imprudente il rinvio a domicilio del paziente

senza che a ciò si accompagnasse né un adeguato monitoraggio delle lesioni cutanee, né i necessari accertamenti diagnostici vascolari (in particolare, riprogrammazione dell'esame angio-TC: pag. 29 della relazione).

L'aggravarsi della condizione morbosa, difatti, motivava il successivo ricovero in data 01.03.2018 del paziente nel reparto di chirurgia vascolare del [REDACTED] *“tipologia di reparto ove il paziente avrebbe dovuto essere prudentemente trasferito ben prima”*: e infatti, *“data l'inadeguatezza della struttura ad accogliere siffatto paziente per eseguire detto esame, i sanitari avrebbero dovuto disporre, in tempi brevi, l'esecuzione dell'indagine presso un'altra struttura. L'esecuzione dell'Angio-TC avrebbe recato il vantaggio di meglio inquadrare la patologia prima di inizio marzo 2018 (e cioè ragionevolmente entro la prima metà del gennaio 2018, qualora il paziente fosse stato indirizzato presso diversa struttura per eseguire l'esame), così da ricorrere ad un intervento di rivascolarizzazione in un'epoca ove il quadro sarebbe stato con ogni probabilità più favorevole”* (pag. 29 della relazione).

I consulenti hanno perciò concluso affermando che l'evento lesivo dell'amputazione è imputabile alla *“sequela di infezioni occorsa in ambiente ospedaliero (aggravata dall'operato dei sanitari della struttura sanitaria convenuta)”* (pag. 32 della relazione).

Nella relazione integrativa depositata in data 01.09.2022, i CC.TT.UU. hanno ribadito come le carenze attribuibili all'Istituto [REDACTED] (i.e. inerzia diagnostico-terapeutica, infezione per presumibile inadeguata asepsi, trattamento delle lesioni infette non conforme alle buone pratiche mediche, imprudenti dimissioni del paziente) compromettevano il risultato del successivo intervento di rivascolarizzazione eseguito presso il [REDACTED] causando, da ultimo, l'amputazione trasfemorale destra.

5.3. – Ad avviso del Tribunale, le conclusioni della consulenza tecnica d'ufficio appaiono condivisibili in quanto frutto di un'accurata valutazione di tutti i dati emergenti dalla documentazione clinica prodotta, fondate sull'applicazione di criteri tecnici esenti da censure e motivate con logica e in modo esaustivo.

Esse denotano la sussistenza di una responsabilità della struttura sanitaria convenuta derivante sia da gravi omissioni, sia da inadeguatezza delle prestazioni rese dal personale medico tali da aver concausato, in misura prevalente, l'evento lesivo dell'amputazione.

A fronte delle evidenze acquisite in merito al nesso causale tra l'inadempimento dei sanitari e l'evento dannoso, la struttura convenuta non ha provato – come avrebbe dovuto – l'assenza del suddetto legame eziologico *“per essersi verificato l'evento per cause ad essa non imputabili”* (Cass. civ., Sez.

III, Ordinanza, 31/07/2024, n. 21511), essendosi limitata ad affermazioni di mero principio in relazione all'assenza di condotte colpose ad essa imputabili.

Inoltre, prive di pregio sono le affermazioni di parte convenuta circa la mancanza di efficienza eziologica delle condotte contestate dagli attori in quanto *“le asserite inadempienze e le supposte condotte criticabili sono da considerarsi sostanzialmente ininfluenti nella causazione dell'intervento di amputazione”*. Ciò in quanto, prosegue la struttura sanitaria convenuta *“quand'anche fosse stata eseguita la rivascolarizzazione chirurgica nel mese di gennaio 2018, come auspicato dai CTU, nel caso concreto, in paziente grande obeso, con ridotta mobilità, affetto da DM, paraparesi, insufficienza venosa cronica da pregressa TVP ed EP, con lesioni trofiche ad etiopatogenesi mista arteriosa e venosa con sovrainfezione batterica, non vi sono elementi tecnici che permettano di sostenere, in via di probabilità qualificata, la concreta evitabilità di sviluppo del quadro settico che ha imposto l'intervento di amputazione”* (pag. 16 della comparsa conclusionale).

Sul punto, la giurisprudenza di legittimità (Cass. n. 15991/2011; Cass. n. 3893/2016; Cass. n. 28986/2019) ha ripetutamente chiarito che nell'ipotesi in cui si individui un pregresso stato morboso del paziente/danneggiato, allo stesso non può attribuirsi rilievo sul piano della ricostruzione del nesso di causalità materiale (tra condotta del danneggiante ed evento dannoso) appartenendo a una serie causale del tutto autonoma rispetto a quella in cui si inserisce il contegno del sanitario. Diversamente, la patologia preesistente potrà essere tenuta in considerazione nel successivo e autonomo momento di determinazione del risarcimento (cd. causalità giuridica).

