



# 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. 15707/2020 R.G.

promossa da:

*Parte\_1* (C.F. *C.F.\_1*), rappresentato e difeso dall'Avv.

*Parte\_2* (c.f. *C.F.\_2*), presso il quale è elettivamente

*Parte\_3*

- attore -

contro

*Controparte\_1* (c.f./p.IVA

*P.IVA\_1*), in persona del Direttore Generale e legale rappresentante *pro tempore* Dott.

*Parte\_2* rappresentata e difesa dagli Avv.ti *Parte\_4* (c.f.

*C.F.\_3*), *Parte\_5* (c.f. *C.F.\_4* e *Parte\_6*

(c.f. *C.F.\_5*) presso le quali è elettivamente *Parte\_7* Piazza

██████████ n. 3 (PEC: Email\_1 -  
Email\_2 - Email\_3 - ██████████  
██████████

- convenuta-

### **conclusioni dell'attore:**

<<Piaccia all'Ecc.mo Tribunale Civile di Milano, disattesa ogni contraria istanza od eccezione,

**a)** accertare e dichiarare l'inadempimento della Controparte\_1  
[...] al contratto atipico di spedalità, o comunque la responsabilità della medesima CP\_1 rispetto ai pregiudizi descritti nella narrativa dell'atto di citazione;

**b)** condannare la Controparte\_1 al pagamento in favore dell'Arch. Pt\_1, a titolo di risarcimento di tutti i danni subiti e descritti nell'atto di citazione, nella misura complessiva di € 362.928,56, di cui:

- € 102.928,56, per danni non patrimoniali;

- € 260.000,00, per danni patrimoniali;

o comunque in quella diversa, maggiore o minore, o di giustizia, il tutto maggiorato di interessi e rivalutazione secondo gli indici ISTAT a decorrere dalla data dal 23 maggio 2016 sino alla data del soddisfo;

**c)** in via meramente subordinata rispetto alla ritenuta non ricorrenza di infezione, accertare e dichiarare la non appropriatezza delle terapie applicate all'Arch. Pt\_1, e, per l'effetto, condannare la Controparte\_1 al risarcimento di tutti i danni subiti nella misura che risulterà previa consulenza tecnica d'ufficio, o di giustizia, il tutto maggiorato di interessi e rivalutazione secondo gli indici ISTAT a decorrere dalla data dal 23 maggio 2016 sino alla data del soddisfo;

**d)** condannare altresì la Controparte\_1

- alla refusione all'attore delle spese di lite, comprensive di alla refusione all'attore delle spese di lite, comprensive di spese, competenze, ed onorari di giudizio, oltre agli accessori di legge, ed alla ripetizione del contributo unificato;

- alla refusione all'attore degli onorari e delle spese del procedimento di mediazione infruttuosamente celebrato;
- a sostenere i costi della CTU, rifondendo quanto già versato dall'attore;
- alla refusione all'attore degli emolumenti del proprio CTP>>.

### **conclusioni della convenuta:**

<<Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, *contrariis rejectis*, così giudicare:

#### **Nel merito in via principale:**

rigettare la domanda di parte attrice promossa nei confronti dell' [...] [...]

*Controparte\_1* perché infondata in fatto e in diritto e comunque non provata nell'*an*, nel *quantum*, nel nesso causale, per le ragioni sopra esposte e per le altre che verranno illustrate in corso di causa.

#### **In ogni caso:**

con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio, oltre oneri e successive occorrenze, ivi compreso rimborso forfettario spese generali come per legge.

#### **In via istruttoria**

Ci si oppone all'ammissione delle istanze istruttorie *ex adverso* articolate per le ragioni esposte in atti. Con ogni più ampia riserva di formulazione, produzioni, articolazioni, deduzione e indicazione di testi>>

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

Con l'atto di citazione introduttivo del presente giudizio l'Arch. *Parte\_1* narra come segue la vicenda clinica in relazione alla quale chiede siano assunte le statuizioni di cui alle conclusioni riportate in epigrafe.

