



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di VARESE
Prima Sezione CIVILE

Il Tribunale di Varese, I Sezione Civile, in composizione monocratica in persona della Giudice dott.ssa Elisabetta Donelli, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. 1073/2021, promossa da:

Parte_1 (C.F.: *C.F._1* , [REDACTED]
[REDACTED] rappresentato e difeso dall'Avv.
[REDACTED] foro di Varese, presso il cui studio è elettivamente domiciliato, giusta procura allegata all'atto introduttivo;

PARTE ATTRICE

contro

Controparte_1 (C.F.:
P.IVA_1) con sede in Varese, [REDACTED] in persona del Direttore Generale *pro tempore* Dott. *CP_2* [REDACTED] rappresentata e difesa dall'Avv. [REDACTED] [REDACTED] presso il cui studio è elettivamente domiciliata, giusta procura allegata all'atto di costituzione;

PARTE CONVENUTA

OGGETTO: “*Responsabilità professionale sanitaria*”.

CONCLUSIONI

Per parte attrice *Pt_1* : “*Voglia L'Ill.mo Tribunale adito, contrariis rejectis, previa ogni più opportuna determinazione del caso e di legge: Nel merito:*
- previo accertamento della responsabilità professionale medica degli operatori sanitari dell'ASST *Controparte_3* *e, quindi, della responsabilità*

contrattuale nella quale la stessa è incorsa, condannare la medesima al risarcimento del danno, patrimoniale e non patrimoniale, patito dall'attore sulla base delle ragioni indicate in narrativa, da quantificarsi in € 75.335,28, o della diversa somma che risulterà nel corso di causa o altra ritenuta di giustizia, oltre rivalutazione monetaria e interessi sulla somma via via annualmente rivalutata;

- previo accertamento della lesione del diritto all'autodeterminazione dell'attore, per mancato rilascio di un valido consenso informato al trattamento sanitario operato dai medici della struttura sanitaria convenuta, condannare quest'ultima alla somma che risulterà di giustizia, anche mediante valutazione in via equitativa, a titolo di risarcimento del danno subito, oltre rivalutazione monetaria e interessi via via annualmente rivalutata;

- con refusione delle spese di lite in favore dell'attore.

In via istruttoria: si reiterano tutte le domande formulate nel corso del giudizio e non accolte dal Tribunale adito.

In particolare: Si chiede venga ammessa la prova testimoniale sui seguenti capitoli di prova:
Sulle condizioni fisiche del sig. Pt_1 dopo l'intervento chirurgico del 12.06.2018:

1. Vero che, i giorni seguenti all'intervento presso l' Controparte_3 di Varese, il sig. Pt_1 lamentava dolori persistenti alla zona lombare, con conseguente limitazione nei movimenti?

2. Vero che, già in data 6.07.2018, il sig. Pt_1 era costretto ad accedere al [REDACTED] di Varese a causa della persistente lombosciatalgia e dell'elevata febbre?

3. Vero che, a seguito di tale accesso, il sig. Pt_1 veniva nuovamente ricoverato?

4. Vero che, in occasione del ricovero presso [REDACTED] di Varese, sul sig. Pt_1 veniva riscontrata una profonda raccolta di natura infiammatorio-infettiva in sede di accesso chirurgico estesa al livello dei muscoli paraspinali fino al grasso epidurale?

5. Vero che, dopo esser stato dimesso [REDACTED] di Circolo di Varese in data 14.07.2018, il sig. Pt_1 è stato costretto a sottoporsi ad ulteriori trattamenti terapeutici e controlli clinici a causa dell'infezione insorta dopo il primo intervento del 12.06.2018?

6. Vero che, dopo l'intervento del 12.06.2018, nonostante il trattamento mediante infiltrazioni in sede sacroiliaca a scopo antalgico, il sig. Pt_1 lamentava una forte e persistente lombosciatalgia?

7. Vero che, dopo il secondo ricovero presso [REDACTED] di Varese, in occasione di una visita specialistica neurochirurgica presso il centro [REDACTED] di Varese veniva consigliato al sig. Pt_1 di sottoporsi ad un ulteriore intervento?

8. Vero che l'intervento ulteriormente consigliato al sig. **Pt_1** veniva effettivamente eseguito presso **████████** **████████** **████** **████** di Novara il 4.03.2019?
9. Vero che, successivamente ai controlli e visite specialistiche effettuate dal sig. **Pt_1**, questi ha dovuto sottoporsi ad un ulteriore intervento presso l' **CP_3** di Novara il 17.08.2021?
10. Vero che il sig. **Pt_1** ha comunque dovuto continuare a sottoporsi a trattamenti e controlli, sostenendo le corrispondenti spese, a partire dal primo intervento del giugno 2018 e **sino** **alla** **data** **odierna**?
11. Vero che il sig. **Pt_1**, successivamente all'intervento del 12.06.2018 presenta gravi difficoltà **nel** **deambulare**?
12. Vero che a causa delle limitazioni nei movimenti il sig. **Pt_1** è impossibilitato a svolgere commissioni ed attività quotidiane nell'ambito della sfera familiare, tra cui ad esempio trasportare le buste della spesa e le cassette dell'acqua?
13. Vero che a seguito dell'intervento del 12.06.2018 il sig. **Pt_1** ha dovuto utilizzare il deambulatore **e** **il** **bastone** **per** **camminare**?
14. Vero che il sig. **Pt_1**, che abita in un appartamento sito al terzo piano di uno stabile, fatica a camminare e salire e scendere le scale per raggiungere la propria abitazione?
15. Vero che il sig. **Pt_1**, dopo l'intervento subito il 12.06.2018 e nel corso dell'intero anno seguente, su consiglio medico al fine di migliorare la deambulazione doveva camminare nell'acqua, sicché utilizzava regolarmente la piscina sita nel cortile di casa del fratello, sig. **CP_4**, di cui chiedeva il costante aiuto per entrare e uscire dalla stessa perché non poteva **reggersi** **in** **piedi** **da** **solo**?
16. Vero che il sig. **Pt_1**, a partire dall'intervento del 12.06.2018, ha cessato di praticare qualsivoglia **attività** **sportiva**?
17. Vero che il sig. **Pt_1**, date le difficoltà nel deambulare a seguito dell'intervento del 12.06.2018, rappresentava continuamente il proprio timore di essere licenziato dal lavoro?
18. Vero che il sig. **Pt_1** dopo l'intervento del 12.06.2018 aveva grandi difficoltà ad addormentarsi, **rimanendo** **sveglio** **per** **interi** **notte**?
19. Vero che il sig. **Pt_1**, dopo l'intervento del 12.06.2018, a causa degli oppioidi che assumeva su prescrizione medica soffriva di repentini sbalzi d'umore?
20. Vero che il sig. **Pt_1**, dimesso dopo l'intervento del 12.06.2018, fino a dopo l'intervento del 17.08.2021, a causa delle proprie difficoltà nei movimenti è stato costretto a smettere di guidare, dovendo pertanto essere accompagnato dai propri familiari in ogni luogo in cui dovesse recarsi? Sulla grave difficoltà del sig. **Pt_1** nello svolgere la propria

attività

lavorativa:

21. Vero che dopo l'intervento subito nel mese di giugno 2018, sia nel corso dello stesso anno che successivamente il sig. Pt_1 risultava idoneo con limitazioni allo svolgimento della

mansione svolta presso la Parte_2 (già CP_5), non potendo mantenere posizione eretta prolungata con pause a riposo a discrezione?

