

N. R.G. 22464/2018



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI MILANO

Sezione Prima Civile

nella persona del Giudice dott. Paola Gandolfi
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **22464/2018** promossa da:

██████████ (C.F. ██████████) con il patrocinio dell'avv.
██████████ ed elettivamente domiciliato in Milano
in Viale ██████████ presso lo studio del proprio difensore;

ATTORE

contro

AZIENDA OSPEDALIERA G. SALVINI (P.I. 09323530965), con il patrocinio dell'avv.
██████████ ed elettivamente domiciliato in Milano in Piazza
██████████ presso lo studio del proprio difensore;

██████████, con il patrocinio dell'avv. ██████████
██████████ ed elettivamente domiciliato in Milano in ██████████
██████████ n. ██████████ presso lo studio del proprio difensore;



Instauratosi il contraddittorio, il G.I. ammette parzialmente le prove dedotte dalle parti e dispone consulenza tecnica d'ufficio.

All'esito dell'istruttoria, le parti precisano le conclusioni come da note depositate nel PCT in vista dell'udienza a trattazione scritta del 2.03.2022; alla medesima udienza, il Giudice assegna alle parti i termini massimi di legge previsti dall'art. 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica e trattiene la causa in decisione.

Motivi della decisione

In primo luogo, pare opportuno ricordare gli insegnamenti della giurisprudenza, di merito e di legittimità, in materia di responsabilità medica.

Secondo un consolidato orientamento giurisprudenziale, avallato anche dalle Sezioni Unite della Cassazione (cfr. sent. 1/7/2002 n. 9556 e sent. 11/1/2008 n. 577), il rapporto che lega la struttura sanitaria (pubblica o privata) al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico, detto contratto di "spedalità" o di "assistenza sanitaria", che si perfeziona (anche sulla base di fatti concludenti) con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13/4/2007 n. 8826) e ha ad oggetto l'obbligo della azienda ospedaliera di adempiere sia a prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia a prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornirgli vitto e alloggio in caso di ricovero ecc.).

Pertanto, la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria è qualificabile senza dubbio come responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c., e non muta natura neppure qualora si volesse invece ritenere che per le aziende sanitarie (pubbliche o private convenzionate) inserite nel S.S.N. l'obbligo di adempiere le prestazioni di cura e di assistenza derivi direttamente dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario (L. n. 833 del 1978), come pure da taluni inizialmente sostenuto. Anche secondo tale impostazione, infatti, la responsabilità deve comunque essere ricondotta alla disciplina dell'art. 1218 c.c., al pari di ogni responsabilità che scaturisce dall'inadempimento di obbligazioni derivanti da "altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento giuridico" ex art. 1173 c.c., tra i quali rientra pacificamente anche la Legge.



Alle medesime conclusioni deve giungersi, a differenza di quanto sostenuto dall'Azienda Ospedaliera G. Salvini, anche per quanto riguarda la qualificazione della natura giuridica della condotta del medico, dal momento che, nel caso in esame, parte attrice ha agito nei confronti dei sanitari per fatti avvenuti anteriormente all'introduzione della l. 189/2012 (che ha convertito il d.l. 158/2012, c.d. "decreto Balduzzi"), il cui art. 3 co. 1 ha invece sancito che per *"l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica [...] resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile"*.

Pertanto, con particolare riferimento al riparto degli oneri probatori, a fronte dell'inadempimento dedotto da parte attrice quale causa del danno di cui chiede il risarcimento, è onere della struttura sanitaria e del medico convenuto provare di aver esattamente adempiuto alle proprie prestazioni o che il danno lamentato da controparte non è loro imputabile.

In relazione, in particolare, all'onere probatorio gravante sulla struttura sanitaria, la Suprema Corte ha precisato che *"in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria (...), ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante"* (Cass. Sez. Un. sent. 11/1/2008 n. 577).

Su quest'ultimo aspetto, giova altresì dare atto delle importanti precisazioni operate negli ultimi anni dalla Corte di Cassazione in merito all'esistenza del c.d. "doppio ciclo causale" e al relativo riparto degli oneri probatori.

