N. R.G. 17208/2023

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA

TERZA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Cinzia Gamberini
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **17208/2023** promossa da:

[redacted] (C.F. *C.F._*), con il patrocinio dell'avv. [redacted], elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

RICORRENTE

contro

[redacted] (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] (*C.F._* [redacted] MILANO; , elettivamente domiciliato in [redacted] O AVV. [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

RESISTENTE

CONCLUSIONI

Per i ricorrenti *Parte_1*, come da ricorso ex art. 281 decies c.p.c. in data 21.12.2023:

"*disattesa ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione,*

- ritenere e dichiarare la Controparte_2 a socio unico, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale in Bologna (BO) in [redacted] *C.F. P.IVA_1, responsabile dell'errato trattamento sanitario del paziente, in occasione dei suoi ricoveri presso l'anzidetta struttura;*

- condannare la parte resistente al risarcimento del danno biologico vantato dalla ricorrente, quantificabile in € 69.430,00, per le causali di cui in narrativa, o, in subordine, la maggior somma ritenuta di giustizia dal Tribunale;

- condannare la parte resistente al risarcimento del danno morale, quantificato in € 23.143,33 o la maggior somma ritenuta di giustizia dal Tribunale;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

- condannare la parte resistente al risarcimento del danno esistenziale, quantificato in € 30.000,00 o la maggior somma ritenuta di giustizia dal Tribunale;

- condannare, la parte resistente al pagamento di spese, competenze ed onorari del presente giudizio, nonché le spese relative alla fase di ATP, disponendo la distrazione delle spese in favore del sottoscritto difensore ai sensi dell'art. 93 c.p.c., oltre al pagamento delle spese peritali sostenute in ATP.".

Per la resistente *Controparte_1* in persona dell'amministratore delegato e legale rappresentante pro tempore dott. *Controparte_3* come da comparsa di costituzione in data 11.03.2024:

"Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, ogni contraria istanza disattesa,

NEL MERITO*:*

in via principale: respingere integralmente le domande proposte da parte ricorrente nei confronti di Controparte_1 in quanto infondate in fatto e in diritto e dichiarare Controparte_1 esente da ogni responsabilità, condannando la parte ricorrente a rifondere alla concludente spese, diritti ed onorari di causa;

in via istruttoria: rinnovare la ctu medico legale espletata nel precedente procedimento ex art. 696 bis cpc e ciò affinché sia sottoposta al nominando CTU la valutazione della configurabilità in concreto dei profili di colpa contestati da parte ricorrente e, solo ove ritenuti sussistenti, la valutazione e quantificazione anche della rispettiva incidenza causale nel danno, oltre che della relativa ascrivibilità alla parte resistente, nonché alla esatta quantificazione del danno causalmente derivato dalle condotte in contestazione e suscettibile di risarcimento; in via subordinata, disporre supplemento di ctu medico legale volto a specificare se ed in che misura l'infezione oggetto di causa si possa manifestare a prescindere dal corretto adempimento della CP_4 convenuta, indicando altresì alla luce della documentazione versata in atti a conforto dell'adozione delle misure preventive del rischio di infezione se ed in che misura tali misure possano non ritenersi idonee o sufficienti.

Controparte_1 riserva la nomina dei rispettivi consulenti tecnici di parte entro la data d'inizio delle operazioni peritali.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa."

***

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

Con ricorso ex art. 281 *decies* c.p.c. e pedissequo decreto di fissazione udienza, la sig.ra *Pt_1* *[...]* conveniva in giudizio *Controparte_1* in persona del legale rappresentante pro tempore, affinché la struttura sanitaria fosse condannata al risarcimento di tutti i danni patiti in conseguenza della *malpractice* medica posta in essere nei suoi riguardi in occasione del ricovero e dell'intervento chirurgico cui la ricorrente è stata sottoposta il 9-11 giugno 2014.

A sostegno della domanda, l'istante, richiamando le considerazioni espresse in seno alla consulenza tecnica d'ufficio depositata nell'ambito del procedimento ex artt. 669 bis c.p.c. e 8 della L. 24/17, allegava che:

- il giorno 9.06.2014, la ricorrente veniva sottoposta ad un intervento chirurgico presso la struttura sanitaria convenuta per "*erniectomia e discectomia di L5-S1*", rimanendo ivi ricoverata per qualche giorno;
- sin dal giorno immediatamente successivo, la sig.ra *Pt_1* iniziava tuttavia a percepire forti dolori, ingravescenti e resistenti alle terapie farmacologiche prescrittele, quindi, all'esito di ulteriori accertamenti, si scopriva che nel corso del richiamato intervento e del successivo ricovero, la ricorrente aveva contratto l'infezione batterica "*pseudomonas aeruginosa*";
- la predetta infezione le aveva procurato una "*spondilodiscite postchirurgica L5-S1 con necessità di artrodesi strumentata posteriore di L4-S1*", costringendola a subire un secondo intervento chirurgico, in data 30.06.2014, di "*revisione e artrodesi su 3 livelli*";
- le errate ed imperite procedure chirurgiche (e non) attuate dalla struttura convenuta in occasione del primo ricovero avevano, come confermato in seno alla consulenza tecnica esperita nell'ambito del procedimento per A.T.P., determinato l'infezione contratta dalla ricorrente e, in conseguenza, ella subiva consistenti lesioni personali e postumi invalidanti, nonché penose sofferenze ed uno stravolgimento negativo nella propria vita di relazione, ancora perduranti;
- inoltre, in considerazione del totale fallimento del primo intervento, della vistosa cicatrice permanente al rachide lombare, del sopraggiungere di psoriasi, delle incessanti sofferenze e del costante senso di frustrazione e inadeguatezza con le quali era costretta a convivere a causa della condotta della struttura sanitaria, ai fini della corretta quantificazione del danno patito doveva operarsi una personalizzazione del pregiudizio nella misura massima consentita;
- l'istante, dopo aver tentato invano la definizione bonaria della vicenda, promuoveva pertanto l'odierno procedimento al fine di ottenere il ristoro di tutti i danni patiti in ragione della condotta erronea della struttura sanitaria.