22. Vero che, a seguito dell'intervento del 12.06.2018, il sig. Pt_1 non ha più potuto svolgere ore di lavoro straordinario presso la ditta Parte_2 (già CP_5)?

23. Vero che nel 2019, già eseguito l'intervento del 12.06.2018, al sig. Pt_1 veniva attribuita la nuova mansione di addetto al controllo qualità capsule, che sostituiva la precedente di magazziniere? 24. Vero che il sig. Pt_1 ha perso i buoni pasto del periodo

di giugno 2018 – maggio 2019, per la cifra complessiva di € 2.160,00?

25. Vero che, nell'anno 2020, il sig. Pt_1 si è visto costretto ad usufruire di tutte le ore di ferie disponibili, assentandosi da lavoro in ulteriori giornate, qualificate come permessi non retribuiti con trattenuta dalla retribuzione?

Si indicano quali testimoni sugli articolati capitoli di prova: - sig.ra Testimone_1,

[redacted] ad eccezione del capitolo 21; - sig.

Testimone_2 domiciliato c/o CP_5, corrente in [redacted] (VA),

[redacted] limitatamente ai capitoli di prova nn.° 22, 23, 24 e 25; - Dott. Tes_3

[...] Direttore Sanitario presso [redacted] Srl, corrente in Sesto Calende (VA), [redacted]

[redacted] sui capitoli nn.° 21 e 23; - sig. Testimone_4, [redacted]

[redacted] sui capitoli nn.° 21, 22, 24 e 25; - sig. CP_4, [redacted]

[redacted] ad eccezione del capitolo 21; - sig.ra Tes_5

[...] , [redacted] D, sui capitoli nn.° 21, 22, 24 e

25; - sig. Testimone_6, [redacted] sui capitoli nn.° 21, 22, 24 e

25; - sig. Testimone_7, [redacted] ad eccezione

del capitolo 21.

Inoltre, come richiesto nella memoria autorizzata del 18.04.2024 si insiste per un confronto a chiarimento diretto tra CTU e CTP di parte attrice, che si chiede venga espletato dinanzi al Giudice, nel contraddittorio tra le parti e i loro consulenti, oltre all'acquisizione delle registrazioni delle operazioni peritali";

Per parte convenuta Controparte_6 “Nel merito: rigettare le domande avversarie tutte, con qualunque statuizione, perché infondate in fatto ed in diritto; In via istruttoria: Si insiste per l'ammissione dei mezzi istruttori dedotti con memoria ex art.

183 comma VI n. 2 c.p.c. con i testi ivi indicati e segnatamente:

- A) Vero che in data 11 giugno 2018 ebbi personalmente ad acquisire il consenso informato del sig. Parte_1 all'intervento che mi si rammostra (cartella clinica doc. 2 convenuta) e a spiegare al paziente il tipo di intervento, a quale scopo sarebbe servito, alle possibili alternative nonché a riferire allo stesso paziente le possibili complicanze postchirurgiche evidenziando il fatto che il paziente diabetico e fumatore è più suscettibile ad eventi infettivi e a neuropatie postchirurgiche;
- B) Vero che in data 12 giugno 2018 nella stessa sala operatoria in cui venne eseguito l'intervento del sig. Parte_1 sono stati operati in prima posizione la signora R.G., come secondo il sig. Pt_1 e successivamente allo stesso la signora Pt_3 senza che subentrasse successivamente nelle anzidette pazienti alcuna infezione post chirurgica;
- C) Vero che i documenti che mi si rammostrano (doc. da 3 a 14 fascicolo convenuta) corrispondono a tutte le misure che venivano osservate nel reparto di Neurochirurgia alla data del 12 giugno 2018 atte a prevenire il rischio di infezione prima, durante e dopo gli interventi neurochirurgici;
- D) Vero che nel foglio anestesilogico contenuto in cartella clinica che mi si rammostra (doc. 2 fascicolo convenuta) si rileva l'infusione profilattica di antibiotico scelto per il sig. Parte_1 in funzione del protocollo aziendale in essere al momento dell'intervento per la profilassi operatoria in Neurochirurgia
- E) Vero che il referto operatorio in data 12 giugno 2018 riferito all'intervento del sig. Parte_1 è privo di indicazioni di situazione con rischio di contaminazione come da documenti che mi si rammostrano (cfr doc. 2 e 15 fascicolo convenuta punto 2 referto operatorio);
- F) Vero che in data 12 giugno 2018 venne effettuato il controllo circa le procedure di sterilizzazione della sala operatoria e del materiale chirurgico come da documenti che mi si rammostrano (doc. 16 fascicolo convenuta);
- G) Vero che in data 12 giugno 2018 tutto il personale presente in sala operatoria era edotto delle norme in uso costituenti il protocollo sul lavaggio delle mani, sull'utilizzo dei camici, guanti e cuffie e sulla sterilità dell'ambiente (cfr doc. da 3 a 14 fascicolo convenuta);
- H) Vero che all'interno della divisione di Neurochirurgia nel mese di giugno 2018 erano stati resi noti a tutto il personale medico, infermieristico e paramedico tutti i protocolli e le norme di comportamento che mi si rammostrano (doc. da 3 a 14 fascicolo convenuta) atti a prevenire il rischio di infezioni pre e post chirurgiche;
- I) Vero che come emergente dal diario clinico (cfr doc. 2 e 15 fascicolo convenuta) la ferita

del sig. *Parte_1* era priva di segni di infezione e venne medicata nei tempi e nei modi previsti per il tipo di intervento;