In particolare, l'attore afferma di essersi sottoposto, in data 23 maggio 2016, a seguito di recidivanti episodi di lombo-sciatalgia sinistra, ed alla diagnosi di ernia discale

all'altezza di L5 S1 ad un primo intervento chirurgico presso il reparto di Neurologia dell' *Controparte\_1* per l'asportazione dell'ernia (cfr. la cartella clinica doc. 11 fasc. attoreo).

L'Arch. *Pt\_1* venne quindi dimesso il successivo 26 maggio 2016.

Nondimeno, trascorso poco tempo dall'intervento, l'Arch. *Pt\_1* lamentò la persistenza di invalidanti algie all'arto inferiore sinistro.

Pertanto, in data 30 giugno 2016 e 19 luglio 2016, l'Arch. *Pt\_1* effettuò ulteriori visite specialistiche presso l' *Controparte\_1* cui fece seguito una terapia farmacologica e l'esecuzione di ulteriori esami, dai quali emerse la possibilità di una recidiva erniaria.

In data 19 agosto 2016, l'Arch. *Pt\_1* fu nuovamente ricoverato presso l' *Controparte\_1* (cfr. cartella clinica doc. 12 fasc. attoreo).

Il 23 agosto 2016, presso detta struttura, venne eseguita una risonanza magnetica nucleare (NMR), che confermò la presenza di recidiva di ernia discale ed evidenziò la possibilità di fenomeni infiammatori/infettivi.

In data 24 agosto 2016, sempre presso l' *Controparte\_1* fu eseguito un ulteriore intervento di parziale emilaminectomia aggiuntiva di S1, con dimissione il 27 agosto 2016 (doc. ult. cit.).

In particolare, nella relazione alle dimissioni si diede atto del fatto che *“la coesistenza di due piccole raccolte ipointense in T1 con enhancement periferico nel contesto non permette di escludere la sovrapposizione di fenomeni infiammatorio-infettivi”* (doc. 13).

Nonostante il secondo intervento, l'Arch. *Pt\_1* continuò ad accusare persistenti quanto debilitanti algie in sede lombare, tali da rendere necessari ulteriori accertamenti diagnostici visite specialistiche per conferma di spondilodiscite, come indicato anche nel referto relativo alla TAC lombo-sacrale effettuata in data 16 novembre 2016 (doc. 14 fasc. attoreo; *“tali reperti appaiono sospetti in prima ipotesi per spondilodiscite”*).

Ne seguì un ulteriore ricovero presso il Reparto di malattie infettive dell' *Controparte\_1* dal 29 novembre 2016 al 2 dicembre 2016 (cfr. la cartella clinica doc. 15 fasc. attoreo).

Durante detto ricovero venne eseguita biopsia TAC guidata a livello dello spazio L5 S1, sempre per sospetta spondilodiscite in recente laminectomia sinistra L5 S1, che non consentì

di individuare il germe, in quanto il materiale prelevato non fu ritenuto sufficiente per eseguire le indagini microbiotiche.

Nondimeno, in sede di dimissione, fu impostata una terapia empirica di Teicoplanina e Levofloxacin, con conseguenti numerosi accessi dell'Arch. *Pt\_1* (n. 33) al reparto di cui sopra, protrattisi sino al 20 aprile 2017, allorché la dimissione avvenne con la diagnosi di spondilodiscite L5 S1 in esito ad intervento di ernioplastica (doc. 16 fasc. attoreo).

In conseguenza di ciò, l'Arch. *Pt\_1* ha indossato un busto di sostegno lombare per quattro mesi, ed ha continuato la terapia farmacologica; il quadro spondilodiscitico fu di fatto accertato su base clinica e trattato con terapia antibiotica empirica per un lungo periodo.

Ciò posto, l'attore lamenta che, nonostante vi sia stata una progressiva attenuazione delle algie dal 14 febbraio 2018 (cfr. esito RX del 14 febbraio 2018, doc. 17), egli non ne sia tutt'oggi completamente esente, trovandosi comunque fortemente compromesso sia nella sua attività professionale, che nella conduzione di una normale vita di relazione. In particolare, il medesimo lamenta ancora oggi dolore all'arto inferiore sinistro, che contiene con l'uso al bisogno di *Per\_1* e utilizza un sostegno lombare a fascia.

