N. R.G. 6610/2019

TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA

TERZA SEZIONE CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. **6610/2019**

tra

Parte_1

ATTORE

e

Controparte_1

[...]

CONVENUTO

Oggi **27 febbraio 2020** ad ore 12 innanzi al dott. Alessandra Arceri, sono comparsi:

Per *Parte_1* ’avv. [redacted]
Per *[...]* l’avv. [redacted] e l’avv. [redacted] oggi sostituite per delega orale dall’avv. [redacted]
Il Giudice invita le parti a precisare le conclusioni.
I procuratori delle parti precisano le conclusioni come da rispettivi atti.
Dopo breve discussione orale, il Giudice si ritira in Camera di Consiglio per deliberare ed uscitone ad ore 16,00 pronuncia sentenza *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. dandone lettura.

Il Giudice

dott. Alessandra Arceri

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA

TERZA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessandra Arceri ha pronunciato *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **6610/2019** promossa da:

(C.F.), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. elettivamente domiciliato in *CP_1* presso il difensore avv.

ATTORE

contro

Controparte_1

[...] (C.F. *IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. e dell'avv. elettivamente domiciliata in C/O SERVIZIO LEGALE AZ. OSP. *Controparte_2* *CP_1*

parti hanno concluso come da verbale d'udienza.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione ritualmente notificato in data 23 aprile 2019, il sig. *Parte_1* adiva l'intestato Tribunale per vedere accertata la responsabilità dell' *[...]* *Controparte_3* per i danni – patrimoniali e non patrimoniali – subìti per le "complicanze indesiderate" dell'intervento di rivascolarizzazione chirurgica mediante triplice *bypass*, eseguito in data 30 aprile 2015, e per vedere quest'ultima condannata al risarcimento degli stessi, quantificati nella complessiva somma di € 510.943,00.

Chiedeva, a tal fine, la rinnovazione della CTU svolta in fase di ATP, affidata al dr. *Persona_1* di cui contestava le risultanze.

Nel giudizio così instaurato si costituiva l convenuta, chiedendo il rigetto delle richieste attoree in quanto infondate in fatto e in diritto e offrendosi di corrispondere al sig. *Pt_1* la somma di € 19.416,88, in quanto ritenuta pienamente satisfattiva.

Si opponeva al rinnovo delle operazioni peritali.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

A seguito dello spirare dei termini di cui all'art. 183, c. 6, c.p.c., il Giudice – all'udienza del 23 gennaio 2020 – ritenuta la causa matura per la decisione, rigettava la richiesta, avanzata da parte attrice, di rinnovazione della CTU e rinviava la causa all'udienza del 27 febbraio 2020 per la precisazione delle conclusioni e la discussione orale, assegnando termine per il deposito di memorie conclusive fino al 17 febbraio 2020.

I fatti di cui è causa sono stati ampiamente esaminati da parte del CTU – dott. *Persona_1* – nel corso del procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c. (R.G. 5212/2018), instaurato dall'odierno attore con ricorso depositato in data 6 aprile 2018.

Nello specifico, in data 30 aprile 2015, il sig. *Pt_1* dopo aver manifestato – nelle settimane antecedenti – episodi di *infarto miocardico acuto, complicato da edema polmonare* e *edema polmonare acuto*, veniva sottoposto – presso il reparto di Cardiochirurgia del *Organizzazione_1* di *CP_1* – ad un intervento di *rivascolarizzazione cardiaca mediante triplice bypass aorto-coronarico*.

Al momento del suddetto intervento, l'anamnesi dava atto di come il paziente – di anni 70 – fosse interessato da una pluralità di patologie: *coronaropatia trivasale, arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori sintomatica per claudicatio, ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica di grado lieve, pregressa resezione pancreatica con successivo sviluppo di diabete mellito in terapia insulinica, esiti di artroprotesi femorale destra e pregressa ernio-plastica inguinale bilaterale nonché lieve piastrinopenia*.