Si costituiva tempestivamente in giudizio *Controparte_1* la quale, contestate integralmente le censure di parte ricorrente in riferimento all'operato della struttura sanitaria, assolutamente esente da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

qualsivoglia responsabilità, chiedeva il rigetto delle pretese avversarie poiché infondate in fatto e in diritto; in via istruttoria, la convenuta chiedeva, inoltre, la rinnovazione della c.t.u., in particolare affinché venisse vagliata l'eventuale sussistenza di profili di colpa nella condotta della struttura sanitaria e quantificati i danni ad essi direttamente riferibili, ovvero il suo supplemento.

A sostegno delle proprie domande, parte resistente, sostanzialmente riproponendo la medesima cronologia degli eventi descritta dalla ricorrente, deduceva che:

- la struttura convenuta aveva adeguatamente e correttamente curato gli interventi chirurgici e i ricoveri della ricorrente, difettando in particolare qualsivoglia evidenza (rigorosa o quantomeno altamente probabile) che l'infezione batterica contratta dalla signora fosse di origine nosocomiale, nonché soprattutto che la circostanza dovesse ascriversi a colpa professionale dei sanitari;
- in effetti, l'intervento chirurgico cui era stata sottoposta la paziente, pienamente indicato per le sue condizioni cliniche, era stato eseguito conformemente alle linee guida applicabili ed era stato previamente discusso con la paziente, tanto in riferimento alle sue caratteristiche quanto in ordine ai relativi rischi, anche infettivi. Quanto all'infezione contratta, inoltre, la struttura aveva eseguito adeguata profilassi antibiotica preoperatoria e postoperatoria sulla paziente, aveva puntualmente rispettato le regole di asepsi durante l'intervento e, più in generale, aveva predisposto idonei protocolli e interventi volti a prevenire le infezioni ospedaliere, notoriamente intrinseche ad ogni intervento e ricovero e di per sé quindi prevedibili ma pacificamente non prevenibili in assoluto;
- del resto, la riferibilità eziologia dell'infezione alla condotta del nosocomio aveva carattere esclusivamente presuntivo ed era stata apoditticamente affermata dal Collegio peritale in sede di A.T.P. per il sol fatto di essersi verificata, senza che peraltro fossero adeguatamente vagliati i protocolli preventivi adottati dalla struttura, debitamente documentati;
- in ogni caso, le pretese risarcitorie della ricorrente dovevano considerarsi del tutto eccessive, sia in riferimento alla quantificazione percentuale del danno iatrogeno differenziale accertato dai CC.TT.UU. e della ingiustificata personalizzazione richiesta dalla paziente, quanto in relazione alle inammissibili duplicazioni risarcitorie pretese.

Con ordinanza in data 7.10.2024 il Giudice, ritenuto non necessario procedere alla rinnovazione ovvero all'integrazione della consulenza tecnica depositata in seno al procedimento per A.T.P. - R.G. n. 5657/23 - fissava udienza per la decisione, successivamente rinviata in più occasioni.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

All'udienza del 30.10.2025, sostituita con il deposito di note scritte ex art. 127 ter c.p.c., il giudice prendeva atto del regolare deposito delle richiamate note sostitutive e delle note conclusive autorizzate, quindi tratteneva la causa in decisione ex art. 281 sexies co. 1 e 3 c.p.c.

Per quanto non riportato nella superiore sintesi dello svolgimento del processo e delle conclusioni rassegnate, si fa rinvio agli atti di parte e d'ufficio, da intendersi qui espressamente richiamati.

***

Preliminarmente, sono da rigettare le richieste istruttorie rinnovate da parte resistente all'udienza ex art. 281 sexies c.p.c., per le ragioni già espresse con l'ordinanza del 7.10.2024 e che qui si intendono integralmente condivise e richiamate, da confermarsi anche in ragione della esaustività del compendio probatorio in atti, perfettamente idoneo alla ricostruzione della vicenda oggetto di giudizio e della natura dei rapporti intercorrenti tra le parti.

***

La domanda della ricorrente è fondata e deve trovare accoglimento, pur nei limiti di seguito precisati.

È anzitutto da evidenziarsi che l'azione promossa dalla ricorrente nell'odierno giudizio deve essere ricondotta all'ambito applicativo dell'art. 1218 c.c.

Come è noto, la Legge n. 24/2017 ha direttamente qualificato i titoli di responsabilità civile operanti in ambito sanitario, ascrivendo, per quello che qui maggiormente interessa, la responsabilità della struttura sanitaria nell'alveo degli artt. 1218 e 1228 c.c., per inadempimento degli obblighi derivanti dal c.d. contratto di "spedalità" concluso tra paziente e struttura sanitaria, anche in riferimento alla condotta del personale sanitario che ivi presta la propria opera.