Conseguentemente, *Parte\_1*, ritenendo doversi imputare al personale sanitario dell'*Controparte\_1* chiede la condanna della struttura sanitaria convenuta al risarcimento dei danni, patrimoniali e non, che assume di avere patito in conseguenza degli errori commessi per negligenza del personale sanitario.

La convenuta *Controparte\_1* costituitasi con comparsa di risposta depositata (con modalità telematica) il 15.2.2021, contesta le pretese attoree sia in ordine al nesso causale, sia in ordine all'addebito al personale sanitario dell'Ospedale di negligenza, imprudenza o imperizia, sia in ordine al *quantum* della pretesa risarcitoria. Chiede quindi respingersi le domande proposte da *Parte\_1*.

Dopo la concessione di termini ex art. 183 co. VI c.p.c., il g.i. ha disposto lo svolgimento di CTU conferendo incarico al Dr. *Persona\_2* (medico legale) e al Prof. Dott. [...] *Per\_3* (specialista in malattie infettive), che hanno depositato relazione il 10.10.2022, dando atto non essere a loro pervenute osservazioni delle parti.

\*\*

La domanda deve essere accolta, nei termini che seguono.

I CTU incaricati di redigere relazione di consulenza tecnica, valutata la documentazione clinica disponibile e visitata l'attrice, hanno ravvisato nella condotta dei sanitari della struttura ospedaliera convenuta profili di responsabilità professionale in termini di imprudenza e negligenza.

In particolare, il Collegio peritale, nel dare conto della vicenda clinica che ha interessato l'Arch. Parte\_1, ricoverato presso l' Controparte\_1 per sciatalgia associata a parestesie all'arto inferiore sinistro (cfr. pp. da 1 a 13 c.t.u.), ha evidenziato quanto segue:

- *“in data 08/11/2016, eseguiva visita specialistica neurochirurgica (dott. <sup>Per\_</sup>) ove fu posta diagnosi di “sospetta spondilodiscite” e prescritta visita infettivologica.*

- *Il 15/11/2016 fu visitato dal Dr. Per\_5 che consigliava esami ematochimici e PET con leucociti marcati.*

- *Il 11/11/2016 eseguiva visita infettivologica presso l' Controparte\_1 con indicazione ad eseguire PET ed eventuale agobiopsia; terapia antibiotica. Il paziente venne, quindi, indirizzato presso <sup>Contr</sup> dello stesso nosocomio.*

- *Risulta ricovero in DH-Hospital presso detto reparto il 16/11/2016 fino al 06/07/2017.” (p. 5 c.t.u.);*

- *Successivamente, “In data 16/11/2016 TAC “A L5-S1: si osserva materiale fibrocatriziale dotato di sfumato enhancement che avvolge il sacco durale in sede laterale sinistra estesosi anteriormente nel recesso laterale del canale rachideo sia posteriormente a livello della breccia chirurgica. Si osserva irregolare affossamento della porzione anteriore dei piatti somatici contrapposti L5 e S1. Tali reperti appaiono sospetti in prima ipotesi per spondilodiscite pur non potendosi escludere l'ipotesi di rimaneggiamento post-chirurgico”.*

- *22/11/2016 PE- presenza di flogosi a livello L5-S1.*

- *Ricovero presso Malattie Infettive dello stesso nosocomio dal 29/11/2016 al 02/12/2016. In data 01/12/2016 venne eseguita biopsia TAC guidata a livello dello spazio L5S1. Materiale*

insufficiente per poter eseguire indagini microbiologiche. Venne impostata terapia con Teicoplanina e Levofloxacin.

- Risultano ancora, una serie di accessi sempre presso il <sup>Contr</sup> sino al 06/07/2017 in cui risulta aver proseguito la terapia antibiotica per circa tre mesi. Il 26/04/2017 una PET documentò “persistenza di residuo processo flogistico infettivo a livello L5-S1”.

- In data 05/02/2018 una RMN documentò “netta riduzione di ampiezza dello spazio intersomatico (L5 S1) con aspetto a segnale ridotto che circonda la radice di S1 di possibile origine fibrociatriziale”.