A seguito dell'intervento – in data 7 maggio 2015 – il sig. *Pt_1* eniva trasferito presso l' *[...] Controparte_4* per il decorso post-operatorio. L'atto di trasferimento segnalava una *deiscenza della ferita sternale*, la quale – a seguito dei tamponi colturali eseguiti in data 29 maggio e 3 giugno 2015 – risultava positiva per *Pseudomonas aeruginosa*. Pertanto, il 9 giugno 2015 – presso il *Org_1 [...]* – veniva eseguito un intervento di revisione sternale, con rimozione del primo punto sternale e posizionamento di un fissatore sternale.

Il giorno 26 agosto 2015, il sig. *Pt_1* eniva nuovamente ricoverato per *recidiva di deiscenza presso il 1/3 superiore della ferita sternale con diagnosi di tramite fistoloso in corrispondenza del punto sternale metallico*. Pertanto, il giorno seguente veniva eseguito un intervento di rimozione del punto sternale; l'analisi laboratoriale del materiale chirurgico riscontrava positività per *Pseudomonas aeruginosa multi-S e Klebsiella pneumoniae multi-S*. Di conseguenza veniva impostata una terapia antibiotica.

In data 22 settembre 2015, il sig. *Pt_1* veniva sottoposto ad un intervento di *Org_2*. Successivamente, a causa della mancata risoluzione della deiscenza, si procedeva ad un nuovo intervento di revisione della ferita sternale e sutura a strati; il paziente veniva dimesso il 9 novembre 2015.

Nel febbraio 2016, in seguito all'esecuzione di TAC al torace con e senza mezzi di contrasto, veniva rilevata la presenza di elementi *di sospetta natura osteomielitica*; l'11 marzo 2016, una PET TAC confermava la presenza di un processo osteomielitico in corso.

Pertanto, il 26 aprile 2016 – presso il [redacted] del *Organizzazione_1* – veniva eseguito un intervento di *rimozione del segmento sternale in corrispondenza del tramite fistoloso, mobilizzazione della VII, VIII, IX costa bilateralmente e loro ricongiunzione*.

In data 10 maggio 2016, riscontrata la positività per *Pseudomonas aeruginosa* dei campioni operatori ed eseguita una nuova valutazione infettivologica, veniva suggerita un'antibiotico-terapia con Piperacillina/Tazobactam.

Il 16 maggio 2016, il sig. *Pt_1* veniva sottoposto ad un nuovo intervento di *Org_2*, la quale terapia veniva proseguita anche a domicilio. A seguito del riscontro di positività per *Candida*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

albicans, veniva prescritta una terapia a base di caspofungin, poi sostituito con fluconazolo.

In data 6 giugno 2016, si decideva di eseguire un intervento di omentoplastica a livello della ferita sternale, al quale si procedeva in data 11 ottobre 2016.

A seguito di *crisi notturna con scosse tonico-cloniche associate ad urlo seguite da coma post-critico e amnesia totale dell'evento*, il sig. *Pt_1* – in data 5 novembre 2016 – veniva ricoverato presso l'*Controparte_4* dove veniva diagnostica *epilessia in encefalopatia multifattoriale*, probabilmente collegabile all'assunzione di ciprofloxacina (antibiotici): la visita specialistica del 14 novembre 2016 metteva in evidenza l'esistenza di un nesso causale tra l'episodio epilettico e la terapia con *Org_3* .

Sulla base di tali fatti – come emergenti dall'ampia documentazione clinica in atti – l'odierno attore imputa l'infezione sternale, successiva all'intervento di rivascolarizzazione cardiaca tramite triplice *bypass* aorto-coronarico, al comportamento colposo della *Contr* convenuta, ritenendo di natura nosocomiale il quadro infettivo di cui sopra si è dato atto.

Per effetto – quanto meno quale concausa - di tale infezione – sostiene l'attore – sarebbero derivate, in capo al sig. *Pt_1* una serie di conseguenze pregiudizievoli, quantificabili complessivamente – secondo la prospettazione introduttiva - nella somma di € 510.943,00.

In particolare, l'attore attribuisce alla struttura sanitaria convenuta, *in primis*, la responsabilità per il generale decadimento fisico nel quale sarebbe incorso il sig. *Pt_1* in seguito all'insorgere dell'infezione e agli interventi chirurgici che lo stesso ha dovuto affrontare in ragione di tale indesiderata complicanza.