Sul punto, capostipite è stata la sent. n. 18392/2017 della Terza Sezione che, chiamata a giudicare in materia di onere della prova del nesso di causalità fra l'aggravamento o l'insorgenza di una nuova patologia e la condotta dei sanitari della struttura, ha sancito che *"In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari" (fatto costitutivo del diritto), "mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare*



l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza” (fatto estintivo del diritto).

Con particolare riferimento, invece, al riparto degli oneri probatori incombenti sulle parti rispetto alla condotta del medico, la giurisprudenza di legittimità ha affermato che *“In tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo, invece, a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.”* (Cass. sent. 13/10/2017 n. 24073).

Tali affermazioni sono poi state meglio precisate dalla Suprema Corte con la recentissima sentenza n. 10050 del 29 marzo 2022, secondo cui *“In tema di responsabilità contrattuale per inadempimento delle obbligazioni professionali (tra le quali si collocano quelle di responsabilità medica, anteriormente alla l. n. 24 del 2017), è onere del creditore-danneggiato provare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), il nesso di causalità, secondo il criterio del “più probabile che non”, tra la condotta del professionista e il danno lamentato, mentre spetta al professionista dimostrare, in alternativa all'esatto adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile, da intendersi nel senso oggettivo della sua inimputabilità all'agente”.*

Ciò posto, nel caso di specie, l'attività istruttoria delle parti circa la prova della sussistenza del nesso di causalità è stata incentrata su una CTU collegiale, che ha potuto esaminare e valutare l'ampia documentazione prodotta da parte attrice, integrata dalla struttura convenuta.

A riguardo, occorre ricordare che *“la consulenza tecnica di ufficio, non essendo qualificabile come mezzo di prova in senso proprio, perché volta ad aiutare il giudice nella valutazione degli elementi acquisiti o nella soluzione di questioni necessitanti specifiche conoscenze, è sottratta alla disponibilità delle parti ed affidata al prudente apprezzamento del giudice di merito. Questi*



può affidare al consulente non solo l'incarico di valutare i fatti accertati o dati per esistenti (consulente deducente), ma anche quello di accertare i fatti stessi (consulente percipiente), ed in tal caso è necessario e sufficiente che la parte deduca il fatto che pone a fondamento del suo diritto e che il giudice ritenga che l'accertamento richieda specifiche cognizioni tecniche” (così ex multis, Cass. 6155/2009).

Inoltre, con particolare riferimento alle ipotesi di “di accertamento della responsabilità medico-chirurgica, attesa l'innegabilità delle conoscenze tecniche specialistiche necessarie non solo alla comprensione dei fatti, ma alla loro stessa rilevabilità, la consulenza tecnica presenta carattere “percipiente”, sicché il giudice può affidare al consulente non solo l'incarico di valutare i fatti accertati, ma anche quello di accertare i fatti medesimi, ponendosi pertanto la consulenza, in relazione a tale aspetto, come fonte oggettiva di prova” (Cass. 4792/2013).

Secondo un ormai consolidato orientamento giurisprudenziale, anche di recente ribadito, la consulenza tecnica d'ufficio è infatti un atto processuale che svolge funzione di ausilio del giudice nella valutazione dei fatti e degli elementi acquisiti (consulenza c.d. “deducente”) ovvero, in determinati casi (come appunto in ambito di responsabilità sanitaria), è essa stessa fonte di prova per l'accertamento dei fatti (consulenza c.d. “percipiente”), in quanto costituisce mero elemento istruttorio da cui è possibile trarre il “fatto storico”, rilevato e/o accertato dal consulente. (cfr. da ultimo, Cass. Civ. 24/06/2020 n. 12387).