- Il 14/02/2018 venne eseguita Rx colonna lombo sacrale con esito di “In estensione lordosi piuttosto limitata, in flessione essa tende a rettilineizzarsi. Marcata riduzione di ampiezza dello spazio intersomatico L5-S1”.” (p. 12 c.t.u.).

Così ricostruito l’iter clinico che ha interessato l’attore, i consulenti tecnici d’ufficio hanno innanzitutto affermato che “Le spondilodisciti (SD) costituiscono un importante problema clinico che spesso richiede una terapia medica aggressiva e a volte un intervento chirurgico. [...] La <sup>Co</sup> è una condizione infiammatoria causata da infezione che produce il deterioramento delle vertebre e dei dischi intervertebrali interessati.

[...] La SD è causata, per lo più, da batteri, fra i quali si segnalano Gram positivi presenti sulla cute, in primis *Staphylococcus spp* [IDSA Treatment guidelines Clin Infect Dis 2015; 61:e 26].” (p. 15 c.t.u.).

Per quanto riguarda le tecniche diagnostiche della spondilodiscite, i CTU hanno osservato che “Nel sospetto diagnostico di SD (dolore, incapacitazione funzionale, talvolta febbre) è indispensabile stabilire con chiarezza il quadro sintomatologico onde procedere nell’iter diagnostico. Fra gli esami di laboratorio, il dosaggio della PCR (PCR = Proteina C Reattiva) è un importante marcatore di infiammazione, ma di per sé insufficiente per diagnosticare una SD.

Un altro esame utile è l’emocromo che può evidenziare leucocitosi.

Fra gli esami strumentali, risonanza magnetica (RM) e/o TC del tratto interessato della colonna vertebrale permettono di individuare l’infiammazione di vertebre e dischi

*intervertebrali, ed eventuali ascessi e/o deterioramenti strutturali. PET e/o scintigrafia ossea sono molto utili per riconoscere l'infiammazione e le altre alterazioni prodotte dalla spondilodiscite, a livello vertebrale e discale.*

*La biopsia del tessuto osseo e del disco vertebrale colpiti dall'infiammazione TC-guidata è un esame di secondo livello il cui limite è la scarsissima sensibilità (circa il 20%) anche se di specificità elevata. Quando il materiale estratto è sufficiente è molto utile per confermare la diagnosi e per stabilire con precisione, attraverso un esame microbiologico, il patogeno all'origine della condizione. Qualcuno propone una seconda biopsia nel caso frequente di fallimento della coltura ottenuta dalla prima biopsia. In questo caso la percentuale di successo colturale sale al 40% [Eur J CP\_4 Infect Dis 2014;33:371]. È naturalmente difficile che il paziente accetti una seconda procedura invasiva e dolorosa.*

*In conclusione, la diagnosi di spondilodiscite si basa soprattutto sull'anamnesi (due interventi chirurgici a rischio infettivo), la clinica (dolore ed eventuale deficit sensitivo-motorio) e l'imaging (TC o RM, eventualmente supportate dalla PET). La biopsia è raramente utile essendo diagnostica solo in circa il 20% dei casi.” (pp. 15 e 16 c.t.u.).*

Ciò posto, con riguardo al caso di specie i periti hanno avuto modo di accertare che la diagnosi di spondilodiscite è stata “fondata, oltre che sulla clinica, sulle immagini altamente suggestive per spondilodiscite della TC effettuata il 6/11/2016. La PET, poi, eseguita in data 22/11/2016 confermava la presenza di processo flogistico in atto a livello di L5-S1. Pur in assenza di riscontro microbiologico veniva impostata terapia antibiotica congrua per tipo di antibiotico, specialmente la teicoplanina frequentemente utilizzata per l'elevata attività anti-stafilococcica per l'ottima penetrazione ossea e la levofloxacinina attiva anche sui batteri Gram negativi, oltre che per dose e durata. Tale terapia, protratta per circa 3 mesi, esitò come noto nella guarigione del processo infettivo, salvo persistenza di reliquati come rilevato durante la visita.” (p. 16 c.t.u.).