Per quanto la norma in commento non possa trovare applicazione nel caso di specie - atteso che i fatti per cui è giudizio sono antecedenti alla sua entrata in vigore (cfr. Cass., sez. 3, sent. n. 28994 dell'11.11.2019) – era (ed è) principio del tutto consolidato in giurisprudenza, poi recepito a livello normativo, quello secondo il quale l'accettazione del paziente presso una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera determina la conclusione tra le parti di un contratto di prestazione d'opera, atipico e a prestazioni corrispettive, il c.d. contratto di spedalità.

Il rapporto contrattuale così instauratosi tra le parti obbliga in particolare la struttura sanitaria a fornire un'assistenza complessa, che comprende la messa a disposizione di una struttura organizzativa e delle attrezzature tecniche adeguate, l'effettuazione dei trattamenti medici e chirurgici occorrenti, l'assistenza del personale sanitario, la somministrazione di farmaci e servizi anche *lato sensu* alberghieri.

La struttura, quindi, risponde ex art. 1218 c.c. dell'inadempimento delle proprie richiamate obbligazioni, ossia per la negligente, imprudente o imperita e non corretta esecuzione delle prestazioni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

sanitarie ad essa direttamente riferibili, nonché in virtù dell'art. 1228 c.c., in riferimento all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario.

È appena il caso di precisare che la predetta conclusione non è stata oggetto di alcun ripensamento nemmeno con l'avvento della L. n. 189 del 08.11.2012, di conversione del D.L. n. 158 del 13.09.2012 (c.d. decreto Balduzzi), legge in vigore al momento dei fatti, la quale piuttosto aveva solo instillato qualche dubbio in riferimento alla natura della responsabilità civile del professionista sanitario, peraltro anch'esso tendenzialmente risolto in seno alla giurisprudenza maggioritaria con l'affermazione della responsabilità anche di quest'ultimo ex art. 1218 c.c.

Ciò posto, venendo alla fattispecie concreta all'esame del Tribunale, è da evidenziarsi come non sussista in atti alcuna incertezza in ordine alla sussistenza del rapporto contrattuale tra le parti; la circostanza, del resto, non è stata oggetto di contestazione nel corso di giudizio.

È d'altra parte pacifico che la ricorrente sia stata accettata presso la struttura convenuta, deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini dei successivi ricoveri e interventi chirurgici, dapprima nel periodo 9-11 giugno 2014, quindi nel periodo 28 giugno – 22 luglio 2014, come risulta chiaramente dalle cartelle cliniche prodotte in atti (cfr. docc. 4, 5 e 5.1 parte ricorrente). È stato pertanto certamente concluso tra le parti un contratto di spedalità o di assistenza sanitaria.

Per le richiamate ragioni, l'azione promossa in questo giudizio nei confronti della struttura sanitaria, discorrendosi peraltro solamente dell'inadempimento di obbligazioni sue proprie (e non anche dei professionisti di cui essa si avvale), deve essere ricondotta nell'ambito applicativo degli art. 1218 c.c.

La qualificazione delle pretese risarcitorie della paziente danneggiata ex artt. 1218 c.c. - e non ex art. 2043 c.c. - ha, come noto, significative ripercussioni in tema di riparto dell'onere probatorio, posto che, con specifico riguardo alla responsabilità contrattuale in ambito sanitario: il paziente danneggiato è onerato di provare il titolo contrattuale e di allegare l'inadempimento, da intendersi, in considerazione dell'obbligazione dedotta nel rapporto, quale negligente, imprudente o imperita e non corretta esecuzione del trattamento sanitario prestato, non conforme ai parametri di diligenza e professionalità di cui agli artt. 1776 co. 2 e 2236 c.c.; egli, inoltre, è tenuto a fornire riscontro probatorio del danno – ossia della lesione del diritto alla salute, quale aggravamento della situazione patologica preesistente ovvero quale insorgenza di nuove patologie – e del nesso causale tra quest'ultimo e l'inadempimento della struttura sanitaria. Di seguito, nel caso in cui il danneggiato sia riuscito a provare il segmento di causalità rimesso in suo capo, spetta alla struttura sanitaria che voglia andare esente da responsabilità l'onere di provare di aver esattamente adempiuto alla propria prestazione ovvero della causa imprevedibile ed inevitabile che ha dato luogo alla sua impossibilità.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

Peraltro, con specifico riferimento alle infezioni nosocomiali, la giurisprudenza di legittimità, che il Tribunale non ha ragione per disattendere, ha puntualmente declinato, da un lato, le regole di valutazione cui accedere ai fini dell'accertamento del nesso causale tra inadempimento e aggravamento o insorgenza della patologia - che nel caso specifico afferisce all'insorgenza dell'infezione batterica in ambito nosocomiale e, di seguito, alle complicanze patologiche lesive subite - nonché, dall'altro lato, in ordine alla consistenza della prova liberatoria rimessa alla struttura sanitaria.

