N. 285/2022 R.G.

TRIBUNALE DI POTENZA

SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Lucia Francesca Iori, assegnatario del fascicolo in applicazione dell'art. 3 D.L. n. 117/2025, convertito in legge n. 148 del 3.10.2025, nella causa civile di primo grado iscritta al n. 285/2022 r.g. promossa da:

[redacted] (C.F./P.I. [redacted], rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] dall'avv. [redacted] ([redacted]), dall'avv. [redacted] ([redacted] *C.F._3* e dall'avv. [redacted] ([redacted] elettivamente domiciliato presso lo studio dell'avv. [redacted] sito in Caserta, [redacted]

PARTE RICORRENTE

contro

[redacted] (C.F./P.I. *P.IVA_1*), con sede legale in Potenza, alla [redacted] *Parte_2* (C.F./P.I. *C.F._5*), [redacted] al [redacted]

PARTI CONVENUTE CONTUMACI

Il Giudice,

a scioglimento della riserva assunta all'udienza che precede,

letti gli atti ed esaminata la documentazione allegata,

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

***ex* art. 702 *ter* c.p.c.**

Con ricorso *ex* art. 702 *bis* c.p.c. depositato innanzi all'intestato Tribunale nei confronti dell' *Controparte_1* e del *CP_2* *Parte_2* , *Parte_1* ha domandato l'accertamento della responsabilità dei resistenti per l'inadempimento delle prestazioni sanitarie rese a suo favore e, per l'effetto, ha chiesto di condannare quest'ultimi, in solido tra loro, al risarcimento di tutti i danni da lui patiti a seguito dell'intervento chirurgico di microdiscetomia L4-5 a cui è stato sottoposto in data 1.12.2017.

Il ricorrente a fondamento della pretesa ha dedotto:

- di aver subito, a marzo 2013, "*a causa di una stenosi recesso laterale ed ernia discale*", un primo intervento chirurgico di discectomia L5-S1 con tecnica microscopica presso [redacted] di Napoli;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

- che, in data 1.12.2017, a causa di una recidiva "*della sintomatologia algica lombare*", ha dovuto sottoporsi ad un nuovo intervento neurochirurgico di microdiscetomia L4-5 eseguito dal dott. *Pt_2* presso l'Azienda [redacted] di Potenza;
- che, stante il perdurare della sintomatologia dolorosa *post* operatoria, a seguito di accertamenti clinici e diagnostici, in data 11.5.2018, è stato necessario eseguire un nuovo intervento chirurgico all'esito del quale è emersa la presenza di materiale simil infiammatorio ed è stata diagnosticata una *"spondilodiscite vertebrale L4-5 post chirurgica"* per la quale il ricorrente si è sottoposto a visita infettivologica e terapia antibiotica;
- che ha dunque promosso ricorso *ex* art. 696 bis c.p.c., iscritto innanzi al Tribunale di Potenza *sub* r.g. 2103/2019, nei confronti della struttura sanitaria e del medico, all'esito del quale il collegio peritale ha confermato la diagnosi di spondilodiscite di origine nosocomiale, stimando postumi permanenti "*nella misura del 10%, rappresentato dal differenziale tra l'attuale 20% ed il 10% che sarebbe comunque residuato in caso di trattamento corretto e non complicato*";
- che ha dunque agito nel presente giudizio al fine di accertare la responsabilità della struttura sanitaria e del dottor *Parte_2* e di ottenere il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali da lui patiti (cfr. per tutto ricorso *ex* art. 702 *bis* c.p.c.).

Alla prima udienza del 30 settembre 2022, il Giudice assegnatario del fascicolo (dott.ssa Magarelli) ha disposto l'acquisizione del fascicolo di istruzione preventiva iscritto *sub* r.g. 2103/2019 e, verificata la regolarità della notifica del ricorso e del decreto di fissazione dell'udienza nei confronti dell'Azienda [redacted] di Potenza e del dott. *Parte_2*, ne ha dichiarato la contumacia.