Tale decadimento fisico avrebbe cagionato il venir meno di uno stato di autosufficienza, prima dell'infezione sussistente, del [redacted] (vengono articolate, a tal fine, prove orali), portandolo a dipendere del tutto dall'assistenza dei familiari, risulterebbe provato – in base alle argomentazioni attoree – dall'aggravarsi dell'invalidità civile riconosciuta a quest'ultimo: il sig. *Pt_1* infatti, sarebbe passato – a causa dell'infezione contratta – da un'invalidità civile del 60% ad un'invalidità del 100%, da ultimo con riconoscimento di stato di invalidità grave ed indennità di accompagnamento, richiamandosi, a tal uopo, le certificazioni rilasciate dall'*Org_* .

Inoltre – afferma l'attore – la terapia antibiotica volta a contrastare il quadro infettivo avrebbe provocato nel paziente grave sofferenza renale e l'insorgenza di crisi epilettiche in encefalopatia.

Ciò premesso, appare opportuno – nel seguire l'ordine logico di trattazione delle varie questioni – soffermarsi sui profili di colpa rinvenibili in capo all'*Contr* convenuta e, quindi, sulla natura nosocomiale dell'infezione contratta a seguito dell'intervento di rivascolarizzazione cardiaca.

Il punto è stato ampiamente trattato dal dott. *Per_1* nella propria relazione peritale: in questa si sottolinea come possano considerarsi di origine ospedaliera/nosocomiale "*tutte quelle infezioni che, non presenti all'atto del ricovero e neppure nelle 48 ore successive, vengono contratte durante la degenza*".

Nel caso del sig. *Pt_1* il quadro infettivo sorto a seguito dell'intervento chirurgico del 30 aprile 2015 può essere indubbiamente ricondotto a tale ultima categoria di infezioni.

Infatti, occorre osservare come già in data 7 maggio 2015 (una settimana dopo l'intervento) – al momento del trasferimento all'*Controparte_4* – venga segnalata la presenza di *deiscenza della ferita sternale*; quest'ultima – a seguito dei tamponi colturali effettuati il 29 maggio e il 3 giugno 2015 – risulta positiva per *Psedomonas aeruginosa* polichemiosensibile. Tale positività viene riscontrata – con alterne vicende – fino al 5 ottobre 2016, quando l'analisi infettivologica conferma la presenza di *Pseudomonas aeruginosa* resistente – questa volta – ai fluorchinolonici.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

Dagli studi e dalle statistiche in materia di infezione di ferita sternale – ampiamente citati dal CTU – risulta come la corretta applicazione di tutte le misure di prevenzione in ambito ospedaliero riesca ad eliminare del tutto l'insorgere di tali infezioni.

Pertanto, ne consegue che – sulla base del principio civilistico del "più probabile che non" – è possibile addebitare a colpa dell'*Contr* convenuta l'insorgenza del quadro infettivo contratto dal sig. *Pt_1*

Peraltro, è opportuno dare atto di come – nella maggioranza dei casi – i batteri di *Pseudomonas aeruginosa* presenti negli ambienti ospedalieri siano insensibili ai fluorchinolonici, mentre il batterio rinvenuto sulla ferita sternale del sig. *Pt_1* ra polichemiosensibile.

Tale osservazione, tuttavia, per mutuare le valutazioni del CTU, che questo Giudice reputa condivisibili non consente di escludere la responsabilità della struttura ospedaliera, in quanto, anche a voler ritenere che il batterio rinvenuto facesse parte della flora autoctona del paziente, sarebbe comunque rinvenibile una colpa in capo all [redacted] questa potrebbe, infatti, essere ricondotta ad una "*inadeguata disinfezione della cute al momento dell'incisione oppure da una contaminazione al momento delle successive medicazioni*".

D'altra parte, occorre tenere presente che, sebbene tra l'individuazione del batterio polichemiosensibile e quella del batterio resistente ai fluorchinolonici sia passato circa un anno, non vi sono elementi per mettere in dubbio una continuità microbiologica in tutta la vicenda clinica.

Infatti – come osservato dal dott. *Per_1* nella relazione peritale – "*la resistenza ai fluorchinolonici è di quelle definite "inducibili" cioè che si sviluppano autonomamente e nella storia del Sig. Pt_1 è documentata una lunga esposizione a questi farmaci*".