Alla luce di quanto esposto, i CTU hanno dunque ritenuto che Pt\_1 . Pt\_1 , dopo essere stato sottoposto a “una discectomia per ernia discale L5-S1 ed [a] un secondo intervento di emilaminectomia aggiuntiva per recidiva di ernia discale lombare, dopo 91 gg. dal primo, abbia manifestato una sintomatologia compatibile con spondilodiscite. Tale diagnosi, come

*già riportato nella sezione infettivologica del ... elaborato, non scaturì dal riscontro di un germe (esame colturale negativo), ma fu posta in via presuntiva per cui fu intrapresa terapia antibiotica per circa tre mesi.*

*Circa l'etiopatogenesi di tale affezione vi sono varie ipotesi possibili, contagio nel corso dell'intervento chirurgico (nel caso di specie ve ne furono due), contagio per via ematogena da altri siti (nel caso in esame non risultano infezioni collaterali: ad esempio foci dentari, tonsillari, etc.), contagi attraverso il sito chirurgico (ferita chirurgica). La possibilità che tali percorsi siano responsabili della spondilodiscite è documentata sia in letteratura (vedasi riferimenti nella sezione infettivologica del presente elaborato), sia nella comune esperienza clinica quotidiana.*

*È stato già detto sulla non facile identificazione del germe essendo possibili falsi negativi in esame colturale (insufficienza di materiale esaminato, prelievo eseguito non nella sede elettiva, etc) e, quindi, sulla capacità di diagnosi che si basa essenzialmente sui dati clinici e strumentali radiografici (TAC, RMN).*

*Nel caso di specie, venne posta diagnosi di spondilodiscite proprio, basandosi sulla clinica e sulla base degli esami strumentali e, il fatto che tale diagnosi fosse corretta e aderente alla vicenda clinica, è provato dalla risposta del paziente alla terapia antibiotica che fu predisposta in modo adeguato ed opportuno.” (p. 17 c.t.u.).*

Invero, riguardo alla eziopatogenesi della spondilodiscite subita da **Parte\_1**, occorre segnalare che i consulenti di parte convenuta, nelle proprie “osservazioni” critiche alla relazione peritale, hanno affermato che la vicenda occorsa all'attore sia interamente da ascrivere a un processo “infiammatorio cicatriziale”. Secondo i CTP dell' **CP\_1** [...] “In tal senso depongono infatti gli accertamenti strumentali e gli elementi clinici evincibili dalla documentazione medica versata in atti, nonché i dati di letteratura forieri dell'esistenza anche di casi di discite asettica”. I consulenti della struttura convenuta giungono a tali conclusioni, osservando “in primo luogo che gli accertamenti strumentali ai quali venne sottoposto il sig. **Pt\_1** non furono diagnostici per una spondilodiscite su base infettiva, mostrando piuttosto “reperti riconducibili alla presenza di processi flogistici”; analogamente, gli esami biochimici così come gli esami colturali diedero esito negativo per

*patologie infettive in atto. Detti elementi depongono semmai per una spondilodiscite avente origine infiammatoria/cicatriziale, prospettata anche da tutti gli specialisti che hanno eseguito i successivi accertamenti diagnostici” (p. 2 note scritte depositate in data 11.11.2022 da Controparte\_1 in vista dell’udienza a trattazione scritta del 16.11.2022).*

*A tali contestazioni, i CTU hanno tuttavia motivatamente replicato come “non esista in medicina un’entità clinica definita come spondilodiscite di natura infiammatoria/cicatriziale, mentre è ben nota la spondilodiscite di natura infettiva che è peraltro guarita con modesti reliquati funzionali dopo settimane di terapia antibiotica.” (p. 28 c.t.u.).*