J) Vero che il sig. *Parte_1* dopo le dimissioni veniva rivisto in ambulatorio dove venne sottoposto a rimozione dei punti senza difficoltà essendo la ferita priva di segni di infezione come da documento che mi si rammostra (cfr doc. 15 fascicolo convenuta);

K) Vero che io personalmente ebbi ad impartire le procedure di medicazione post operatorie che dovevano essere eseguite sul paziente *Parte_1* e sulle modalità con cui il paziente avrebbe dovuto effettuare le medicazioni al proprio domicilio (cfr doc. 15 fascicolo convenuta);

L) Vero che i ferri ed il materiale che venne utilizzato per l'intervento in data 12 giugno 2018 cui fu sottoposto il sig. *Parte_1* furono sottoposti ad idonea procedura di sterilizzazione così come risultante dalle etichette inserite in cartella clinica (cfr doc. 2 convenuta) nonché da inerente certificazione (cfr doc. 16 convenuta);

M) Vero che nell'anno 2018 nella sala operatoria in cui venne eseguito l'intervento del sig. *Parte_1* vennero effettuati prelievi ambientali e prove di campionamenti dell'aria come da certificazioni che mi vengono esibite (cfr doc. 17, 18 fascicolo convenuta)

A teste sui capitoli da A) a M) si indica Dott.ssa *Testimone_8* presso Neurochirurgia *Parte_1* di Circolo di Varese

A teste sui capitoli C), F) G) e H) si indica Prof. *Persona_1* presso Neurochirurgia *Parte_1* di Circolo di Varese Dott.ssa *Testimone_9* presso Neurochirurgia *Parte_1* di Circolo di Varese

A teste sui capitoli F), L) e M) si indica Dott. *Tes_10* presso *Parte_1* *Parte_1* di Soragna (*PR*).

La convenuta chiede il rigetto dei mezzi istruttori articolati da parte attrice per tutti i motivi di cui alla memoria ex art. 183 comma VI n. 3 ed in subordine insiste per l'ammissione a prova contraria con gli stessi testi indicati da controparte.

In ogni caso vittoria di spese e compensi del grado di giudizio”.

CONCISA ESPOSIZIONE DELLE RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, iscritto a ruolo in data 12/04/2021, il sig. *Parte_1* ha convenuto in giudizio la *Controparte_6* chiedendone la condanna al risarcimento di tutti i danni subiti, in conseguenza della responsabilità per l'operato dei sanitari del reparto di Neurochirurgia *Parte_1* di Circolo

di Varese per i fatti occorsi in data 12/06/2018, allorquando l'attore si è sottoposto ad intervento chirurgico.

In particolare, l'attore ha dedotto erroneità del consenso informato prestato, in quanto in prima battuta lo stesso sarebbe stato assunto per il tramite di un mero modulo prestampato estremamente generico, ritenuto inidoneo a garantire il diritto all'autodeterminazione dello stesso quale paziente, nonché in seconda battuta perché prestato per un intervento chirurgico di *“decompressione osteolegamentosa L4-L5 sinistra + asportazione EDL L5-S1 sinistra”* mentre in concreto risulta essere stata effettuata (in data 12/06/2018 con successive dimissioni del 14/06/2018) solamente la prima parte dell'operazione relativa alla decompressione della quarta e della quinta vertebra lombare, senza rimozione dell'ernia del disco.

Ancora, l'attore ha allegato che in data 06 luglio 2018, a seguito di un successivo accesso dello stesso al [REDACTED] di Varese della convenuta per persistente lombosciatalgia bilaterale, sarebbe stata riscontrata sullo stesso una infezione che l'attore ritiene attribuibile causalmente a difetto di sterilità del campo operatorio e quindi imputabile alla ASST convenuta (in particolare, l'attore ha riferito del riscontro di una raccolta profonda di natura infiammatorio-infettiva in sede di accesso chirurgico, estesa a livello dei muscoli paraspinali fino al grasso epidurale, provocata da *“Staphylococcus haemolyticus”*); parte attrice ha specificato che per fronteggiare tale infezione si è reso necessario un nuovo ricovero e un nuovo intervento, di drenaggio percutaneo, in data 09/07/2018, regolarmente eseguito e risolutivo sul punto.

Nel merito, l'attore ha poi precisato che, a distanza di qualche tempo, in data 04 marzo 2019, si sarebbe reso necessaria la sottoposizione, presso differente [REDACTED] in Novara, ad un ulteriore intervento chirurgico *“di ampliamento dell'accesso chirurgico, di decompressione delle radici nervose e stabilizzazione vertebrale mediante fissazione di impianto a barre e viti a livello L4-L5 e L5-S1”*; in particolare, l'attore deduce che tale operazione sarebbe stata necessaria per rimuovere la discopatia, ritenuta non opportunamente trattata dai sanitari dell' *Controparte_3* di Varese, nel frattempo estesasi anche sul lato destro della quinta vertebra lombare, nonché tessuto fibrotico e sanguinante presente nella sede del precedente intervento.

Tanto rappresentato, l'attore ha allegato di avere subito complessivamente plurimi danni: in primo luogo, per l'operazione varesina svolta in assenza di valido consenso informato; poi per errata e incompleta esecuzione dell'intervento chirurgico del 12.06.2018;

ancora, per mancanza di sterilità della sala operatoria con conseguente infezione nosocomiale; infine, è richiesta personalizzazione del danno biologico subito, nonché risarcimento del danno patrimoniale, sia sotto forma di danno emergente per le spese sostenute sia sotto forma di lucro cessante per i mancati guadagni conseguenti ai permessi lavorativi e anche ai buoni pasto perduti. In definitiva, parte attrice ha chiesto la condanna della convenuta al risarcimento dei danni che quantifica in complessivi € 75.335,28 ovvero la diversa somma di giustizia; oltre interessi e rivalutazione monetaria.

Si è tempestivamente costituita in giudizio la convenuta *Controparte_6* contestando la ricostruzione attorea e chiedendo il rigetto integrale di ogni pretesa.

Nello specifico, la difesa convenuta, ricostruiti gli eventi, ha dedotto il corretto operato del reparto di Neurochirurgia dell' *Controparte_7* di Varese, tanto in relazione al consenso informato, quale approdo di un percorso composito, eseguito in più e precedenti incontri dei sanitari con il paziente, rendendolo edotto delle possibili complicazioni dell'intervento, poi confluito nel documento formale sottoscritto, sia altresì in ordine alla correttezza dell'operazione chirurgica poi effettuata; invero, la convenuta ha precisato che, poiché in caso di interventi alla colonna si cerca di preservare le strutture deputate alla stabilità della rachide al fine di minimizzare conseguenze che possono essere estremamente dannose per il paziente, nel caso di specie la scelta di non asportare il bulging discale sinistro L5/S1 sarebbe sorta verificando la mobilità della radice nervosa, dopo decompressione osteolegamentosa e per evitare una ulteriore destabilizzazione dello spazio L5/S1, nel corso dell'operazione stessa.