Nel caso di specie, parte convenuta non ha fornito alcun elemento in grado di dimostrare che l'evento lesivo sia dipeso unicamente dallo stato patologico preesistente del paziente, mentre la relazione dei CC.TT.UU. ha accertato che la menomazione preesistente si è posta in “concorso” con le gravi inadempienze attribuibili alla struttura sanitaria (*“[...] valutando tutti gli elementi causali, cioè sia quelle ricollegabili alle condizioni pre-esistenti e concorrenti del paziente, sia quelli rapportabili vuoi alla intervenuta infezione nosocomiale in costanza di ricovero, vuoi alle condotte tenute dai sanitari e giudicate come censurabili nei termini precedentemente precisati, riteniamo che il peso esercitato dalle identificate inadempienze (di ordine diagnostico e clinico-assistenziale, nell'ambito di una identificata infezione, occorsa in ambiente ospedaliero) assurga ad elemento causale idoneo nel determinismo della negativa evoluzione dei fatti, pur in concorso con le succitate gravi condizioni patologiche di base del paziente (in particolare, grave arteriopatia obliterante cronica dell'arto inferiore destro in paziente affetto da altrettanto apprezzabili comorbidità, in primis marcata paraparesi con grave obesità)”*: pag. 30 della relazione).

5.4 – Con riferimento alla responsabilità del dott. CP_2 in qualità di chirurgo vascolare

operante presso la struttura convenuta, alla luce degli elementi emersi in sede di CTU, egli deve essere ritenuto responsabile, secondo gli artt. 2043 cc e 7, comma 3, Legge Gelli-Bianco, delle omissioni diagnostiche e delle errate prestazioni sanitarie espletate in occasione del ricovero di **Parte_1** presso l' **Controparte_1**, omissioni e condotte eziologicamente connesse all'evento lesivo dell'amputazione occorso in data 28.03.2018.

6. – Alla luce delle valutazioni espresse dal collegio peritale, deve quindi procedersi alla quantificazione dei danni subiti da **Parte_1** a causa della condotta colposa *supra* descritta.

In primo luogo, va riconosciuta la sussistenza di un danno biologico permanente nei termini che seguono.

Per opinione ormai consolidata, il danno non patrimoniale da lesione della salute e dell'integrità fisica della persona compendia in sé due distinte voci di danno biologico, comprendendo la componente dinamico-relazionale e la sofferenza soggettiva interiore del paziente: si tratta di voci che devono essere entrambe allegare e provate. Con particolare riferimento al cd. danno morale, a fini probatori è possibile procedere anche per presunzioni, purché la parte abbia soddisfatto in modo puntuale l'onere di allegazione dei fatti in cui si sviluppa la predetta sofferenza interiore (Cassazione, sez. III civile, n. 25164/2020; Cassazione, sez. III civile, n. 6444/2023; Trib. Milano, sez. X civile, n. 8014/2021).

In particolare, in ordine alla prova del danno morale, la giurisprudenza attribuisce alla lesione psico-fisica un valore presuntivo suscettibile di legittimare, in termini inferenziali, l'eventuale riconoscimento di un coesistente danno morale *“attesa la ragionevole e intuibile idoneità di fatti lesivi di significativa ed elevata gravità a provocare forme di sconvolgimento o di debordante devastazione della vita psicologica individuale (ragionevolmente tali da legittimare il riconoscimento dalla compresenza di un danno morale accanto a un danno biologico)”* (Cass. n. 6444/2023).

Al riguardo, *“un attendibile criterio logico - presuntivo funzionale all'accertamento del danno morale quale autonomia componente del danno alla salute è quello della corrispondenza, su di una base di proporzionalità diretta, della gravità della lesione rispetto all'insorgere di una sofferenza soggettiva: tanto più grave, difatti, sarà la lesione della salute, tanto più il ragionamento inferenziale consentirà di presumere l'esistenza di un correlato danno morale”* (Cass. n. 20661/2024).

Nel caso di specie, gli elementi risultanti dalla escussione delle prove testimoniali consentono di corroborare la predetta presunzione. Difatti, dalla testimonianza di **Testimone_1** (nipote di **Parte_1**) emerge che, prima dell'amputazione, l'attore, pur affetto da paraplegia in-

completa, frequentava amici e parenti, organizzando feste in casa e partecipando a ritrovi conviviali fuori casa (*“Era il promotore di Natali, feste in famiglia, karaoke”*), mentre, dopo l’amputazione, ha iniziato a evitare i contatti con gli amici (*“Quando lo chiamano gli amici, proponendo di andarlo a trovare, lui rimanda sempre”*) e si presenta abbattuto (*“È spento, non c’è più iniziativa su nulla. A lui viene sempre portato il piatto a letto”*).