La possibilità di rinvenire una responsabilità in capo all [redacted] è maggiormente avvalorata dal fatto che tale ultima ricostruzione – così come risultante dalla consulenza medico-legale – non sia state messa in dubbio da nessuna delle due parti.

Accertata così la sussistenza dell'elemento soggettivo della colpa in capo alla struttura convenuta, è opportuno trasferire l'analisi sui danni subiti dal sig. *Pt_1* in conseguenza dell'infezione nosocomiale, da valutarsi in applicazione dell'art. 1223 c.c., con stretto riferimento, vale a dire, ai danni che possano porsi in relazione di conseguenzialità immediata e diretta con l'evento lesivo determinato da negligenza dell'*Contr*.

Alla stregua delle argomentazioni attoree, si ribadisce, il decadimento fisico in cui è incorso il sig. *Pt_1* a partire dal 2015 non può essere collegato – se non parzialmente - all'aggravarsi delle precedenti patologie, ma è stato causato dall'infezione nosocomiale contratta dopo l'intervento del 30 aprile 2015.

Nello specifico, tale circostanza emergerebbe dal riconoscimento al sig. *Pt_1* nell'agosto 2015 – di un'invalidità civile del 100%, mentre quest'ultima – nel maggio 2007 – era stata attestata soltanto al 60%: tale aggravarsi dell'invalidità, come riconosciuta dall'*Org_*, dev'essere causalmente collegata – a detta dell'attore – al quadro infettivo insorto dopo l'intervento di rivascolarizzazione cardiaca.

Altra prova del nesso causale sarebbe data dal fatto che nel giugno 2016 il sig. *Pt_1* veniva riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi della L. 104/1992; inoltre, nel luglio 2019, la CMI lo riconosceva invalido con necessità di assistenza continua.

Alla luce di tali allegazioni, è opportuno verificare – tramite l'analisi della documentazione *Org_* depositata – se la ricostruzione del nesso causale, così come effettuata dall'attore, sia meritevole di essere condivisa.

Invero, l'analisi delle certificazioni rilasciate dalle Commissioni mediche competenti non consente di desumere, ancorché presuntivamente, un nesso causale tra l'infezione della ferita sternale e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

l'aggravarsi dell'invalidità in capo al sig. *Pt_1* nessuno dei documenti depositati, infatti, riconduce – in via esclusiva, né tanto meno concorrente – il generale decadimento fisico del paziente al quadro infettivo insorto a seguito dell'intervento chirurgico di rivascolarizzazione cardiaca.

In particolare, occorre osservare come il quadro diagnostico accertato dalla CMI nel 2007, sulla base del quale venne riconosciuta al sig. *Pt_1* una invalidità del 60%, fosse molto meno grave dall'anamnesi riscontrata nel 2015, ossia prima dell'intervento chirurgico.

Il riconoscimento dell'invalidità civile nel 2007, infatti, è basato su una diagnosi che si limita a riscontrare la sussistenza di "*diabete mellito in trattamento insulinico. Esiti di pregressa frattura femore dx trattata con artoprotesi*" (doc. 26 att.); l'anamnesi del 2015, invece, dà atto di pluralità di patologie in capo al sig. *Pt_1* nello specifico, il paziente – prima dell'intervento di rivascolarizzazione cardiaca – risultava affetto da *coronaropatia trivasale, arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori sintomatica per claudicatio, ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica di grado lieve, pregressa resezione pancreatica con successivo sviluppo di diabete mellito in terapia insulinica, esiti di artroprotesi femorale destra e pregressa ernio-plastica inguinale bilaterale nonché lieve piastrinopenia*.

Di tale quadro anamnestico – evidentemente non riconducibile all'infezione sternale – dà parzialmente atto la CMI nel riconoscere al sig. *Pt_1* nell'agosto 2015 – un'invalidità civile del 100%: appare dunque evidente come il generale decadimento fisico del sig. *Pt_1* non possa essere ragionevolmente ricondotto, neppure in misura parziale, all'infezione della ferita sternale, la quale rappresenta soltanto una parte minima delle plurime patologie che – nel 2015 – caratterizzavano lo stato di salute del soggetto.