Quanto, infine, alla natura dei poteri dei CTU, va segnalato il recentissimo arresto delle Sezioni Unite, secondo cui il Consulente Tecnico d'Ufficio è un ausiliario del Giudice che gode di un'investitura pubblicistica nel nuovo Codice di rito (a dispetto di quanto accadeva nel Codice del 1865) e dunque le indagini che il Consulente deve espletare ex art. 194 c.p.c. sono le stesse che compirebbe il Giudice se fosse dotato delle necessarie cognizioni tecniche. Si deve quindi oggi ritenere definitivamente superato l'opposto orientamento, formatosi a seguito della sentenza n. 31886/2019, che riteneva applicabili al CTU le preclusioni previste per le parti.

Le Sezioni Unite giungono a tale conclusione valorizzando la circostanza che i poteri del CTU nello svolgimento del suo incarico derivano direttamente dal Giudice che lo ha nominato e, dunque, sono esercitabili, sotto il profilo istruttorio, negli stessi limiti in cui sarebbero esercitabili dal Giudice.

Pertanto, per il Consulente Tecnico d'Ufficio non operano le preclusioni che operano per le parti poiché il perito, godendo dei medesimi poteri di accertamento del Giudice, analogamente a



quest'ultimo può procedere d'ufficio anche nel caso in cui le parti siano incorse nelle preclusioni (in tal senso, si vedano l'art. 118 c.p.c., l'art. 213 c.p.c. e l'art. 2711 c.c.).

Di conseguenza, così come il Giudice non subisce alcuna preclusione ben potendo esercitare poteri istruttori d'ufficio (ex art. 183 c. 8 c.p.c.), *“anche il consulente potrà procedere, nei limiti visti, a quegli approfondimenti istruttori che, prescindendo da ogni iniziativa di parte, nel segno caratterizzante della indispensabilità, appaiono necessari al fine di rispondere ai quesiti oggetto dell'interrogazione giudiziale”*.

Appare quindi opportuno riferirsi a quanto accertato dai CTU, i quali, ricostruita la vicenda clinica che ha interessato l'attore (cfr. pp. da 3 a 7 c.t.u.), hanno affermato che *“Le norme di buona pratica clinica, prima ancora che il rispetto di linee guida [...] imponevano, in presenza di dolore toracico con caratteristiche coerenti con ischemia miocardica acuta, di valutare in primo luogo la possibile presenza di una problematica cardiologica.”* (pp. 8 – 9 c.t.u.).

Inoltre *“Nel caso in esame, concorrevano nel sostenere l'ipotesi di una patologia cardiaca la presenza di una sintomatologia tipica, un noto fattore di rischio (fumo), il dato anamnestico di una precedente valutazione all'esito della quale erano stati disposti pertinenti approfondimenti diagnostici nonché, infine, un tracciato elettrocardiografico non del tutto nei limiti, ancorché certamente non diagnostico per ischemia miocardica. D'altra parte, come noto, la negatività degli enzimi miocardici consentiva di escludere, in via esclusiva, la presenza di un infarto acuto ma non il ricorrere di una angina instabile.”*. (p. 9 c.t.u.).

Conseguentemente il collegio peritale ha ritenuto sussistenti “Profili di censurabilità” nell'operato dei sanitari “da riconoscere nell'omessa disposizione di un approfondimento specialistico cardiologico.”. (p. 9 c.t.u.).

Alle medesime conclusioni deve giungersi anche “in ordine alla prestazione erogata presso il servizio di Pronto Soccorso della struttura convenuta in data 25.05.2011: benché, infatti, la sintomatologia riferita dal signor ██████████ in tale occasione potesse essere qualificata come atipica, tenuto conto dei dati di conoscenza medica già all'epoca dei fatti consolidati [...] alla luce dell'anamnesi recente nonché delle evidenze elettrocardiografiche acquisite, si rendeva mandatorio disporre la consultazione di uno specialista cardiologo. Più nel dettaglio, dall'esame della documentazione agli atti emerge come: non fu presa in considerazione la anamnesi



patologica recente relativa ad ulteriori accessi per dolore toracico; non furono registrati i parametri vitali; fu acquisito un tracciato elettrocardiografico giudicato immodificato rispetto al precedente quando ad un esame più approfondito è apprezzabile una variazione nell'ampiezza delle onde T nelle derivazioni V3 e V4.” (p. 9 c.t.u.).