*La spondilite c.d. “infiammatoria/cicatriziale” è invece “una patologia mai descritta finora in medicina. Le spondiliti, infatti, seppur con rare ma importanti eccezioni di natura genetica/autoimmune (es. spondilite anchilosante) sono processi infettivi, per cui si rimanda alla precedente ampia trattazione dei CCTTUU in tema, mentre semmai si può parlare di tessuto fibrocicatriziale contiguo alle piccole raccolte liquide interpretabili come piccoli ascessi espressione del processo infettivo in atto. Che la natura infettiva della spondilodiscite non sia stata provata non esclude peraltro che si tratti di spondilodiscite batterica. Nella pratica clinica è peraltro frequente il riscontro di negatività della biopsia, come peraltro sottolineato nella CTU, tant’è che solo il 20% delle biopsie vertebrali e meno del 50% delle emocolture permettono l’isolamento dell’agente infettivo [Clin Infect Dis 2015;61:e26]. L’RMN è da considerarsi in questo caso la tecnica di imaging migliore che, insieme al dolore, risultano diagnostici con elevata probabilità. L’RMN eseguita in data 24.08.2016 mostra “...bulging discale sottolegamentario residuo, caratterizzato da tessuto in parte colliquato che viene prelevato per esame colturale”. La negatività di quest’ultimo come sopra reiterato non esclude quindi un processo infettivo come invocato dai CTP.” (pp. 27 – 28 c.t.u.).*

*Conseguentemente, il collegio peritale ha concluso la propria relazione tecnica nel senso di ritenere che “Secondo la criteriologia del nesso di causa, nel caso in esame, sono presenti il criterio topografico, il criterio di efficienza lesiva della causa, il criterio cronologico*

*rispetto all'epoca di insorgenza della spondilodiscite con gli interventi eseguiti, il criterio di esclusione di altre cause.*

*Posto quanto sopra, esistono fondati motivi per ammettere tale nesso causale e quindi, concretamente, che l'origine della spondilodiscite sia attribuibile ai trattamenti eseguiti presso l' Controparte\_1 di Milano.” (p. 18 c.t.u.).*

*Date tali premesse di ordine tecnico, “ne scaturisce, dal lato medico-legale, che detta infezione sia stata originata nel corso del duplice intervento chirurgico alla colonna lombare.” Peraltro, “Stabilire quale delle manovre o circostanze possano essere ritenute responsabili del contagio è praticamente cosa impossibile da definire non esistendo, nel caso di specie, alcuna positività di esame colturale.” (pp. 17 – 18 c.t.u.).*

*Secondo i CTU, “Siamo, in pratica, di fronte ad uno dei casi di infezione nosocomiale (oggi meglio indicate come infezioni correlate all'assistenza, dall'inglese healthcareassociated infections) la cui prevenzione, ancorché adottata con i migliori protocolli, non è in grado di essere esclusa al 100% stante la possibilità di fattori ambientali ospedalieri non sempre ponderabili e controllabili. Vi può essere una falla del sistema di prevenzione che sfugge al controllo degli operatori” (p. 18 c.t.u.).*

*Quanto al danno conseguenza patito dall'attore, i consulenti tecnici d'ufficio hanno osservato che “In ordine alle conseguenze di tale infezione (spondilodiscite) sono da ammettersi una inabilità temporanea, quale prolungamento della malattia post-chirurgica, e postumi permanenti derivanti dagli esiti della stessa.*

*È documentato che il paziente abbia manifestato il processo infettivo dopo circa due mesi dal secondo intervento, evidenziato con RMN del 28/10/2010 a cui fece seguito ricovero presso il reparto di Malattie infettive dal 29/11/2016 al 02/12/2016 e che abbia determinato un periodo di terapie e controlli in regime di degenza Contr sino al 06/07/2017, epoca in cui era dichiarato “netto miglioramento delle condizioni generali e riduzione della sintomatologia dolorosa.” (p. 18 c.t.u.).*

*Secondo il Collegio peritale “Si deve pertanto riconoscere un periodo di inabilità temporanea assoluta di 4 gg. (periodo di degenza Malattie Infettive), un successivo periodo inabilità temporanea parziale al 75% di 60 gg., una inabilità temporanea parziale al 50% di*

40 gg., una inabilità temporanea parziale al 25% di 30 gg. ed un ulteriore periodo di inabilità temporanea parziale al 15 % di 110 gg.