Così, in particolare, il danneggiato è tenuto ad offrire la prova, anche di carattere presuntivo, dell'avvenuta contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, il cui accertamento, legittimamente fondato anche su ragionamento probabilistico "*[…]deve essere effettuato sulla base dei criteri temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione della patologia), topografico (correlato all'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 c.d. probabilità prevalente) e clinico (in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, deve essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria) (Cass. 3/03/2023, n. 6386)"* (cfr. Cass., Sez. 3, ord. n. 17145 del 25.06.2025). E, d'altra parte, la struttura sanitaria, la quale non risponde a titolo di responsabilità oggettiva, è tuttavia onerata, ai fini liberatori in riferimento alle infezioni nosocomiali, di provare di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione della stessa, sicché essa deve fornire allegazione e prova "*a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio (Cass. 3/03/2023, n. 6386, cit.; Cass. 13/06/2023, n.16900)* (cfr. Cass., Sez. 3, ord. n. 17145 del 25.06.2025). Con la precisazione, peraltro, che la struttura è altresì tenuta a dimostrare l'effettiva applicazione dei protocolli e delle procedure virtuosi nel caso specifico.

In applicazione delle richiamate coordinate ermeneutiche, è avviso del Tribunale che le risultanze

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

dell'istruttoria esperita, acquisita la consulenza tecnica d'ufficio depositata in seno al procedimento per A.T.P. n. 5657/23, consentano di ritenere accertato, secondo la regola della preponderanza dell'evidenza o "più probabile che non", che l'infezione batterica sia stata contratta dalla ricorrente nel corso del primo ricovero ospedaliero. Le valutazioni espresse dai CC.TT.UU., invero, siccome adeguatamente motivate, anche in riferimento alle osservazioni di parte resistente, coerenti ed immuni da contraddizioni ricostruttive, risultano pienamente condivisibili e valorizzabili a fini decisori; il metodo valutativo proposto dagli ausiliari, inoltre, si pone perfettamente in linea con le indicazioni fornite in seno alla giurisprudenza di legittimità per la ricostruzione del nesso causale tra inadempimento e insorgenza dell'infezione in ambito nosocomiale, come sopra richiamate.

L'elaborato tecnico, in uno con le emergenze documentali sanitarie e le allegazioni delle parti, sul punto del tutto convergenti, consentono in primo luogo di ricostruire la cronologia dei fatti occorsi (cfr. pp. 17-19 consulenza tecnica; dooc. 4, 5, 5.1 ricorrente; doc. 3 resistente).

La sig.ra *Pt_1* affetta da lombosciatalgia sinistra, veniva ricoverata in data 9.06.2014 presso la struttura sanitaria convenuta e sottoposta, in pari data, ad intervento chirurgico di erniectomia e discectomia di L5-S1 a sinistra, previa profilassi antibiotica con Cefazolina 2 grammi.

Nel corso della successiva degenza ospedaliera proseguiva la terapia antibiotica e il decorso operatorio non evidenziava problematiche di rilievo, sicché la paziente veniva dimessa in data 11.06.14, in buone condizioni cliniche generali e con ferita asciutta e apiretica. In occasione delle dimissioni, alla paziente veniva consigliato di proseguire la terapia a base di seleparina, coefferalgan e cefixoral, quest'ultimo per tre giorni.

Nei giorni successivi, la ricorrente accusava violento ed improvviso dolore lombare ingravescente, refrattario alla terapia farmacologica, sicché faceva rientro presso la struttura convenuta e, in data 25.06.2014, veniva sottoposta a R.M.N. lombosacrale, la quale evidenziava un quadro patologico compatibile con l'insorgenza di spondilodiscite.

La ricorrente veniva pertanto nuovamente ricoverata presso *CP_1* in data 28.06.2014, con diagnosi di ingresso "*instabilità in spondilodiscite post-chirurgica L5-S1*".

Il 30.06.2014 la sig.ra *Pt_1* veniva sottoposta a TC del rachide lombosacrale che mostrava osteosclerosi della porzione antero-inferiore del corpo vertebrale di L5 e osteolisi delle limitanti somatiche in particolar modo di quella superiore di S1.

In parti data, pertanto, veniva sottoposta ad ulteriore intervento chirurgico, nel corso del quale sono stati altresì eseguiti tamponi culturali, lavaggio del campo operatorio e artrodesi strumentata posteriore di L4-S1. A seguito dell'intervento, veniva quindi intrapresa terapia antibiotica la quale - a seguito del pervenimento dei risultati dell'antibiogramma, i quali mostravano positività all'infezione batterica

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

Pseudomonas Aeruginosa - veniva modificata e integrata con introduzione di farmaco specifico, il Tazocin, come da consulenza dell'infettivologo.

Il giorno 8.07.2014 la paziente veniva sottoposta a R.M.N. di controllo, la quale mostrava "*esiti di una pregressa discectomia L5/S1 con stabilizzazione posteriore con barre e viti metalliche transpeduncolari da L4 a S1.Le viti sono correttamente e simmetricamente posizionate. Si conferma il quadro di spondilodiscite L5/S1 con abbondante tessuto infiammatorio che si estrinseca anteriormente al di sotto del legamento longitudinale anteriore. Posteriormente il tessuto invade abbondantemente il canale, specie nel suo versante sn, dove occupa il forame di coniugazione, e si estende verso l'alto fino alla limitante somatica superiore di L5. Le limitanti somatiche dei due corpi vertebrali non sono apprezzabili e i corpi vertebrali presentano importante quota di edema intraspongioso…"* (cfr. p. 18 consulenza tecnica).