Riconosciute la colpevolezza dei sanitari della struttura convenuta, occorre a questo punto procedere ad un giudizio controfattuale per verificare quale sarebbe stata la situazione clinica del paziente se i convenuti avessero posto in essere i doverosi accertamenti diagnostici in concreto omessi.

Nel rispondere al quesito medico legale formulato al collegio peritale, i consulenti, in proposito, hanno accertato che *“un eventuale approfondimento clinico cardiologico avrebbe dato luogo alla disposizione di un ricovero, a sua volta funzionale all'esecuzione di accertamenti mirati (test da sforzo, scintigrafia miocardica, ecostress). Tenuto conto della vicenda clinica complessiva, è, infine, da ritenere che dette indagini avrebbero condotto alla esecuzione di una coronarografia, accertamento che avrebbe, infine, individuato la stenosi critica della coronaria circonflessa prima della sua chiusura completa, occorsa in data 26.05.2011.” (pp. 10 - 11 c.t.u.).*

Pertanto, i consulenti tecnici, dopo aver analizzato la lunga e complessa vicenda clinica che ha interessato [REDACTED] hanno concluso la propria relazione peritale nel senso di ritenere che *“ammessa come realizzata la condotta dovuta, si sarebbe potuto evitare il ricorrere di infarto miocardico e del conseguente residuo deficit della contrattilità del ventricolo sinistro in sede inferiore medio-basale, in presenza di una conservata contrattilità globale.”* (p. 11 c.t.u.).

Alla luce della ricostruzione della vicenda così come fin qui esposta, deve ritenersi che, tramite le risultanze della CTU medico-legale richiesta quale mezzo di prova dalle parti, parte attrice sia riuscita ad assolvere il proprio onere probatorio circa l'esistenza del nesso di causa fra l'omessa tempestiva diagnosi e il danno alla salute subito.

La struttura convenuta non è invece riuscita a dimostrare il c.d. “fatto estintivo del diritto” e cioè *“l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza”* (Cass. Civ. sent. n. 18392/2017).



Dal momento che la struttura “Azienda Ospedaliera G. Salvini” non è riuscita a fornire alcuna prova in tal senso, deve ritenersi che la struttura sanitaria convenuta deve rispondere ai sensi degli artt. 1218 c.c.

Non risulta invece provata alcuna specifica responsabilità diretta per fatto proprio in capo ai medici convenuti, dott. [REDACTED] e dott.ssa [REDACTED]

Infatti, le condotte negligenti segnalate dai consulenti tecnici sono state ascritte dai periti genericamente ai sanitari operanti nella struttura sanitaria convenuta e non in particolare ai medici convenuti.

Non risulta infatti dalla consulenza tecnica che nessuna delle condotte negligenti sopra descritte sia direttamente ascrivibile al dott. [REDACTED] e alla dott.ssa [REDACTED] in quanto nulla emerge in relazione alla circostanza che tali scelte terapeutiche dovessero essere prese effettivamente dai medici convenuti.

Pertanto, in assenza di una specifica prova sul punto, deve ritenersi che le decisioni non conformi alle linee-guida siano state prese in generale dal personale medico dipendente della struttura sanitaria convenuta e non direttamente dal dott. [REDACTED] e dalla dott.ssa [REDACTED]

Pertanto, pur in assenza della prova della responsabilità dei medici convenuti, deve in ogni caso confermarsi la sussistenza della responsabilità dell’Azienda Ospedaliera G. Salvini ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., stante l’avvenuta prova della responsabilità dei sanitari in essa operanti. Come infatti statuito dalla Suprema Corte, *“In tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità della struttura sanitaria, integra, ai sensi dell’art. 1228 c.c., una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull’elemento soggettivo dell’ausiliario, la quale trova fondamento nell’assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall’utilizzazione di terzi nell’adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l’imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell’art. 2049 c.c.”.* (Cass. Civ. 20/10/2021 n. 29001).