Le medesime circostanze sono state confermate dal teste Testimone_2 con particolare riferimento alla sofferenza interiore patita dall’amico (*“La mia paura è che lui non abbia più voglia di vivere”*).

Ad avviso del Tribunale, gli elementi allegati e provati da parte attrice (mutamento *in peius* delle relazioni sociali, rifiuto di contatti esterni, percezione di perdita di vitalità da parte dei suoi amici) rafforzano il valore presuntivo da attribuirsi alla gravità della lesione connessa all’intervento di amputazione.

Le dichiarazioni testimoniali di cui sopra hanno, dunque, fatto emergere elementi idonei e sufficienti a provare, in via inferenziale, alcuni aspetti interiori connessi al dolore dell’animo, alla vergogna e alla disistima di sé conseguenti all’illecito subito dall’attore, tutti aspetti rilevanti ai fini del riconoscimento di una voce di danno, quello morale, autonoma rispetto al danno biologico cd. dinamico-relazionale.

Si ritiene, in conseguenza, di procedere alla liquidazione del danno biologico permanente sia nella componente dinamico-relazionale, così come accertata e determinata in sede di consulenza tecnica, sia nella componente della sofferenza soggettiva interiore (cd. danno morale).

A tal fine, occorre tenere conto, in questa sede, dello stato patologico preesistente del paziente valutato dai CC.TT.UU. come “concorrente” rispetto alla causazione del danno insieme con le condotte inadempienti della struttura sanitaria (pag. 30 della relazione).

Secondo l’insegnamento di Cass. n. 28986/2019, le menomazioni concorrenti vanno tenute in considerazione:

- a) stimando in punti percentuali l’invalidità complessiva dell’individuo (risultante, cioè, dalla menomazione preesistente più quella causata dall’illecito) e convertendola in denaro;
- b) stimando in punti percentuali l’invalidità teoricamente preesistente all’illecito e convertendola in denaro;
- c) sottraendo l’importo (b) dall’importo (a).

Pertanto, facendo applicazione dei principi appena esposti:

- a) considerata la percentuale attuale di invalidità permanente, come valutata dai CC.TT.UU., pari all'80% a cui corrisponde una monetizzazione pari a euro 832.658,00 (determinata secondo le Tabelle milanesi ed. 2024);
- b) considerata la percentuale di invalidità permanente preesistente all'illecito, come valutata dai CC.TT.UU., pari al 66% a cui corrisponde una monetizzazione pari a euro 645.029,00 (determinata secondo le Tabelle milanesi ed. 2024);
- c) il danno biologico differenziale, comprensivo del danno morale, va determinato in euro 187.629,00 (euro 832.658,00 - euro 645.029,00).

Si ritiene di non dover procedere ad ulteriore personalizzazione in aumento del danno non patrimoniale, dal momento che l'attore non ha allegato né provato specifiche *“conseguenze anomale o del tutto peculiari?”* (Cass. n. 31681/2024), rientrando i postumi lamentati tra le conseguenze ordinarmente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età.

Per quanto concerne il danno biologico temporaneo, in sede di consulenza tecnica è stato ravvisato un periodo di inabilità biologica assoluta di tre mesi *“alla luce vuoi del protratto periodo di ricovero ospedaliero vuoi di un'attendibile fase di ragionevole immobilizzazione del paziente all'esito della procedura chirurgica altamente invalidante (i.e. amputazione trans-femorale destra in soggetto già portatore di importante complesso menomante)”* (pag. 33 della relazione).

Pertanto, applicando le Tabelle milanesi ed. 2024, considerati giorni 90 di inabilità assoluta e ritenendo sussistente anche la componente del danno da sofferenza interiore per le ragioni già esposte *supra*, va riconosciuto un danno biologico temporaneo pari a euro 10.350,00 (euro 115 * 90 gg).

Il danno biologico ammonta quindi alla somma complessiva di euro 197.979,00 (di cui permanente euro 187.629,00 e temporaneo euro 10.350,00), espressa in moneta attuale, su cui sono dovuti gli interessi in misura legale.

Al riguardo occorre considerare che *“in materia di inadempimento contrattuale, l'obbligazione di risarcimento del danno configura un debito di valore, sicché, qualora si provveda all'integrale rivalutazione del credito relativo al maggior danno fino alla data della liquidazione, secondo gli indici di deprezzamento della moneta, gli interessi legali sulla somma rivalutata dovranno essere calcolati dalla data della liquidazione, poiché altrimenti si produrrebbe l'effetto di far conseguire al creditore più di quanto lo stesso avrebbe ottenuto in caso di tempestivo adempimento della obbligazione”* (Cass. n. 7948/2020).