La causa è stata istruita documentalmente ed è stata rinviata all'udienza del 6.12.2023 per trattenere il fascicolo in decisione; la predetta udienza è stata differita dapprima all'udienza del 10.4.2024, successivamente a quella del 17.9.2025 e, da ultimo, a quella del 27.11.2026.

Il fascicolo, originariamente assegnato alla dott.ssa Rossella Magarelli, è stato assegnato alla scrivente in applicazione dell'art. 3 D.L. n. 117/2025, convertito in legge n. 148 del 3.10.2025.

Con decreto del 13 ottobre 2025, il Giudice ha revocato l'udienza del 27.11.2026 e fissato l'udienza del 17.12.2025 per trattenere la causa in decisione; la predetta udienza è stata sostituita dal deposito di note scritte *ex* art. 127 ter c.p.c.

Con ordinanza del 18.12.2025 il giudice ha dato atto del deposito di note scritte ad opera della parte ricorrente e si è riservata di provvedere.

*

Il ricorso è fondato esclusivamente per le ragioni e nei limiti di seguito indicati.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

Si osserva innanzitutto che la parte ricorrente ha agito nel presente giudizio al fine di far accertare la responsabilità della struttura sanitaria e del dottor Parte_2 *ex* art. 1218 c.c. e, "*ferma la natura contrattuale della responsabilità dei resistenti, solo per scrupolo difensivo*", anche di una responsabilità extracontrattuale *ex* art. 2043 c.c. per imprudenza, negligenza e imperizia dei sanitari. Il ricorrente ha pertanto domandato la condanna dei resistenti, in solido tra loro, al risarcimento dei danni da lui patiti a causa dell'infezione contratta in occasione dell'intervento chirurgico di microdiscetomia L4-5 eseguito in data 1.12.2017 dal dottor Parte_2 (cfr. ricorso *ex* art. 702 *bis*).

La presente vertenza attiene dunque all'accertamento della dedotta responsabilità sia della struttura sanitaria sia del medico per l'insorgenza della predetta infezione nel corso del ricovero per l'esecuzione dell'intervento di microdiscetomia L4-5.

Ciò premesso, si reputa necessario richiamare, seppur brevemente, i principi giurisprudenziali in materia di responsabilità medico-sanitaria e la normativa oggi vigente, al fine di operare una corretta qualificazione giuridica della responsabilità dei soggetti convenuti in giudizio e, conseguentemente, valutare la sussistenza di addebiti ad essi ascrivibili.

In proposito, è opportuno rammentare il consolidato orientamento giurisprudenziale secondo cui la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria ha senza dubbio natura contrattuale: il rapporto che lega l'ente ospedaliero al paziente ha, infatti, fonte in un contratto obbligatorio atipico, detto contratto di "spedalità", che si perfeziona (anche sulla base di fatti concludenti) con la sola accettazione del malato presso la struttura e ha ad oggetto l'obbligo dell'azienda ospedaliera di adempiere sia a prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia a prestazioni secondarie ed accessorie, quali il vitto e l'alloggio in caso di ricovero (cfr. Cass. sez. un. n. 9556/2002 e n. 577/2008). Ne consegue che, l'azienda ospedaliera risponde dell'inadempimento delle obbligazioni *ex* art. 1218 c.c., e dei danni che i sanitari - di cui si avvale - causano ai terzi pazienti *ex* art. 1228 c.c.