Per quanto infine concerne il danno-conseguenza, i CTU, considerata tutta la storia clinica di [REDACTED] hanno ritenuto che, *“tenuto conto delle esigenze di cura indipendenti dai profili di condotta medica censurabile identificati, in relazione al sovrapporsi di un infarto*



miocardico è prospettabile un **prolungamento della convalescenza stimabile nella misura approssimativa di circa sessanta giorni, venti dei quali da riferire alla forma parziale mediamente al 75%, venti al 50% ed, infine, venti alla forma parziale mediamente al 25%**” (p. 11 c.t.u.).

Riguardo invece al danno **biologico permanente**, il collegio peritale ha stimato che la “menomazione anatomica è quantificabile, con riferimento a danno biologico e a parametri valutativi consolidati, nella misura del **5%** (SIMLA Linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico, Giuffrè Editore-2016).” (p. 11 c.t.u.).

Rispondendo ai CTP, i consulenti hanno peraltro osservato che “alla luce di conoscenze mediche oltremodo consolidate, il processo di “rimodellamento” anatomico del cuore descritto strumentalmente, trascorsi tre-quattro anni dall’evento acuto, è da qualificare come **stabilizzato, come tale attendibilmente non suscettibile di significative evoluzioni peggiorative. Quanto agli aspetti prognostici, si osserva come il rischio di nuovi eventi ischemici cardiaci sia condizionato, nel caso in esame, non dagli esiti circoscritti di un progresso evento infartuale ma dalla condotta del ricorrente, secondo quanto emerso anamnesticamente ancora tabagista.**” (p. 12 c.t.u.).

In merito alla liquidazione del risarcimento del danno alla salute, pare opportuno innanzitutto premettere che il **danno biologico** deve essere considerato in relazione all’integrità dei suoi riflessi pregiudizievoli rispetto a tutte le attività, le situazioni e i rapporti in cui la persona esplica se stessa nella propria vita. Non si deve quindi fare riferimento soltanto alla sfera produttiva, ma anche alla sfera spirituale, culturale, affettiva, sociale, sportiva, e a ogni altro ambito e modo in cui il soggetto svolge la sua personalità e cioè a tutte le attività realizzatrici della persona umana (così la Corte Costituzionale n. 356/1991; v. altresì Corte Costituzionale n. 184/1986).

Riguardo, più specificatamente al *quantum* del risarcimento del danno non patrimoniale, la legge concorrenza del 2017 ha disposto l’applicabilità anche alla materia della *medical malpractice* delle tabelle ministeriali previste per i danni da circolazione dei veicoli e natanti, ai sensi dell’art 139 del d.lgs. n. 209/2005 (c.d. “Codice delle Assicurazioni Private”).

Il comma 2 dell’art. 139 Cod. Ass. definisce il “danno biologico” come “*la lesione temporanea o permanente all’integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un’incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali*”



della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito”.

Per quanto poi più specificatamente concerne il danno biologico permanente, esso è liquidato secondo gli importi previsti dalla Tabella Ministeriale per le lesioni micropermanenti (per postumi da lesioni pari o inferiori al 9% di invalidità) e l'ammontare del danno biologico così liquidato “può essere aumentato dal giudice in misura non superiore ad un quinto, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato”.

Riguardo invece al danno biologico temporaneo, la lett. B) dell'art. 139 Cod. Ass. sancisce che “a titolo di danno biologico temporaneo, è liquidato un importo di euro trentanove virgola trentasette per ogni giorno di inabilità assoluta; in caso di inabilità temporanea inferiore al cento per cento, la liquidazione avviene in misura corrispondente alla percentuale di inabilità riconosciuta per ciascun giorno”.

In definitiva, tenuto conto della percentuale di invalidità accertata (5%), dell'età (39 anni compiuti al momento della fine della malattia), del sesso e delle condizioni di vita dell'attore, delle allegazioni di parte e delle risultanze probatorie, che sia equo liquidare, per il complessivo risarcimento del danno non patrimoniale da **lesione permanente** al diritto alla salute, la somma già rivalutata di **euro 5.585,10**.