L *Controparte_6* inoltre, ha rappresentato che l'infezione connessa ad intervento neurochirurgico rappresenta una delle complicate prevedibili ma non prevenibili (così determinando l'interruzione del nesso di causalità tra condotta ed evento) e maggiormente accentuate in pazienti come l'attore, fumatore e diabetico, circostanza che non è ascrivibile ad un difetto di sterilità del campo operativo, come invocato dallo stesso. Ancora, parte convenuta ha allegato che le ragioni che hanno spinto chirurgi [REDACTED] di Novara ad operare nuovamente l'attore sono di tutt'altra natura, non dipendenti dall'operato dei sanitari di Varese, di cui è negata ogni responsabilità. La convenuta, infine, ha concluso contestando le quantificazioni attoree dei danni, deducendone il carattere spropositato e sprovvisto di supporto probatorio.

All'esito della prima udienza fissata al 27/10/2021, sono stati assegnati i richiesti termini per memorie *ex art.* 183 co. 6 c.p.c.; la causa è stata istruita documentalmente e tramite CTU tecnica medico legale, collegiale.

Con Decreto n. 15/2021 dell'aprile 2023 del Presidente del Tribunale di Varese, la causa è stata assegnata a questo Giudicante che, all'esito dell'espletamento CTU (deposito 05/03/2024) e prima della valutazione delle ulteriori istanze istruttorie di ambo le parti la cui decisione era stata riservata all'esito dell'accertamento tecnico, ha formulato *ex art.* 185 bis c.p.c. proposta conciliativa del seguente tenore: "*pagamento a carico di ASST ed in favore di* *Parte_1* *della somma di € 18.000,00 omnia; spese di lite compensate; oneri di CTU a carico ASST*". La proposta, accettata dall'attore, non ha visto l'accettazione della convenuta, in quanto la convenuta ha ritenuto non fondata la richiesta di pagamento prevista.

Pertanto, rigettata l'istanza di chiarimenti al CTU e le ulteriori istanze istruttorie delle parti, ritenuta la causa matura per la decisione sulla base del quadro probatorio già acquisito, all'udienza fissata con modalità cartolare *ex art.* 127 *ter* c.p.c. le parti hanno precisato le conclusioni e la causa è stata trattenuta in decisione con concessione dei richiesti termini ordinari *ex art.* 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica (decorrenti dal 20/12/2024 - *dies a quo non computatur*).

La causa è passata in decisione al giudicante in data 11/03/2025.

1) Preliminarmente

In via preliminare, anche alla luce delle istanze istruttorie insistenti da entrambe le parti anche in sede di precisazione delle conclusioni, deve ribadirsi che la causa è matura per la decisione allo stato degli atti, senza necessità di ulteriore attività istruttoria.

Inoltre, alla luce delle puntuali allegazioni alla base dell'istanza attorea di rinnovo della CTU ovvero di chiamata a chiarimenti del CTU, si è già avuto modo, in corso di causa, di analizzare dettagliatamente tali richieste, ritenendole non accoglibili.

Deve pertanto in questa sede confermarsi e ribadirsi integralmente il contenuto di cui da ultimo all'ordinanza 18/10/2024, per le motivazioni ivi contenute.

Pertanto, ben potrà farsi pieno riferimento alle conclusioni di cui alla CTU tecnica disposta in corso di causa a mezzo di Collegio Peritale, al fine della decisione della causa; invero, la CTU appare del tutto esauriente e dettagliata, congruamente e logicamente

argomentata, anche in replica alle puntuali osservazioni dei CTP di parte, oltre che fondata su congrue ed esplicate posizioni scientifiche, opportunamente richiamate; in definitiva, questo giudicante fa proprie le conclusioni cui è pervenuta la CTU.

Quanto poi alla prova orale richiesta dalle parti anche in sede di precisazione delle conclusioni, la stessa non è comunque ammissibile, oltre che superflua, in quanto avente ad oggetto circostanza irrilevanti ai fini del decidere, superate dalla disposta CTU tecnica, generiche ovvero ancora inammissibilmente valutative.

2) Il merito: il consenso informato

La domanda attorea inerente l'invocata lesione diritto all'autodeterminazione conseguente a difetto di valido consenso informato non è fondata.

Sul punto, in diritto, occorre premettere che l'obbligo gravante sul medico di informare in maniera completa, aggiornata e comprensibile il paziente circa il quadro clinico, i possibili esiti e le alternative al trattamento sanitario, trova oggi definitivo inquadramento nella L. 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1, commi 3-6, art. 3, commi 1-5 e art. 5.

Ancora, secondo l'insegnamento della Consulta *“la manifestazione del consenso del paziente alla prestazione sanitaria, costituisce esercizio di un autonomo diritto soggettivo all'autodeterminazione proprio della persona fisica che - se pure connesso - deve essere tuttavia tenuto nettamente distinto - sul piano del contenuto sostanziale - dal diritto alla salute”* (cfr. Corte Cost. n. 438/2008); invero, sebbene distinti, il diritto alla salute e il diritto all'autodeterminazione si compenetrano a vicenda, nel senso che dalla mancata informazione può derivare anche un pregiudizio alla salute (cfr. Cass. civ., Sent n. 28985 del 11/11/2019).

Occorre però evidenziare che la violazione, da parte del sanitario, del dovere di informare il paziente, può causare due diversi tipi di danni: un danno alla salute, quando sia ragionevole ritenere che il paziente se correttamente informato, non si sarebbe sottoposto all'intervento sanitario poi rivelatosi dannoso oppure un danno da lesione del diritto all'autodeterminazione, risarcibile in caso di pregiudizio subito diverso dalla lesione del diritto alla salute, patrimoniale oppure non patrimoniale di apprezzabile gravità; nel primo caso, sarà risarcibile il danno derivante dalla lesione psicofisica subita dai sanitari e cioè il danno patrimoniale, il danno biologico, il danno morale etc.; nel secondo caso, invece, sarà risarcibile l'ulteriore pregiudizio subito, pervia allegazione dello stesso e sua prova, non potendo invocarsi un danno *in re ipsa*.

In sostanza, non è possibile ritenere che vi sia un danno *in re ipsa* con riferimento alla sola omessa informazione al paziente, ma è necessario che, ai fini del risarcimento, il danneggiato dimostri che il deficit informativo abbia causato un danno al diritto di autodeterminarsi e/o al diritto alla salute.