Riguardo ai postumi permanenti causalmente riconducibili a detta spondilodiscite, come più sopra riportato, il paziente è guarito con modesti deficit funzionali (vedasi esame obiettivo). Considerato che l'attuale menomazione, tenuto conto di quanto viene suggerito dalla dottrina medico-legale in ambito di valutazione del danno in relazione al cosiddetto danno biologico ( *Per\_6* , Consigliere ....; *Pt\_3* *CP\_5* ecc. *CP\_6* D.M. del 03.07.2003, line guida SIMLA ed. Giuffrè 2016), avuto altresì riguardo alla ridotta intrinseca validità del soggetto ed alla usuale criteriologia valutativa analogico-comparativa medico-legale possa essere stimata nella misura del 10% (dieci per cento) per cento quale danno biologico e che una quota parte di essa sarebbe stata comunque attesa in esiti della discectomia stimabile nell'ordine del 5%, ne deriva che i postumi da valutarsi e da attribuirsi alla infezione nosocomiale siano dell'ordine del 5% collocabili tra il 5% (normalmente atteso) e l'attuale 10%.

Si ritiene, inoltre, che nel periodo di inabilità temporanea assoluta sia stata preclusa totalmente la capacità lavorativa del paziente (architetto – autonomo) e che nel successivo periodo la stessa possa essere stata svolta con impedimenti negli spostamenti per sopralluoghi, attività esterne, essendo conservata quella interna (in studio) trattandosi di prestazione d'opera essenzialmente a carattere intellettuale.

Non sussistono attualmente riflessi sulla capacità lavorativa del sig. *Parte\_1* .” (pp. 18 e 19 c.t.u.).

\*\*\*

Osserva il giudice che la relazione di consulenza tecnica d'ufficio, redatta dai Dottori *Persona\_2* (medico legale) e Prof. *Persona\_3* (specialista in malattie infettive), appare motivata in modo chiaro e persuasivo, secondo logica e con dovizia di riferimenti alla letteratura scientifica, è fondata sugli elementi istruttori ritualmente acquisiti al presente giudizio ed è congrua nelle conclusioni.

Conseguentemente, questo Tribunale ritiene di fare integralmente proprie le conclusioni della relazione peritale depositata in atti.

Pertanto,

considerato che i CTU hanno stimato in questi termini il danno biologico permanente: “*i postumi da valutarsi e da attribuirsi alla infezione nosocomiale siano dell’ordine del 5% collocabili tra il 5% (normalmente atteso) e l’attuale 10%*”);

fatta applicazione delle Tabelle elaborate dall’Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano per la liquidazione del danno alla persona (Edizione 2024);

tenuto conto della accertata percentuale di invalidità permanente (danno differenziale fra il 5 e il 10% dell’integrità psicofisica), dell’età (52 anni compiuti alla data del 6 luglio 2017, momento della fine della malattia) e delle condizioni di vita dell’attore, delle allegazioni di parte e delle risultanze probatorie, dei menzionati criteri tabellari adottati da questo Tribunale, si stima equo liquidare il risarcimento del danno biologico dinamico-relazionale in euro 12.975,00 (pari alla differenza fra euro 19.462,00 ed euro 6.487,00) e il danno da sofferenza soggettiva in euro 3.439,00 (pari alla differenza fra euro 5.061,00 ed euro 1.622,00);

osservato, quanto alla richiesta di “personalizzazione” del risarcimento del danno biologico permanente, che la maggiorazione a tale titolo spetta, secondo la giurisprudenza, quando siano state provate “specifiche circostanze di fatto, peculiari al caso in esame, che valgano a superare le conseguenze 'ordinarie' già previste e compensate dalla liquidazione forfettizzata assicurata dalle previsioni tabellari”, e che diano luogo a “irripetibile singolarità dell’esperienza di vita individuale” corporea e mentale (Cass. ord. n. 15084/19 e Cass. n. 21939/2017);

ritenuto che nel caso di specie la quantificazione dei CTU di tale tipologia di danno tenga conto di tutte le variegate conseguenze della lesione patite dall’attore;

escluso che possano ravvisarsi conseguenze caratterizzate da “irripetibile singolarità” e che debba ritenersi che l’attore abbia riportato conseguenze afflittive eccezionali in rapporto a quelle normalmente patite dalle persone che abbiano subito lesioni dello stesso tipo e di pari gravità;

escluso dunque che debba attribuirsi “personalizzazione” del risarcimento;