Pertanto, essendosi liquidato il danno in moneta attuale e non risultando dimostrato un maggior danno, vanno riconosciuti gli interessi al tasso legale dalla data della liquidazione al saldo.

7. – Il Tribunale ritiene invece che le domande risarcitorie proposte dai familiari non meritino accoglimento.

Dette parti non hanno invero offerto elementi sufficienti a dimostrare, neppure per via presuntiva, un danno non patrimoniale risarcibile, sia nella componente dinamico-relazionale che nella componente soggettivo-interiore. In particolare, non hanno dedotto fatti specifici a sostegno della propria domanda, essendosi piuttosto limitate a richiamare concetti generici non proiettati nel singolo caso concreto.

Con particolare riferimento alla sig.ra **Pt_2** non risultano allegati elementi sufficienti per dimostrare lo “*sconvolgimento delle abitudini di vita*” nonché i pregiudizi che l'intervento subito dal marito avrebbe arrecato alla sua sfera dinamico-relazionale. A tal proposito occorre considerare che la stessa, ancor prima dell'evento lesivo, verosimilmente offriva assistenza al marito, già affetto da una serie di condizioni patologiche invalidanti, quali la marcata obesità e una paraparesi parziale. Parte attrice non ha dunque allegato né provato quel *quid pluris* in termini di maggior tempo di assistenza e/o di più intensa esplicazione di energie fisiche necessarie al fine di soddisfare le esigenze di cura del marito, così come richiesto, in generale, dalla giurisprudenza della Suprema Corte, secondo cui “*In tema di risarcimento del danno non patrimoniale, in assenza di lesione alla salute, ogni vulnus arrecato ad altro valore costituzionalmente tutelato va valutato ed accertato, all'esito di compiuta istruttoria, in assenza di qualsiasi automatismo, sotto il duplice aspetto risarcibile sia della sofferenza morale che della privazione, ovvero diminuzione o modificazione delle attività dinamico-relazionali precedentemente esplicate dal danneggiato*” (Cass. n. 23469/2018; Cass. n. 11212/2019).

Nella medesima prospettiva, non si ritengono accoglibili le domande proposte dai figli **Pt_3** e **Parte_5** che parimenti non hanno allegato né provato specifici elementi dai quali inferire un'alterazione peggiorativa delle loro abitudini di vita in conseguenza dell'intervento subito dal padre.

8. – Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo facendo applicazione dei parametri medi indicati dal D.M. n. 55/2014, come modificato con D.M. n. 147/2022, avuto riguardo al valore e alla natura della causa e tenuto conto del pregio dell'attività difensiva svolta nonché del numero e della complessità delle questioni giuridiche trattate.

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio, come liquidate in corso di causa, vanno poste in via

definitiva a carico di *Controparte_1* e di *CP_2*

P.Q.M.

Il Tribunale di Milano - Prima Sezione civile, in persona del G.U. dott. Vincenzo Carnì, definitivamente pronunciando nella causa tra le parti indicate in epigrafe, in parziale accoglimento della domanda proposta da *Parte_1* *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_5*

[...] nei confronti di *Controparte_1* , *CP_2* e *Controparte_3* ogni altra istanza ed eccezione disattesa e/o assorbita:

a) dichiara inammissibile la domanda proposta dagli attori nei confronti di *Controparte_3*

b) condanna *Controparte_1* e *CP_2* in solido tra loro, al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di euro 197.979,00 a titolo di danno non patrimoniale, oltre accessori come indicati in parte motiva;

c) rigetta le domande proposte da *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_5* nei confronti di *Controparte_1* e *CP_2*

d) condanna *Controparte_1* e *CP_2* in solido tra loro, a rifondere a [...] *Parte_6* le spese del presente giudizio che liquida in euro 11.163,00 per compensi, oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge, disponendone il pagamento in favore dell'erario;

e) condanna *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_5* in solido tra loro, a rifondere a *Controparte_1* e *CP_2* le spese del presente giudizio che liquida complessivamente in euro 9.577,00 per compensi, oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge;

f) condanna gli attori, in solido tra loro, a rifondere a *Controparte_3* le spese del presente giudizio che liquida in euro 7.839,00 per compensi, oltre rimborso forfettario nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge;

g) pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio, come liquidate in corso di causa, in via definitiva a carico di *Controparte_1* e di *CP_2*

Manda alla cancelleria per gli adempimenti di competenza.

Milano, 04.02.2026

Il Giudice
dott. Vincenzo Carni

Il presente atto è stato redatto con la collaborazione del CP_5 ott. 