E pertanto, la Cassazione ha chiarito (cfr. Cass. civ., Sent. n. 25875/2020): *“Il paziente che allegghi l'altrui inadempimento sarà dunque onerato della prova del nesso causale tra inadempimento e danno, posto che: a) il fatto positivo da provare è il rifiuto che sarebbe stato opposto dal paziente al medico; b) il presupposto della domanda risarcitoria è costituito dalla scelta soggettiva del paziente, sicchè la distribuzione del relativo onere va individuato in base al criterio della cd. "vicinanza della prova"; c) il discostamento della scelta del paziente dalla valutazione di necessità/opportunità dell'intervento operata dal medico costituisce eventualità non corrispondente all'“id quod plerumque accidit”. Tale prova potrà essere fornita con ogni mezzo, ivi compresi il notorio, le massime di esperienza, le presunzioni, queste ultime fondate, in un rapporto di proporzionalità diretta, sulla gravità delle condizioni di salute del paziente e sul grado di necessità dell'operazione.”.*

Orbene, nel caso di specie, applicate tali coordinate ermeneutiche per come ricostruite, non ricorrono gli estremi per il riconoscimento del risarcimento del danno in tal senso invocato.

La circostanza che il consenso informato documentale sottoscritto sia effettivamente sufficiente o meno, nonché la circostanza per la quale le informazioni sarebbero state integrate oralmente direttamente dal medico al paziente, sono del tutto irrilevanti nella fattispecie per quanto infra; di qui la non ammissione delle prove sul punto.

Ed infatti, l'attore si è limitato ad allegare insufficienza del modulo per la libera accettazione della prestazione sanitaria (cfr. all. 1 fasc. attore) ma non ha fornito prova che, se debitamente e correttamente informato, avrebbe deciso di non sottoporsi a detto intervento; a ben vedere, a monte, neppure allega tale circostanza, così rendendo inammissibile ogni eventuale istanza di prova sul punto.

Né l'allegazione può dirsi implicita nelle doglianze complessivamente contenute nell'atto di citazione, e neppure tali elementi possono essere ricostruiti indiziariamente.

All'opposto, lamentando l'incompletezza dell'operazione subita il 12 giugno 2018 presso [REDACTED] di Varese deducendone la parzialità rispetto al consenso informato sottopostogli, l'attore implicitamente ammette - in via contraddittoria rispetto alla propria

prospettazione in punto di consenso informato - di essersi sottoposto scientemente all'intervento e che vi si sarebbe in ogni caso sottoposto (come infatti poi anche vi si è nuovamente sottoposto [REDACTED] di Novara).

In altri termini, l'attore, nel mentre riferisce di aver prestato un consenso carente dei requisiti di specificità e consapevolezza (dal momento che, nel modulo prestampato valido a rilasciare il proprio consenso, la prestazione sanitaria si individua con la sola indicazione del tipo di intervento "*decompressione osteolegamentosa L4-L5 sinistra + asportazione EDL L5-S1 sx*", accompagnata dalla semplice compilazione di anamnestici e impersonali, quesiti a crocette volti ad attestare una presunta informazione ricevuta dal proprio medico curante, nella persona del Dott. *Persona_2* , ma al tempo stesso, contesta l'incompletezza proprio di tale operazione eseguita dai medici [REDACTED] di Varese.

Né sono allegate o dedotte altre tipologie di danno di cui possa essere vagliata la fondatezza, differenti rispetto al danno biologico invocato, per il quale si veda il paragrafo successivo.

Per tali ragioni, la domanda attorea, sul punto, non può trovare accoglimento.

3) Il merito: la responsabilità professionale sanitaria invocata

La domanda attorea sul punto non è fondata.

Invero, a fronte della invocata responsabilità sanitaria da malpractice invocata, è stato dato ingresso in giudizio a CTU tecnica medico legale, le cui conclusioni vengono fatte integralmente proprie da questo giudicante, in quanto congruamente e logicamente argomentate, anche in replica alle osservazioni delle parti, come già evidenziato al punto 1 di questo provvedimento.

Il Collegio Peritale incaricato, nella relazione depositata in data 05/03/2024, ha escluso profili di responsabilità nell'operato dei sanitari intervenuti nelle cure della persona dell'attore, evidenziando come non sia censurabile la scelta dell'indicazione chirurgica della sola decompressione del canale lombare a livello L4-5 ed L5-S1 dal lato sinistro, senza esecuzione, nel contesto della medesima operazione anche della rimozione dell'ernia del disco, diversamente da come indicato nel consenso informato sottoposto al paziente.

Nel caso in esame, l'intervento di decompressione del canale lombare a livello L4-5 ed L5-S1 dal lato sinistro eseguito in data 12.06.2018, ad opinione del Collegio Peritale nominato, risulta correttamente realizzato, in attuazione di quello che è l'approccio medico conservativo preferibile in prima battuta e cioè, in caso di insufficienza della sola cura

farmacologica, un primo trattamento mininvasivo; ed infatti, nella relazione si legge: *“All’intervento chirurgico è seguito un miglioramento della sintomatologia preoperatoria ed il paziente è stato dimesso in data 14.06.2018. La ferita chirurgica è sempre stata descritta in ordine fino alla rimozione dei punti che è avvenuta in data 22.06.2018. Alla ricomparsa della sintomatologia algica, in data 04.07.2018, si è associata un rialzo della temperatura corporea, in data 06.07.2018, per cui il paziente si è recato in Pronto Soccorso. In questa sede, sono stati eseguiti esami ematochimici (indici infiammatori) e radiologici (TC-lombosacrale) con riscontro di due raccolte sospette per infezione del sito chirurgico. Correttamente il paziente è stato trattenuto in osservazione e quindi ricoverato in data 08.07.2018 presso la UO di Neurochirurgia dove ha completato le indagini con RM lombosacrale ed effettuato un Agoaspirato della raccolta flogistica sottofasciale extracanalare, ottenendo l’isolamento dell’agente infettivo che è risultato lo Parte_4. La terapia antibiotica è stata efficace ed il processo infiammatorio-infettivo è stato risolto conservativamente, come dimostrato dal confronto tra RM del 10.07.2018 ed RM di controllo del 14.08.2018. Le condizioni del signor Pt_1 successivamente sono peggiorate per le caratteristiche proprie della patologia degenerativa presente nel paziente come la stenosi lombare a più livelli e prevalente nei metameri da L3 a S1 con prevalenza su L4-L5. Il focolaio infettivo infiammatorio del sito chirurgico, tra l’altro risolto efficacemente ed in tempi brevi (vedi sopra cfr RM di luglio ed agosto 2018) con terapia conservativa, per la sua stessa sede extracanalare, non ha contribuito, con il criterio del più probabile che non, all’aggravamento della patologia degenerativa stenotica endocanalare. Anche per la instabilità della colonna vertebrale non è possibile attribuire al processo infettivo una partecipazione alla sua evoluzione, dettata invece dalla necessità di allargare la decompressione del canale lombare”* (cfr. pag. 40-41 CTU in atti).