osservato che il risarcimento del danno non patrimoniale da lesione permanente al diritto alla salute viene determinato nella complessiva somma attualizzata<sup>1</sup> di **euro 16.414,00**;

considerato che i CTU, per quanto concerne il danno biologico temporaneo, hanno accertato in capo all'attore *“un periodo di inabilità temporanea assoluta di 4 gg. (periodo di degenza Malattie Infettive), un successivo periodo inabilità temporanea parziale al 75% di 60 gg., una inabilità temporanea parziale al 50% di 40 gg., una inabilità temporanea parziale al 25% di 30 gg. ed un ulteriore periodo di inabilità temporanea parziale al 15 % di 110 gg.”*;

considerato che gli Ausiliari del giudice hanno altresì ritenuto che *“nel periodo di inabilità temporanea assoluta sia stata preclusa totalmente la capacità lavorativa del paziente (architetto – autonomo) e che nel successivo periodo la stessa possa essere stata svolta con impedimenti negli spostamenti per sopralluoghi, attività esterne, essendo conservata quella interna (in studio) trattandosi di prestazione d'opera essenzialmente a carattere intellettuale”*;

considerato che, invece, i predetti CTU hanno escluso che sussistano attualmente riflessi sulla capacità lavorativa dell'attore (p. 19 relaz. di CTU);

ritenuto, sulla base di quanto testé osservato, non ravvisabile nella fattispecie alcun pregiudizio patrimoniale risarcibile;

ritenuto nondimeno equo considerare il peggioramento temporaneo della cenestesi lavorativa rilevante a fini di *personalizzazione* del risarcimento del danno biologico temporaneo e che esso debba essere liquidato mediante aumento dei valori monetari indicati nella misura del 25%;

ritenuto pertanto che il risarcimento *personalizzato* del danno biologico temporaneo patito dall'attore, comprensivo sia del danno biologico dinamico-relazionale, sia della sofferenza soggettiva, debba essere liquidato in complessivi **€ 13.368,75** (importo già rivalutato alla data della presente decisione);

tutto ciò considerato,

il risarcimento in linea capitale (attualizzata) da attribuirsi a Parte\_1 ammonta a **complessivi euro 29.782,75** (in moneta attualizzata, essendo il debito risarcitorio *di valore*).

---

<sup>1</sup> trattandosi di debito di valore;

\*\*\*\*

Detto importo deve essere maggiorato degli interessi compensativi del ritardo con cui parte attrice ottiene il risarcimento del danno di cui sopra.

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 *devalutato* 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 determinato (svalutato) con riguardo alla data del suo manifestarsi (8.11.2016, quanto al danno temporaneo; 6.7.2017 quanto al danno permanente), 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 in linea capitale mensilmente crescenti, fino alla data della presente decisione.

Dalla data della decisione spettano ulteriori interessi compensativi, da calcolarsi al tasso legale, fino al saldo.

\*\*\*\*\*

Secondo il criterio della soccombenza (art. 91 c.p.c.), le spese processuali devono essere poste a carico della convenuta. Esse vengono liquidate in dispositivo (giusta il D.M. 13.8.2022 n. 147), tenendo conto (anche) della misura in cui la domanda viene accolta.

Secondo il predetto criterio della soccombenza, anche i costi della CTU (come liquidati con decreto 16.11.2022) debbono essere definitivamente posti a carico della [...]

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, disattesa o respinta:

**condanna** *Controparte\_1* a pagare a *Parte\_1*, a titolo di risarcimento, la somma di € 29.782,75, oltre interessi compensativi da calcolarsi come indicato in parte motiva, fino al saldo;

**condanna** *Controparte\_1* *Controparte\_1* a rifondere a *Parte\_1* le spese processuali, liquidate in € 7.000,00 per compensi (da maggiorarsi di 15% per rimborso forfettario spese generali e 4% CPA) relativi alla presente controversia, in € 441,00 per compensi relativi al procedimento di mediazione, in € 1.241,00 per anticipazioni e in € 2.400,00 per spese di CTP;

**pone** definitivamente il costo della CTU a carico della convenuta [...] *Controparte\_1*.

### **Sentenza esecutiva.**

Milano, 12/11/2024.

Il giudice  
*Andrea Manlio Borrelli*