Occorre ricordare, inoltre, come pochi giorni dopo le dimissioni del 15 giugno 2015, il sig. *Pt_1* che deambulava con l'ausilio di un girello – cadeva procurandosi una *frattura mediale di collo femorale sinistro*, a causa della quale veniva sottoposto – in data 23 giugno 2015 – ad un intervento di endoprotesi.

Pertanto, appare chiaro come – al momento del riconoscimento dell'invalidità al 100% - lo stato di salute del sig. *Pt_1* fosse già fortemente compromesso per cause non riconducibili all'infezione sternale.

A fronte di tali osservazioni, emerge come neanche il riconoscimento dello stato di portatore di *handicap* (doc. 28 att.) e dell'indennità di accompagnamento (doc. 29 att.) rappresentino – negli elementi motivi rappresentati dagli accertamenti della Commissione - degli elementi idonei a provare il nesso di causalità tra infezione nosocomiale e generale decadimento fisico del sig. *Pt_1* emerge – al contrario – come quest'ultimo debba essere ricondotto in via esclusiva al quadro pluripatologico del soggetto, del quale le conseguenze dell'infezione rappresentano soltanto una parte minimale, peraltro neppure menzionata negli atti richiamati.

Ne discende l'infondatezza della domanda dell'attore di riconoscimento di una percentuale di danno biologico pari al 40%, quale differenza tra l'invalidità accertata nel 2007 (60%) e quella accertata nel 2015 (100%).

Più correttamente, invece, sono da condividere le conclusioni cui giunge il dott. *Per_1* nella propria relazione peritale: gli esiti invalidanti a carico dello sterno ascrivibili all'infezione, dovuti all'insorgenza di osteomielite poi risoltasi, possono essere valutati nella misura del 5% a titolo di danno biologico; d'altra parte, è da riconoscere al sig. *Pt_1* un lungo periodo d'invalidità temporanea.

Sul punto, il CTU – diversamente da quanto sostenuto a più riprese dall'attore – ha ampiamente risposto alle critiche mosse dai CC TT di parte attrice, evidenziando come – prima dell'infezione – il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

sig. *Pt_1* on fosse affetto da "comuni" disturbi, ma presentasse uno stato di salute già gravemente compromesso, al quale – in epoca successiva all'intervento e senza alcuna correlazione con esso – "*si è sovrapposta una epatopatia esotossica evoluta in scompenso ascitico, una pancreatite cronica e, infine, una grave encefalopatia vascolare cronica epilettogena*".

Né appare esatto affermare che la resezione del tramite fistoloso sternale sarebbe da considerarsi solo un "epifenomeno minore di un gravissimo quadro di mielite iatrogena con esiti di sternectomia subtotale causata dall'infezione".

Infatti la sternectomia, con mobilizzazione delle costole, è stata effettuata in occasione della collocazione dei *tre by pass aortocoronarici*, operazione conseguenziale all'infarto miocardico complicato da edema polmonare, e a fronte del quadro infettivo, i chirurghi hanno unicamente rimosso il segmento sternale interessato dal processo osteomielitico, con intervento i cui postumi, rileva il dott. *Per_1* risultano ormai stabilizzati, non essendo presente alcuna recidiva della infezione.

Quanto, poi, alla sofferenza renale acuta per cui l'attore è stato recentemente ricoverato (doc. n. 30), si ribadisce come non vi sia alcun percorso logico e scientificamente attendibile per ricondurre tale sofferenza (già presente in forma cronica, comunque, prima dell'infezione, sebbene in grado lieve) alla prolungata assunzione di farmaci antibiotici, dato il lasso di tempo trascorso dalla predetta assunzione.

Sulla riconducibilità – infine - dell'epilessia alla terapia antibiotica impostata per contrastare l'infezione, ed in particolare, all'assunzione, prolungata, di farmaci fluorochinolonici, il CTU ha osservato, in modo condivisibile, che se un dubbio di configurabilità di tale assunzione quale causa efficiente avrebbe potuto porsi in occasione della prima crisi, non altrettanto può sostenersi in relazione alla seconda, databile al 28 agosto 2018, quando l'uomo ormai da tempo non assumeva tali farmaci.

La constatazione porta il CTU a ritenere altamente improbabile che i farmaci di cui sopra abbiano rivestito un ruolo causale o concausale rispetto all'insorgenza delle crisi epilettiche, atteso che vi è uno scarto temporale dirimente ed inoltre l'uomo soffre di encefalopatia vascolare cronica, patologia idonea a giustificare l'insorgenza di simili crisi.