Sul punto, infatti, come già anche ha avuto modo il CTU di precisare, non possono trovare condivisione le osservazioni del consulente tecnico di parte attrice, secondo cui l’intervento eseguito presso [REDACTED] di Varese, oltre che condizionato da una infezione del sito chirurgico, fu totalmente privo di efficacia sui sintomi preesistenti se non per un limitato intervallo di tempo di pochi giorni, riconducibile però alla assunzione di farmaci antidolorifici; complessivamente, il CTP attoreo lamenta la sostanziale non utilità dell’operazione chirurgica eseguita, con necessità di successivo intervento chirurgico.

Al contrario, però, il Collegio Peritale, posto, infatti, che *“la persistenza di dolore postoperatorio di per sé NON è da sola l’elemento che depone tout court per un errore*

chirurgico anche di indicazione, perché ben altre sono le valutazioni neurochirurgiche da effettuare in questi pazienti con severa degenerazione del rachide”, ribadisce la valutazione tecnica di correttezza dell’operazione chirurgica posta in essere dai sanitari della ASST convenuta; invero: “la scelta-indicazione chirurgica iniziale di procedere più conservativamente, in un paziente con lombosciatalgia ancora di giovane età (anni 56), affetto da una stenosi del canale vertebrale lombare L4-L5 ed ernia L5-S1 a sinistra, con un intervento neurochirurgico sostanzialmente mininvasivo di decompressione, è da considerare NON censurabile rispetto alle diverse possibili opzioni chirurgiche. [...]. Si precisa che nella letteratura specialistica, e nella prassi chirurgica routinaria anche italiana, non vi sono ad oggi interventi chirurgici decompressivi meno raccomandati rispetto ad altri, né vi sono interventi mandatori in casi come quello in discussione. [...]. Si osserva infatti nella pratica clinica neurochirurgica che un numero significativo di pazienti, in particolare quelli con una estesa patologia degenerativa della colonna lombare (ovvero interessante più metameri lombari), come quella del ricorrente signor Pt_1, dopo l’intervento godono di un beneficio che spesso è solo transitorio non per fallimento della chirurgia ma una inevitabile progressione della malattia in cui l’intervento decompressivo si prefigge principalmente di arginare la patologia e non necessariamente di ottenere una regressione della patologia degenerativa lombare. [...]. Inoltre, nel caso in discussione la recrudescenza del dolore è da considerare indipendente anche dall’intercorrente infezione postoperatoria locale lombare posteriore, soprattutto per la sede dell’infezione stessa che non ha interessato il contenuto endospicale (intracanalare spinale) ma ha coinvolto i piani più superficiali dell’accesso chirurgico e comunque extracanalari.” (cfr. pag. 53-54 CTU in atti).

Ancora, sul punto, deve essere richiamata integralmente l’ordinanza 18.10.2024, con cui è stata rigettata l’istanza di integrazione della CTU, per le motivazioni ivi dettagliate.

In conclusione, la CTU ha accertato, con motivazione pienamente condivisibile, frutto di congruo iter logico e supporto tecnico-scientifico, da cui questo giudicante non ha motivo di discostarsi, che il ricorrente ha quindi dovuto sottoporsi al successivo intervento (marzo 2019), nonché a quello di ulteriore allungamento dell’artrodesi posteriore lombare nel (gennaio 2021), in ragione della natura degenerativa della patologia vertebrale lombare da usura e non a causa di errate scelte o tecniche chirurgiche messe in atto nel primo intervento mininvasivo, né tanto meno a causa dell’intercorrente infezione post-chirurgica.

Pertanto, non è stata raggiunto prova di alcuna responsabilità sanitaria sul punto.

4) Il merito – l'ulteriore responsabilità sanitaria invocata (per “infezione del sito chirurgico”)

La domanda attorea sul punto è fondata, nei limiti di cui *infra*.

In diritto, con particolare riferimento al tema delle infezioni nosocomiali, la Cassazione ha recentemente riaffermato che: *“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; di tal che la relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva”* (cfr. Cass. sez. III, 23/02/2021, n.4864, Cass. Sez. III 15/06/2020 n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di era necessario adottare (cfr. Corte Cass. n. 6386/2023). Pertanto, a fronte della prova presuntiva fornita dal paziente, relativa alla contrazione dell'infezione nel plesso ospedaliero, la struttura sanitaria è chiamata a dimostrare, ai fini della prova liberatoria, di aver adottato tutte le cautele prescritte e di aver applicato i protocolli di prevenzione del rischio infettivo, attraverso una serie di indici dettagliatamente elencati dagli [Parte_5](#) in quanto, per il principio di vicinanza della prova, la dimostrazione dell'adozione e dell'adeguato rispetto dei necessari standard di igiene e prevenzione non può incombere sul danneggiato.

Orbene, nel caso in esame, parte attrice ha dettagliatamente e congruamente allegato e rappresentato di essersi dovuto sottoporre, nel luglio 2018, ad un secondo intervento chirurgico a causa di un'infezione in sede di accesso chirurgico dell'operazione 12/ estesa a livello dei muscoli paraspinali fino al grasso epidurale, dedotta come provocata da

Staphylococcus haemolyticus resistente a CP_8 Eritromicina e Fosfomicina; tale infezione sarebbe causalmente imputabile alla struttura convenuta.

Ebbene, a fronte di tale allegazione fornita dall'attore, la convenuta ASST si è limitata a negare ogni responsabilità, affermando di essersi attenuta ai protocolli ed alle linee guida in uso presso l'CP_3 oggetto di causa, volti a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali ed a garantire la asepsi della strumentazione e della sala operatoria così come per il post-operatorio; ancora, la convenuta ha allegato e valorizzato la circostanza secondo cui il rischio di infezioni connessa ad intervento neurochirurgico rappresenti una delle complicanze prevedibili ma non prevenibili, specie nei soggetti diabetici e fumatori, quale è l'attore.