Si ritiene invece di non poter procedere anche ad un ulteriore aumento dei valori percentuali indicati, in quanto [REDACTED] non è riuscito a provare l'esistenza di alcuna circostanza personalizzante, quali eventuali pratiche hobbistiche di tipo sportivo praticate dal danneggiato, ovvero una riduzione della capacità lavorativa specifica.

Riguardo, infine, al danno biologico temporaneo patito dall'attore (venti giorni di invalidità temporanea da riferire alla forma parziale mediamente al 75%, venti al 50% ed, infine, venti alla forma parziale mediamente al 25%), **gli importi standard** indicati nella tabella ministeriale a titolo di danno biologico dinamico-relazionale e di sofferenza interiore media presumibile devono anch'essi essere **ritenuti congrui** poiché la sofferenza interiore subita da [REDACTED] non è stata ritenuta dai CTU di maggiore o minore gravità rispetto a casi analoghi. Si deve pertanto liquidare la somma di **euro 1.523,70**.



Pertanto, il **complessivo danno non patrimoniale risarcibile all'attore è dunque pari alla somma** (già rivalutata ad oggi) **di euro 7.108,80**.

A tale importo devono essere aggiunti altresì gli interessi compensativi e gli interessi legali.

Per quanto riguarda gli interessi compensativi, essi, secondo l'ormai consolidato indirizzo delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (cfr. Cass. n. 1712/1995), decorrono dalla produzione dell'evento di danno sino al tempo della liquidazione, tenendo conto di quanto versato come acconto; per questo periodo, gli interessi compensativi si possono calcolare applicando un tasso annuo medio ponderato, equitativamente determinato, sul danno rivalutato.

Da oggi, giorno della liquidazione, all'effettivo saldo decorrono inoltre gli interessi legali sulla somma rivalutata.

Pertanto, alla luce di tale criterio di calcolo, la convenuta deve essere condannata al pagamento, in favore dell'attore, della complessiva somma di **euro 7.108,80**, liquidata in moneta attuale, **oltre:**

- **interessi compensativi, al tasso annuo medio ponderato dello 0,5%**, dalla data del 23.05.2011 ad oggi;
- **interessi, al tasso legale**, dalla data della presente sentenza al saldo effettivo.

Per quanto invece concerne il **danno patrimoniale**, esso non può ritenersi sussistente, dal momento che dalla relazione tecnica emerge che *“Non risultano documentate in atti spese mediche e di cura sostenute in proprio da parte attrice; a situazione clinica stabilizzata, non sono da prevedersi spese mediche future.”* (p. 11 c.t.u.).

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio vanno poste definitivamente a carico della struttura sanitaria convenuta.

Le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo.

La presente sentenza è dichiarata provvisoriamente esecutiva *ex lege*.

- P. Q. M. -



Il Tribunale di Milano, definitivamente pronunciando, così provvede:

- dichiara la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini, oggi denominata "ASST Rhodense", in persona del legale rappresentante *pro tempore*,
- condanna l'Azienda Ospedaliera G. Salvini oggi, denominata "ASST Rhodense", al risarcimento del danno alla salute subito da [REDACTED] e al conseguente pagamento in suo favore della complessiva somma di **euro 7.108,80**, liquidata in moneta attuale, **oltre:**
 - **interessi compensativi, al tasso annuo medio ponderato dello 0,5%**, dalla data del 23.05.2011 ad oggi;
 - **interessi, al tasso legale**, dalla data della presente sentenza al saldo effettivo.
- pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio definitivamente a carico della struttura convenuta, nella misura già liquidata in corso di causa;
- rigetta le altre domande, eccezioni ed istanze proposte dalle parti;
- condanna l'Azienda Ospedaliera G. Salvini, oggi denominata "ASST Rhodense", a rifondere all'attore le spese processuali, che liquida in **euro 4.835,00** per onorario di avvocato (ivi compreso quello relativo alla fase stragiudiziale), oltre spese forfettarie nella misura del 15%, oltre I.V.A. e C.P.A.;
- dichiara la presente sentenza provvisoriamente esecutiva *ex lege*.

Milano, 25 ottobre 2022

Il Giudice

dott. Paola Gandolfi