In sintesi, deve essere confermata e recepita la stima dell'invalidità, permanente e temporanea, formulata dal CTU, la quale, oltretutto, non può essere liquidata in termini di invalidità "differenziale".

Essa, infatti, non incide – sommandosi ad esso – sul quadro menomativo già in essere, aggravandone la portata: gli esiti della patologia infettiva, infatti, non amplificano in alcun modo l'effetto invalidante delle numerose ed ulteriori patologie di cui [redacted] è, purtroppo, già portatore.

Significativo, del resto, che neppure i consulenti succedutisi a supporto della tesi attorea, da ultimo con relazione depositata ad operazioni peritali ampiamente concluse, ma comunque liberamente valutabile in questa sede quale perizia di parte in fase di cognizione piena, riescono ad indicare come e perché gli esiti dell'infezione sarebbero suscettibili di incidere, aggravandole, sulle singole patologie di cui si è dato conto: inevitabile concludere che, alla stregua dell'articolata motivazione della Suprema Corte 11 novembre 2019, n. 28986, chiarificatrice sul punto, l'invalidità provocata dall'infezione deve essere valutata come invalidità concomitante, e non concorrente.

La penosità del percorso ospedaliero dell' *Pt_1* giustifica una congrua personalizzazione del risarcimento, a titolo di danno morale.

Tanto premesso, il danno biologico può essere così liquidato:

Calcolo Danno Biologico di Lieve Entità

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

Tabella di riferimento	2019-2020
Età del danneggiato alla data del sinistro	**70 anni**
Percentuale di invalidità permanente	**5%**
Punto base danno permanente	€ 814,27
Giorni di invalidità temporanea totale	160
Giorni di invalidità temporanea parziale al 75%	100
Giorni di invalidità temporanea parziale al 50%	100
Giorni di invalidità temporanea parziale al 25%	150
Indennità giornaliera	€ 47,49

CALCOLO del RISARCIMENTO:

Danno biologico permanente	**€ 4.274,92**
Invalidità temporanea totale	**€ 7.598,40**
Invalidità temporanea parziale al 75%	**€ 3.561,75**
Invalidità temporanea parziale al 50%	**€ 2.374,50**
Invalidità temporanea parziale al 25%	**€ 1.780,88**
Totale danno biologico temporaneo	**€ 15.315,53**
Danno morale (33,33%)	**€ 6.529,50**
TOTALE GENERALE:	**€ 26.119,95**

Su tale importo, trattandosi di debito di valore, ad oggi cristallizzato in debito di valuta, sono dovuti non già la rivalutazione monetaria e gli interessi sulla somma devalutata all'epoca del sinistro, bensì i soli interessi in misura legale, sulla somma come ad oggi stimata, ma a decorrere da una data intermedia tra quella del sinistro e quella della presente sentenza, che equitativamente si determina nel 1 gennaio 2018.

Le spese, in ragione dell'enorme ridimensionamento della pretesa, la cui finale liquidazione si attesta su importo prossimo a quello dell'offerta spontaneamente effettuata dalla convenuta già in sede di costituzione, vengono compensate tra le parti, ad eccezione di quelle di CTU, comunque necessarie in ragione dell'esigenza di appurare la natura nosocomiale dell'infezione, che vengono, pertanto, poste a carico della parte convenuta in via definitiva.

Ogni altra decisione, anche istruttoria, resta ovviamente assorbita dalla reiezione della domanda sull'*an*.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra istanza disattesa o assorbita, così dispone:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765

- Dichiara tenuta e condanna la parte convenuta al pagamento, in favore dell'attore, per i titoli di cui in motivazione, della somma di € 26.119,95 oltre interessi legali a far tempo dal 1 gennaio 2018;
- Compensa tra le parti le spese di lite ad eccezione di quelle di CTU, che pone interamente a carico di parte convenuta in via definitiva.
- Sentenza resa *ex* articolo 281 *sexies* c.p.c., pubblicata mediante lettura ed allegazione al verbale.

Bologna, 27 febbraio 2020

Il Giudice
dott. Alessandra Arceri

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-765