Ne seguiva un progressivo miglioramento delle condizioni cliniche della ricorrente, la quale veniva dimessa in data 22.07.2014, con indicazione di proseguire terapia antibiotica.

Il Collegio peritale ha quindi messo bene in evidenza le caratteristiche dell'infezione batterica contratta dalla ricorrente, non incontrando al riguardo alcuna osservazione critica dai consulenti di parte. Si tratta, in particolare, di *Pseudomonas aeruginosa*, la quale "*[…] comunemente infetta i pazienti in ambiente ospedaliero essendo, in tali casi, spesso resistente a diversi antibiotici. All'interno dei nosocomi tali batteri sono spesso presenti nei lavandini, nelle soluzioni antisettiche e nei contenitori utilizzati per raccogliere l'urina da catetere vescicale. Lo Pseudomonas aeruginosa […] colonizzando ferite profonde come piaghe da decubito, ustioni e ferite dovute a traumi o a un intervento chirurgico. Tale batterio Gram negativo può altresì determinare osteomieliti e, spesso, spondilodisciti o diffondendosi per via ematogena, in particolare nelle persone che utilizzano sostanze stupefacenti per via endovenosa, o tramite i tessuti molli adiacenti infettatisi in seguito a un trauma o intervento chirurgico. Nei casi di spondilodiscite il sintomo principale risulta essere il dolore, tipicamente localizzato nell'area dello spazio discale infetto con eventuali irradiazioni ed esacerbato dall'attività fisica o dalle percussioni sull'area interessata*" (cfr. pp. 18 e 19 consulenza tecnica).

Quindi, i consulenti hanno ritenuto di poter affermare la contrazione in sede nosocomiale della predetta infezione da parte della sig.ra *Pt_1* oltreché la prevedibilità ed evitabilità della circostanza, pertanto ascrivile all'inadempimento della struttura convenuta.

Nello specifico, il Collegio ha evidenziato che "*è possibile affermare che sussiste nesso di causalità materiale tra l'infezione da Pseudomonas aeruginosa e le procedure, chirurgiche o non, espletate durante il primo ricovero presso Controparte_1 di Bologna, in quanto risultano soddisfatti tutti i criteri medico-legali*"; sul punto, è stato fatto riferimento in particolare: all'intervallo di tempo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

intercorso tra il primo intervento chirurgico e ricovero e la manifestazione dell'infezione, compatibile con i tempi di latenza della stessa (criterio cronologico); alla corrispondenza tra il sito anatomico oggetto delle manovre chirurgiche, ferita profonda sovente luogo di ingresso di microrganismi come quello di cui trattasi, e la regione infettata (criteri topografico e di idoneità lesiva); alla possibilità di escludere, alla luce della documentazione in atti, altre potenziali cause sottostanti alla spondilodiscite se non l'intervento chirurgico del 9.06.2014 e/o le procedure eseguite durante il ricovero sul sito sottoposto all'intervento (criterio di esclusione) (cfr. p. 19-20 consulenza tecnica). E, ancora, gli ausiliari hanno precisato che: "*Il verificarsi di una infezione per un intervento di microdiscectomia con un germe Gram-negativo, e quindi resistente alla Cefazolina comunemente posizionata in profilassi antibiotica preoperatoria è una condizione da evitare e che è concretamente evitabile e prevenibile con una corretta osservanza delle norme generali di asepsi/antisepsi. Dunque, l'insorgenza nel caso in esame di spondilodiscite acuta a seguito di intervento chirurgico e ricovero presso* *Controparte_1* *implica carenze e/o inadeguatezze igieniche che delineano un inadempimento dell'obbligazione di mezzi dovuti del medesimo nosocomio."*(cfr. p. 20 consulenza tecnica). Del resto, l'infezione di cui trattasi rappresenta "*un germe ambientale, con resistenze, per cui certamente nosocomiale. Si condivide che l'assenza del germe nella sala avrebbe evitato l'insorgenza della lesione che è poi comparsa ma, al tempo stesso, una adeguata asepsi operatoria avrebbe potuto evitare tale infezione. Si conclude pertanto che si tratta di una infezione correlata all'assistenza occorsa durante la procedura chirurgica da parte di un patogeno ambientale resistente, di cui peraltro la* *CP_5* *non ha dimostrato i necessari controlli*." (cfr. p. 24 consulenza tecnica).

Per le richiamate ragioni, è avviso del Tribunale che debba considerarsi certamente provata l'insorgenza dell'infezione batterica in ambito nosocomiale, la quale ha poi dato luogo alle complicazioni patologiche patite dalla ricorrente, oltreché la sua prevedibilità ed evitabilità e, quindi, l'ascrivibilità del danno subito dalla sig.ra *Pt_1* alla condotta inadempiente, negligente ed imperita, della struttura convenuta.