Tali deduzioni difensive di parte convenuta non soddisfano l'onere della prova gravante sulla struttura ospedaliera, per come *supra* ricostruito.

D'altra parte, anche gli esiti della CTU riportano che l'infezione contratta dal paziente sia causalmente collegata, secondo il criterio del "più probabile che non" e quindi sufficiente in questa sede ai fini in esame, ad un difetto di sterilità del campo operatorio (pur non avendo tale infezione alcuna incidenza causale circa la necessità di successivo intervento neurochirurgico di ampliamento della decompressione e stabilizzazione lombare con viti e barre, come già evidenziato nel paragrafo precedente).

Nello specifico, in CTU a pag. 42-43, si legge che *"Rispetto al germe rilevato - Stafilococco haemolyticus - si segnala che questo è normalmente presente sulla cute umana e che le valutazioni microbiologiche effettuate in corso di ricovero non ne hanno rilevato una particolare aggressività, né era presente quella resistenza antibiotica tipica dei ceppi che determinano infezioni nosocomiali in soggetti anche immunocompetenti. [...] Solo il rilievo TAC, di una sottostante formazione con caratteristiche di infezione localizzata nei tessuti molli adiacenti alla muscolatura paravertebrale sinistra, ha portato a confermare l'origine della flogosi e del dolore locale manifestato dal paziente in corrispondenza della regione paravertebrale sinistra. In tale sede fu presente il drenaggio post-operatorio per un tempo limitato, ma è noto che la sua presenza può favorire la penetrazione e la proliferazione circoscritta e protetta nel biofilm di germi saprofiti cutanei penetrati nella profondità nella fase di inserimento del drenaggio post-operatorio. Tale meccanismo di penetrazione di un germe saprofito risulta a noi quello più logico nel giustificare una completa e regolare riparazione cutanea post-incisione chirurgica, in assenza di irregolarità superficiali e presenza nella profondità muscolare, ma ben distante dal sito trattato direttamente con lo*

strumentario chirurgico della colonna vertebrale, di segni locali di infezione. Detto ciò, si ritiene quindi che l'infezione vada considerata come infezione del sito chirurgico (intervento del 12.06.2018), ma tenendo conto che l'insorgenza delle evidenze clinico-strumentali si è verificata a distanza di circa tre settimane (in data 06.07.2018 rialzo febbrile, movimento degli indici infiammatori, TC lombosacrale), non è ascrivibile "con sicurezza" a difetti di sterilità del campo operatorio o altro operato dei medici/sanitari della struttura convenuta e ciò spiegherebbe l'assenza di rilievi di infezione localizzati in sede vertebrale vera e propria".

In conclusione, alla luce delle coordinate giurisprudenziali e in adesione alle risultanze della Consulenza tecnica d'ufficio, si ritiene responsabile la convenuta **Controparte_6** per l'infezione da *Staphylococcus haemolyticus* provocata al paziente **Parte_1** in occasione dell'operazione del 12 giugno 2018 nei locali della struttura ospedaliera.

5) La quantificazione

In via generale, con particolare riferimento al danno non patrimoniale, la liquidazione va effettuata tenuto conto dei principi espressi dalla Suprema Corte a Sezioni Unite nella nota sentenza n. 26972 del 2008, secondo cui tale tipologia di danno è categoria generale, non suscettiva di suddivisione in sottocategorie variamente etichettate, rispetto alla quale la tutela risarcitoria, al di fuori dei casi determinati dalla legge, è concessa soltanto se si accerta la lesione di un diritto inviolabile della persona. Pertanto, in presenza di una lesione di diritti inviolabili, come quello alla salute, il risarcimento del danno alla persona deve essere commisurato al peggioramento della qualità della vita effettivamente dimostrato dalla vittima e, quindi, liquidato in modo unitario ed omnicomprensivo, mentre non trova più spazio la risarcibilità autonoma delle figure di danno precedentemente accostate dalla giurisprudenza al puro danno biologico, quali il danno morale, inteso come patema d'animo, e il c.d. danno esistenziale, categorie queste ultime che sono state per effetto del nuovo indirizzo della giurisprudenza di legittimità tutte degradate ad un livello meramente descrittivo del danno non patrimoniale. Il noto principio è stato anche di recente ribadito e chiarito dalla autorevole pronuncia della Corte di Cassazione n. 7513 del 27/003/2018.

Al fine della quantificazione di tale voce di danno, limitatamente all'ipotesi di responsabilità effettivamente accertata, la CTU disposta ha concluso ritenendo che tale infezione nosocomiale abbia causalmente determinato solo inabilità temporanea dell'attore, escludendo ogni invalidità permanente.

In particolare, la CTU ha accertato un periodo inabilità temporanea biologica assoluta dell'attore di giorni 8, di inabilità temporanea parziale al 75% di giorni 30, nonché di inabilità temporanea parziale al 50% di giorni 30.

Inoltre, il CTU ha precisato che: *“rispetto alla sofferenza psicofisica si segnala che il ricorrente era ancora in fase di riabilitazione motoria e deambulatoria per il precedente intervento chirurgico nel momento della manifestazione dell'infezione dei tessuti molli paravertebrali lombari, riabilitazione che è stata rallentata-sospesa, e che l'infezione di per sé considerata ha incrementato in misura sostanzialmente modesta la sofferenza psicofisica complessiva già presente. In particolare, nei primi giorni dell'infezione, come delinea la valutazione del dolore in ospedale, e ciò porta a indicare 10 giorni di grado 3-4, poi gradualmente in regressione nel restante periodo di convalescenza e fase di riassorbimento del focolaio infiammatorio-infettivo dei tessuti molli profondi in sede paravertebrale lombare”* (cfr. pag. 44-45 come da CTU in atti).

La liquidazione monetaria di tale danno biologico va eseguita alla luce dei parametri liquidatori fissati con le Tabelle redatte dall'Osservatorio sulla Giustizia di Milano in quanto ritenuti condivisibili, adeguati, e comunque reputati dalla stessa Suprema Corte il metro della corretta liquidazione del danno non patrimoniale (cfr. Cass. civ., sent. n. 12408/2011; ma anche Cass. civ., sent. n. 38077/2021); devono applicarsi le Tabelle milanesi 2024, ultima versione pubblicata, secondo l'insegnamento di Cass. civ. n. 33770/2019 che ha specificato la necessità di applicare le tabelle vigenti al momento della liquidazione e non al momento del verificarsi del sinistro.