A diversa conclusione si giunge, invece, con riferimento alla figura del medico, responsabile non a titolo contrattuale, bensì extracontrattuale. Sul punto, giova precisare che, per molti anni, in assenza di un'espressa previsione normativa, la giurisprudenza aveva aderito alla cd. teoria del contatto sociale che si instaurava tra medico e paziente al momento dell'accettazione del malato in ospedale e dalla sua presa in carico da parte dell'operatore sanitario (cfr. Cass. civ. 589/1999), sì che, il medico era responsabile dell'inadempimento nell'esercizio della sua professione *ex* art. 1218 c.c. Tuttavia, tale impostazione giurisprudenziale, è mutata a seguito dapprima dell'entrata in vigore della legge Balduzzi (legge n. 189/2012) e, successivamente della legge CP_3 (legge n. 24/2017), con la quale il legislatore ha ricondotto la responsabilità dell'operatore sanitario

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

dipendente in una struttura ospedaliera all'alveo di quella extracontrattuale. Sul punto, l'art. 7 comma 3 della Legge Gelli Bianco, entrata in vigore in data 1° aprile 2017 e quindi applicabile nel caso di specie, prevede espressamente che "*l'esercente la professione sanitaria…risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente*".

Ne deriva che la responsabilità della struttura sanitaria ha continuato ad essere di natura contrattuale *ex* art. 1218 c.c., mentre quella del medico dev'essere oggi ricondotta, per gli illeciti verificatisi dopo l'entrata in vigore della legge *CP_3*, alla responsabilità da fatto illecito *ex* art. 2043 c.c.

La qualificazione dei titoli di responsabilità comporta, conseguentemente, diverse ricadute in punto di onere probatorio.

Infatti, per quanto riguarda la responsabilità dell'azienda ospedaliera, a fronte dell'inadempimento dedotto da parte attrice quale causa del danno di cui chiede il risarcimento, è onere della struttura sanitaria convenuta provare di aver esattamente adempiuto alle proprie prestazioni o che il danno lamentato da controparte non gli è imputabile (cfr. Cass. sez. un. 577/2008: "*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"*). Al contrario, affinché sussista una responsabilità del medico, è necessario che il danneggiato dimostri la sussistenza degli elementi costitutivi dell'art. 2043 c.c., vale a dire la condotta umana, attiva od omissiva, il nesso causale tra condotta ed evento lesivo di danno, connotato quest'ultimo dall'ingiustizia, la lesione, non giustificata, di interessi meritevoli di tutela e il danno-evento.

Ebbene, calando tali principi nel caso di specie, è necessario valutare innanzitutto se i postumi lamentati dal ricorrente siano in nesso di causa con un eventuale inadempimento della struttura sanitaria e del medico e, conseguentemente, verificare se sussista una responsabilità dell' *[...]* *Controparte_1* *ex* art. 1218 c.c. e del dottor *Parte_2* *ex* art. 2043 c.c.

Ai fini della ricostruzione della vicenda clinica di *Parte_1*, dell'accertamento dei postumi permanenti da lui riportati e della sussistenza del nesso di causalità tra essi e l'inadempimento della struttura sanitaria e/o del medico, dev'essere posta a fondamento della presente decisione la consulenza medico legale effettuata sulla persona del ricorrente nel corso dell'accertamento tecnico preventivo iscritto *sub* r.g. 2103/2019, con incarico conferito al collegio peritale composto dai dottori *Persona_1* e *Persona_2* Le risultanze della ctu si

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

reputano, infatti, pienamente condivisibili in quanto si basano su un'attenta valutazione della documentazione clinica prodotta, dell'esame obiettivo del paziente e sono supportate da argomentazioni di indubbio valore medico-scientifico.

Ebbene, dalla consulenza tecnica si evince:

- che *Parte_1*, affetto da anni da lombosciatalgia, è stato sottoposto ad intervento di discectomia nel 2013 presso [redacted] di Napoli e, in data 1.12.2017, a causa di una recidiva, è stato sottoposto ad un nuovo intervento di "*emilaminectomia L4 sinistra, foraminotomia L4-L5 omolaterale, completamento della microdiscectomia L4-L5*" presso l'Azienda [redacted] di Potenza;
- che, a causa di una sintomatologia dolorosa persistente e farmaco resistente, in data 11.5.2018, il ricorrente è stato sottoposto "*presso il medesimo reparto a nuovo intervento neurochirurgico con evidenza, a livello del sito chirurgico, di materiale simil-infiammatorio di consistenza molle ad aspetto lardaceo*" ed è stato successivamente dimesso con diagnosi di "*sospetta spondilodiscite L4-L5*", con conseguente necessità di terapie antibiotiche e visite infettivologiche;
- che la spondilodiscite è, infatti, una "*condizione infiammatoria post-infettiva che produce il deterioramento delle vertebre e dei dischi intersomatici interessati e può esitare in deficit neurologici, di tipo motorio e/o sensitivo, anche gravi*";
- che la predetta infezione può trovare la sua causa nella contaminazione della sala operatoria (per scarsa igiene o mancato rispetto delle regole di asepsi), nella contaminazione "*successiva a discografie, a radicolografie o a semplici punture lombari*", nella tecnica operatoria, nonché "*nella necrosi causata dalla chemopapaina, enzima utilizzato per la nucleolisi*";
- che, alla luce del quadro clinico, *Parte_1*, paziente già affetto da altre patologie (diabete mellito, epatopatia HBv e Hcv relata, cardiopatia ischemica), secondo il criterio del "*più probabile che non*", ha contratto la spondilodiscite a seguito dell'intervento chirurgico effettuato in data 1.12.2107 (cfr. per tutto consulenza medico legale).

Ebbene, alla luce delle risultanze della consulenza medico legale, si reputa provata l'origine nosocomiale della spondilodiscite. Con adeguata motivazione scientifica i consulenti tecnici hanno chiaramente illustrato i motivi per cui hanno ritenuto "*più probabile che non*" che la predetta infezione sia di natura nosocomiale e quindi riconducibile all'intervento chirurgico dell'1.12.2017 a cui è stato sottoposto il ricorrente, trovando essa la principale causa di insorgenza nella contaminazione ambientale e degli strumenti operatori. Del resto, anche la ricostruzione della vicenda clinica stessa corrobora le risultanze a cui sono giunti i consulenti d'ufficio: *Parte_1*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

[redacted] ha iniziato a manifestare un dolore nella zona lombare proprio a seguito dell'intervento dell'1.12.2017. La predetta sintomatologia algica ha continuato a persistere nel tempo, sì che, a distanza di quasi un anno, il ricorrente si è dovuto sottoporre ad un nuovo intervento chirurgico che ha evidenziato la presenza di materiale infiammatorio proprio in presenza del sito operatorio dell'1.12.2017, rivelatosi appunto conseguenza di una spondilodiscite, infezione, come verificato dai consulenti, di origine nosocomiale.

Orbene, nel caso di specie, si reputa che il ricorrente abbia assolto il proprio onere probatorio, essendo dimostrato, in base alle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, che la spondilodiscite è stata contratta in ambiente ospedaliero e il nesso di causalità tra la condotta del debitore e l'insorgenza di nuove patologie, anche a mezzo di presunzioni. Ne consegue che, alla luce dei principi sopra esposti in materia di onere della prova, spetta al debitore dimostrare l'insussistenza dell'inadempimento o che esso derivi da impossibilità della prestazione a lui non imputabile e quindi da una causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176 comma 2 cod. civ.

Ebbene, si osserva che l'azienda ospedaliera nulla ha dimostrato. Sul punto giova precisare che la giurisprudenza di legittimità, proprio con riferimento ad un'infezione nosocomiale, ha precisato che "*in tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione cd. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato*" (cfr. Cass. civ. n. 5490/2023).