Che l'infezione batterica sia stata contratta dalla ricorrente in seno all'intervento chirurgico ovvero, al più, ai successivi giorni di ricovero del 9-11 giugno 2014 appare, invero, del tutto evidente in ragione delle considerazioni espresse dai consulenti, assolutamente chiare e lineari; basti richiamare, al riguardo, le caratteristiche dell'infezione batterica di cui trattasi, la compatibilità dei tempi di latenza dell'infezione con la sua insorgenza nel caso concreto, il sito in cui la stessa è comparsa, coincidente a quello oggetto di intervento chirurgico, le conseguenze patologiche prodotte (spondilodiscite), tipicamente riconducibili all'infezione in commento, e alla possibilità di escludere cause alternative idonee a determinare l'insorgenza della predetta conseguenza patologica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

Peraltro, tenuto conto del complesso delle predette risultanze, oltreché del criterio di giudizio ai fini dell'accertamento del nesso di causale materiale, il "più probabile che non", non può ritenersi, come viceversa sostenuto dalla resistente, che l'omessa individuazione della effettiva causa materiale o condotta a cui ascrivere l'evento dannoso possa valere ad escludere la prova dell'insorgenza dell'infezione in ambito ospedaliero, oltreché la sua ascrivibilità alla struttura convenuta. Del resto, anche sul punto, i consulenti, pur non individuando con certezza il momento dell'inadempimento, hanno comunque messo in evidenza come lo stesso potesse ricondursi alle obbligazioni della resistente, atteso che ne è stata circoscritta l'insorgenza alle manovre peri, intra o postoperatorie, con la precisazione peraltro che "*è possibile affermare che l'ipotesi più probabile sia stata una infezione evitabile insorta durante l'esecuzione dell'intervento chirurgico del 09.06.2014."* (cfr. p. 20 consulenza tecnica).

Che, ancora, l'infezione batterica contratta dalla ricorrente debba considerarsi addebitabile all'inadempimento della struttura sanitaria risulta chiaramente dell'elaborato tecnico, in particolare lì dove si evidenzia come la corretta osservanza delle norme generali di asepsi/antisepsi e un'adeguata assistenza sanitaria nella fase operatoria avrebbe evitato l'evento.

Del resto, è avviso del Tribunale che gli atti prodotti dalla struttura sanitaria convenuta (cfr. docc. 5 parte resistente) non risultino sufficienti per documentare la compiutezza delle procedure di prevenzione attuabili, come richiesto in seno alla giurisprudenza di legittimità sopra richiamata, oltreché l'effettiva applicazione delle procedure virtuose di cui ai protocolli prodotti al caso specifico, in particolare tenuto conto della natura e delle caratteristiche dell'infezione in discorso.

Si devono nuovamente richiamare, sul punto, le valutazioni espresse dai consulenti, in particolare laddove concordano (almeno in parte) con le osservazioni fatte pervenire in sede di A.T.P. dal medico professionista che ha direttamente assistito in seno all'intervento chirurgico la ricorrente e con la letteratura scientifica da questi citata (cfr. p. 24 consulenza tecnica e doc. 8.1 parte ricorrente).

In particolare, alla luce delle predette indicazioni, si deve concludere che le caratteristiche dell'infezione di cui trattasi, comunemente ambientale e con resistenze, la quale prolifera negli impianti idrici, nella rubinetteria, nei lavabi e negli scarichi dei nosocomi, impongano uno standard igienico permeato di una serie di accorgimenti, cautele e controlli, come richiamate dalla letteratura di riferimento, della cui esatta e completa adozione da parte della struttura nel caso di specie non vi è sufficiente riscontro probatorio (cfr. p. 24 consulenza tecnica).

È pertanto da ritenersi che la struttura sanitaria resistente non abbia fornito adeguata prova liberatoria del proprio adempimento, ovvero che lo stesso sia stato determinato da circostanza imprevedibile e inevitabile, quindi, non imputabile.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

Alla luce delle considerazioni che precedono deve essere, pertanto, dichiarata la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria convenuta in ordine ai fatti per cui è causa.

Passando ora all'esatta individuazione delle lesioni personali subite dalla sig.ra *Parte_1* e direttamente riconducibili all'inadempimento della struttura sanitaria, è da premettersi che rappresenta senz'altro onere del creditore-danneggiato, in ossequio al disposto dell'art. 2697 c.c., non solo provare l'evento lesivo ma anche fornire la prova del nesso di causalità tra quest'ultimo e le conseguenze dannose di cui è chiesto il risarcimento, dovendosi ricorrere in tale segmento di giudizio ai parametri di cui agli artt. 1223 e 1225 c.c.

È da ritenersi che il predetto onere probatorio sia stato assolto da parte ricorrente, benché nei termini e nei limiti di seguito precisati.

Devono essere richiamate, anche sul punto, le valutazioni espresse dai CC.TT.UU., le quali possono ritenersi anche in questo caso pienamente condivisibili.

Gli ausiliari, quanto alla sussistenza del nesso causale, hanno evidenziato che, in ragione dell'inadempimento della struttura convenuta e dell'infezione batterica, prevenibile ed evitabile, contratta dalla ricorrente, la stessa subiva una spondilodiscite acuta in forza della quale "*la paziente necessitava di un secondo intervento chirurgico per eseguire tamponi colturali per ricerca del microrganismo, lavaggio del campo operatorio e artrodesi strumentata posteriore di L4-S1 e successiva terapia antibiotica e riabilitazione*"; quindi, il Collegio concludeva nel senso di ritenere che "*Appare dunque ampiamente soddisfatto anche il nesso causale tra le lesioni e postumi residuati in capo alla Sig.ra Pt_1 rappresentati da esiti di artrodesi posteriore di L4-S1 con cicatrice di cm 19, appianamento della fisiologica lordosi e limitazione di 1/3 della mobilità del rachide*." (cfr. p. 20 consulenza tecnica).