Non trova applicazione il recente d.P.R. n.12/2025 che, predisponendo l'attuazione di una Tabella Unica Nazionale per il risarcimento dei danni biologici e morali, uniformando i criteri liquidativi, stabilisce quale norma intertemporale, all'art. 5, il divieto di applicazione di tali disposizioni ai sinistri verificatisi precedentemente alla data della sua entrata in vigore; la presente fattispecie, pertanto, esula dall'applicazione di tale norma.

Pertanto, applicate le Tabelle Milanesi, è noto che le stesse consentano la liquidazione congiunta di tutte le componenti del danno non patrimoniale: ed invero, il valore monetario di liquidazione del danno non patrimoniale per un giorno di inabilità temporanea assoluta è ivi indicato pari ad € 115,00, importo questo comprensivo sia del danno biologico (oggi definito “dinamico-relazionale”), sia del danno morale temporaneo (oggi definito “danno da sofferenza soggettiva interiore”).

Sulla base, quindi, dei parametri dettati dalle tabelle giudiziali sopra evocate, nonché degli indici indicati dal CTU, considerata la durata dell'invalidità temporanea, il danno non patrimoniale temporaneo subito dall'attore, di anni 57 all'epoca dei fatti, va liquidato in moneta attuale in complessivi € 5.232,50 (derivante dalla sommatoria di I.T.T. € 115,00*8gg= € 920,00; I.T.T. 75% di € 115,00*30gg= € 2.587,50; I.T.T. 50% di € 115,00*30gg= € 1.725,00).

Pur non escludendo le Tabelle milanesi un adattamento all'effettivo danno non patrimoniale subito dal soggetto leso attraverso adeguamenti dei valori standard individuati, essendo la sofferenza e la lesione della dignità umana non necessariamente proporzionali all'entità della lesione biologica, "l'aumento personalizzato" dalle stesse contemplato postula sempre la sussistenza di allegate e provate peculiari circostanze personalizzanti del caso concreto, meritevoli di un aumento.

Invero, con riguardo alla possibilità riconosciuta al Giudice di personalizzare il danno biologico subito da un soggetto, la Suprema Corte (Cass. civ., sent. n. 28988/2019) ha avuto modo di evidenziare che *"in presenza di un danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento può essere aumentata solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale ed affatto peculiari, atteso che le conseguenze dannose, sul piano della loro incidenza sulla vita quotidiana e sugli aspetti "dinamico-relazionali", da ritenersi normali e indefettibili secondo l'id quod plerumque accidit (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento. Ne consegue che soltanto in presenza di circostanze "specifiche ed eccezionali", tempestivamente allegate dal danneggiato, le quali rendano il danno concreto più grave "rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età, è consentito al giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione"*.

Nel caso di specie, le conseguenze dannose allegate dall'attore (ossia la sottoposizione a nuovo intervento a seguito dell'infezione) possono giustificare una personalizzazione in aumento del risarcimento, nella misura di un incremento percentuale pari al 20%.

In definitiva, il danno da inabilità temporanea subito dall'attore va liquidato, già personalizzato, va a quantificarsi in € 6.279,00, in moneta attuale.

Su tale somma, trattandosi di debito di valore, sono dovuti gli interessi e la rivalutazione monetaria.

Con riferimento poi al danno patrimoniale invocato, si evidenzia quanto segue.

Il CTU ha escluso la presenza di spese sostenute in conseguenza dell'infezione nosocomiale contratta dall'attore; invero, le voci di spesa invocate sono risultate connesse alla diversa responsabilità invocata dall'attore, non riscontrata. Del pari, la CTU ha attestato che non sono da prevedere spese future per visite specialistiche correlabili all'infezione localizzata, in quanto trattata tempestivamente con terapia farmacologica sistemica nell'ambito di un ricovero ospedaliero e stabilizzata in modo permanente con risoluzione completa dell'infezione locale e guarigione sul punto definitiva.

Non può procedersi, pertanto, al riconoscimento di ulteriori somme risarcitorie.

6) Le spese di lite

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono poste a carico di parte convenuta ASST, nonostante la parziale reciproca soccombenza delle parti (accertamento di danni in misura decisamente più limitata rispetto a quanto domandato dall'attore), in ragione dell'accertamento di una ipotesi di responsabilità sanitaria in capo alla convenuta in danno dell'attore.

Le stesse sono liquidate come da dispositivo, ai sensi del D.M. n. 55/2014, così come parzialmente modificato dal D.M. n. 37/2018 e dal D.M. n. 147/2022, tenuto conto del valore del *decisum* (cfr. art. 5 co. 1 D.M. cit.), assunto quale scaglione di riferimento nei suoi valori medi quello compreso fra € 5.201,00 e € 26.000,00, valutata ogni circostanza del caso concreto, alla luce della natura della controversia e dell'istruttoria svolta.

Le spese di CTU, già liquidate in corso di causa (cfr. liquidazione 18/10/2024) sono, per i medesimi motivi, poste a carico definitivo di parte convenuta ASST; la ASST dovrà essere quindi condannata a rifondere a parte attrice quanto da quest'ultima eventualmente corrisposto a tale titolo.

P.Q.M.

Il Tribunale di Varese, I Sezione Civile, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni altra e contraria istanza disattesa, così provvede:

1) **ACCERTA E DICHIARA** la responsabilità *ex art 1218 c.c.* di parte convenuta [...]

CP_6 per l'infezione nosocomiale occorsa a parte attrice *Pt_1*

Pt_1 in relazione all'operazione chirurgica 12.06.2018 presso *CP_3*
[...] Varese e, *per l'effetto*, **CONDANNA** parte convenuta *Controparte_6*
[...] al pagamento in favore di parte attrice *Parte_1* a titolo di
risarcimento del danno non patrimoniale biologico temporaneo subito, dell'importo di
€ 6.279,00, in moneta attuale; oltre interessi e rivalutazione monetaria;

- 2) **RIGETTA** nel resto le domande attoree;
- 3) **CONDANNA** parte convenuta *Controparte_6* al pagamento in favore di
parte attrice *Parte_1* delle spese di lite, che si liquidano ai sensi del
D.M. n. 55/2014 s.m.i., in € 2.000,00 per compensi, oltre spese generali 15%, IVA e
CPA come per legge;
- 4) **PONE** definitivamente a carico di parte convenuta *Controparte_6* le spese
di CTU già liquidate in corso di causa e, *per l'effetto*, **CONDANNA** parte convenuta
Controparte_6 a tenere indenne parte attrice *Parte_1* di
quanto da quest'ultimo eventualmente corrisposto a tale titolo.

Si comunichi.

Così deciso in Varese, in data 10/04/2025.

La Giudice

Dott.ssa Elisabetta Donelli