È pertanto da riconoscersi alla ricorrente il danno biologico temporaneo e permanente patito, come quantificato in seno alla consulenza tecnica d'ufficio, tanto nei suoi risvolti anatomo-funzionali, quanto in quelli dinamico-relazionali.

Quanto a tale ultimo profilo, tenuto conto che la ricorrente ha espressamente chiesto il riconoscimento del danno esistenziale in via autonoma, va rilevato che lo stesso non può essere riconosciuto se non facendosi riferimento alla valutazione che anche di esso portano le tabelle di riferimento ai fini liquidatori; è invero ormai pacifico nella giurisprudenza di legittimità "*In tema di risarcimento del danno non patrimoniale, costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del danno biologico e del danno esistenziale, mentre, come confermato dall'art. 138, comma 2, lettera e) del d.lgs. n. 209 del 2005, nel testo modificato dalla l. n. 124 del 2017, una differente ed autonoma valutazione deve essere compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal soggetto, posto*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

*che la fenomenologia del pregiudizio non patrimoniale comprende tanto l'aspetto interiore del danno sofferto (danno morale sub specie di dolore, vergogna, disistima di sé, paura, disperazione), quanto quello dinamico-relazionale, coincidente con la modificazione peggiorativa delle relazioni di vita esterne del soggett*o" v. Cass. Sez. 3, 20/08/2018, n. 20795).

Tanto premesso, il Collegio peritale, sulla base di quanto documentato in atti e dei rilievi medico-legali, ha riconosciuto, quali conseguenze lesive temporanee patite, un periodo di invalidità temporanea pari a 23 giorni a totale, 40 giorni di parziale al 75 %, 30 giorni di parziale al 50 %, coerentemente quantificati tenuti debitamente conto (e già sottratti) i postumi invalidanti temporanei che la paziente avrebbe comunque subito anche in assenza dell'infezione batterica e, dunque, anche nell'ipotesi di esatto adempimento della struttura sanitaria (cfr. p. 21 consulenza tecnica).

Quanto, invece, ai postumi permanenti, caratterizzati "*da esiti di artrodesi di L4-S1 con cicatrice di cm 19 e limitazione funzionale di 1/3 del rachide*", il Collegio peritale, richiamati i più accreditati barèmes di riferimento (orientamenti di "Guida Valutativa" suggeriti dalla prevalente dottrina medico-legale e dalla Società – SIMLA - che la interpreta), l'area interessata dalla lesione, le limitazioni funzionali accertate e l'età della paziente al momento dell'evento, ha condivisibilmente stimato il danno biologico in termini differenziali, concludendo per un maggior danno c.d. iatrogeno compreso tra il 5% e il 18%.

In riferimento al danno c.d. iatrogeno differenziale - consistente nell'aggravamento, in conseguenza dell'inadempimento dei sanitari, di lesioni che comunque sarebbero residuate, ma in minor misura – è da evidenziarsi che la giurisprudenza di legittimità ha fornito specifiche indicazioni in ordine alla relativa quantificazione e monetizzazione. In particolare, occorre procedere, in primo luogo, alla monetizzazione del grado complessivo di invalidità permanente effettivamente risultante e del grado di invalidità permanente che sarebbe comunque residuato anche in assenza dell'errore medico; in secondo luogo, occorre procedere all'operazione aritmetica di sottrazione tra il primo importo monetario e il secondo. Tale metodologia di calcolo si rende necessaria perché permette di tenere in considerazione il fatto che le funzioni vitali perdute e le conseguenti privazioni progrediscono con intensità geometricamente crescente rispetto al crescere dell'invalidità.

In riferimento alla richiesta di personalizzazione del danno biologico riconosciuto, si deve tenere a mente che la giurisprudenza di legittimità ha evidenziato come essa si giustifichi solamente in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, allegate e provate – con qualsiasi mezzo - dal danneggiato, le quali dimostrino che il danno patito nel caso specifico è più grave rispetto alle conseguenze pregiudizievoli normalmente derivanti da situazioni analoghe; solamente in tali ipotesi, è consentito al giudicante incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio, quale personalizzazione della relativa liquidazione (cfr. Cass, Sez. 3, sent. n. 12778 del 07.11.2014; Cass., Sez. 3, sent. n. 7513 del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

27.03.2018). Nella fattispecie, viceversa, non è stato allegata alcuna circostanza specifica ed eccezionale idonea a giustificare la peculiarità del danno biologico di cui trattasi, né la ricorrente ha fornito riscontro probatorio al riguardo, sicché è da concludersi che le risultanze in atti non consentono di ritenere che il pregiudizio patito dalla ricorrente possa considerarsi peculiare e significativamente diverso da quello patito in situazioni analoghe. Per questa ragione, il danno liquidato alla ricorrente non riceverà alcuna personalizzazione.

Quanto infine al danno morale, i CC.TT.UU. hanno, tanto in riferimento alle sofferenze soggettive temporanee, quanto a quelle permanenti patite dalla ricorrente, evidenziato come dagli atti non emergesse alcun patimento soggettivo superiore a quello medio presente in situazioni di analoga entità. Conseguentemente, il Tribunale terrà conto del pregiudizio in esame nei soli limiti del valore già riconosciuto dalle tabelle applicabili ai fini liquidatori, non ravvisandosi ragione, né riscontro probatorio alcuno, idonei a giustificare un appesantimento del richiamato danno.

Venendo quindi alla liquidazione del danno non patrimoniale patito dalla ricorrente, come sopra richiamato, si tratta di un danno che trova collocazione nella previsione dell'art. 2059 c.c. il quale, sfuggendo ad una quantificazione economica vera e propria, deve essere liquidato in via equitativa ai sensi degli artt. 1226 e 2056 c.c.

Ai fini della richiamata liquidazione si farà ricorso quindi ai criteri e alle tabelle di cui all’art. 139 Cod. Ass. Private per l’individuazione del valore monetario delle lesioni che la ricorrente avrebbe patito anche in ipotesi di esatto adempimento della struttura sanitaria, quindi alle Tabelle di Milano 2024 vigenti, predisposte in riferimento alle lesioni macropermanenti, per l’individuazione del valore monetario dei postumi permanenti effettivamente residuati e per l’individuazione del danno biologico temporaneo patito; si procederà, di seguito, alla sottrazione dei relativi valori monetari per l’esatta liquidazione del danno non patrimoniale subito della ricorrente.

In applicazione delle richiamate coordinate e tenuto conto della natura prettamente equitativa della liquidazione del danno di cui trattasi, come anzidetto, la liquidazione del danno non patrimoniale è la seguente:

- il danno biologico permanente del 5% e il correlato danno morale su paziente di anni 35 corrispondono ad euro 8.429,54 all’attualità, mentre il danno biologico permanente del 18% e il correlato danno morale su paziente di anni 35 corrispondono ad euro 71.476,00 all’attualità. Il danno biologico e il correlato danno morale permanenti subiti dalla ricorrente in ragione dell’inadempimento della resistente, e calcolati in termini differenziali, corrispondono pertanto a: 71.476,00 – 8.429,54 = euro 63.046,46 all’attualità;
- il danno biologico temporaneo e il correlato danno morale su paziente di anni 35 corrispondono

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

a: euro 7.820,00 all'attualità.

La resistente pertanto dovrà corrispondere a parte ricorrente, a titolo di danno non patrimoniale, la somma complessiva di € 70.866,46, all'attualità.

Nessuna domanda è stata articolata dalla ricorrente in riferimento al danno patrimoniale eventualmente patito per i fatti per cui è giudizio.

In ragione di quanto sopra, il danno patito dalla ricorrente in conseguenza dei fatti per cui è causa ammonta a complessivi € 70.866,46, all'attualità.

Sulla somma indicata andranno corrisposte la svalutazione, secondo l'indice ISTAT di categoria, dalla data dell'evento dannoso alla data della presente pronuncia, oltre agli interessi legali, questi ultimi da calcolarsi sulle somme rivalutate anno per anno fino alla presente decisione, **e così per complessivi € 79.477,04**.

Sulla somma così liquidata, dalla pubblicazione della sentenza e fino all'effettivo pagamento, convertendosi il debito di valore in debito di valuta per effetto dell'intervenuta liquidazione del danno, decorrono gli interessi legali di cui all'art. 1284 co.1 c.c.

***

Le spese del presente giudizio e della pregressa fase di A.T.P. seguono la soccombenza e, pertanto, devono essere poste integralmente a carico di parte convenuta e liquidate in favore del difensore di parte ricorrente, dichiaratosi antistatario. Sono liquidate in dispositivo, sulla base del *decisum*, tenuto conto dell'attività difensiva concretamente prestata, tanto in sede di A.T.P. quanto nel presente giudizio, in applicazione dei parametri previsti dal D.M. 55/2014, come aggiornato dal D.M. 147/2022.

Le spese di consulenza tecnica d'ufficio devono essere definitivamente poste a carico della parte resistente, con obbligo di rimborso di quanto già eventualmente versato da parte attrice, previa esibizione di ricevuta di pagamento.

Le spese di C.T.P. di parte ricorrente devono parimenti essere poste a carico della parte resistente, nei limiti di quanto liquidato al C.T.U. e previa esibizione di ricevuta di pagamento.

P . Q . M .

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, in contraddittorio delle parti, ogni diversa domanda ed eccezione disattesa e respinta:

1. accoglie la domanda di parte ricorrente e per l'effetto dichiara la responsabilità ex art. 1218 c.c. di *Controparte_1* in persona del legale rappresentante pro tempore, per l'inadempimento delle proprie obbligazioni afferenti al contratto di spedalità concluso con la paziente *Parte_1*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517

2. condanna *Controparte_1* in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di euro 79.477,04, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale dalla stessa patito, oltre interessi legali ex art. 1284 co. 1 c.c. dalla presente sentenza sino al saldo;
3. condanna *Controparte_1* al pagamento, in favore dell'Avv. [redacted] dichiaratosi antistatario, delle spese del presente procedimento, liquidate in € 13.819,00 per compensi professionali, oltre rimborso forfetario spese generali ex art. 2 D.M. 55/2014 ed € 545,00 per spese anticipate, nonché I.V.A. e C.P.A. come per legge;
4. pone definitivamente a carico di parte resistente le spese di C.T.U., con obbligo di rimborso di quanto già eventualmente versato da parte attrice, previa esibizione di ricevuta di pagamento;
5. pone a carico di parte resistente le spese di C.T.P. sostenute da parte ricorrente, nei limiti di quanto liquidato al C.T.U. e previa esibizione di ricevuta di pagamento.

Bologna 28.11.2025

Il Giudice
dott. Cinzia Gamberini

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-517