Nel caso di specie, l' *Controparte_1* , non essendosi costituita nel presente giudizio, non ha dimostrato né che l'assenza di un inadempimento, né che l'evento lesivo sia stato determinato da una condizione patologica preesistente del malato, non accertabile con il criterio dell'ordinaria diligenza professionale, né tanto meno che l'evento sia stato imprevedibile ed inevitabile. In ogni caso, si osserva che l'infezione nosocomiale non può essere considerata un evento imprevedibile e che, nel caso di specie, la condizione di fragilità del paziente (affetto da altre patologie) avrebbe dovuto portare la struttura sanitaria a prestare la massima attenzione alla prevenzione di ulteriori infezioni e alla sterilità dell'ambiente. A tale conclusione sono pervenuti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

anche i consulenti tecnici d'ufficio, i quali, pur chiarendo che "*i trattamenti chirurgici sono stati effettuati con corretta indicazione e con l'osservanza delle linee guida di riferimento"*, hanno precisato che "*il rischio di possibili complicanze infettive post chirurgiche, pur con il rispetto di tutte le norme di profilassi può comunque palesarsi in una condizione di meiopragia secondaria alle comorbidità presenti (diabete mellito, epatopatia HBv e Hcv relata, cardiopatia ischemica)"* (cfr. consulenza tecnica pag. 24). È evidente dunque che, in considerazione della situazione di comorbidità, la struttura ospedaliera avrebbe dovuto adottare cautele adeguate alla situazione clinica del paziente.

Per tutto quanto sinora esposto, si reputa sussistente una responsabilità *ex* art. 1218 c.c. dell' *Controparte_1* , per inesatto adempimento delle prestazioni necessarie ad evitare l'infezione nosocomiale, sì che essa dev'essere condannata al risarcimento dei danni patiti da *Parte_1* .

Al contrario, dev'essere respinta la domanda formulata nei confronti del dottor *Parte_2* . Come sopra esposto, la responsabilità del medico dev'essere correttamente ricondotta all'alveo dell'art. 2043 c.c., così come previsto dall'art. 7 comma 3 della legge Gelli Bianco. Ebbene, in proposito, si osserva innanzitutto che la parte ricorrente si è limitata a dedurre genericamente profili di imprudenza, imperizia e negligenza degli operatori sanitari, senza indicare, in maniera precisa e puntuale i profili di colpa imputabili al medico. In proposito, si osserva che dalla consulenza tecnica d'ufficio, non è emerso alcun profilo di colpa ascrivibile a *Parte_2* .

I consulenti hanno infatti illustrato che, in presenza di un'ernia del disco lombare con radicolopatia, secondo le linee guida, è possibile effettuare sia trattamenti di natura conservativa (utilizzo di farmaci antiinfiammatori e antidolorifici, trattamenti fisioterapici) sia interventi chirurgici; questi ultimi sono indicati solo laddove vi sia " ▪ *fallimento di terapia conservativa prolungata per almeno quattro settimane;* ▪ *sintomi sensitivi nel dermatomero di pertinenza;* ▪ *segni obiettivi di coinvolgimento sensitivo o motorio o dei riflessi nel dermatomero di pertinenza o EMG positiva;* ▪ *reperto di imaging positivo per ernia del disco a livello della radice nervosa corrispondente al quadro clinico*". Nel caso di specie, i consulenti hanno dunque reputato corretta e corrispondente a quanto indicato nelle linee guida, la scelta dei sanitari di sottoporre *Parte_1* ad intervento chirurgico (cfr. consulenza tecnica pag. 15: "*nel caso in esame e corretta l'indicazione chirurgica elettiva per la concordanza dei criteri identificati nelle linee1-2 guida del "Washington State Department of Labour and Industries"*). Quanto alle tecniche di intervento, i consulenti hanno specificato che "*Il trattamento chirurgico di elezione è rappresentato dalla decompressione diretta della radice tramite asportazione dell'ernia (discectomia), distinta in standard (conincisione e visualizzazione diretta dell'ernia) e microdiscectomia (con l'ausilio di microscopio operatorio ed*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

accesso con incisione cutanea di dimensioni)", non ravvisando, nel caso di specie, alcun errore né nella scelta della tecnica chirurgica, né nelle modalità con cui essa è stata messa in atto (cfr. consulenza medico legale).

Pertanto, tenuto conto che la parte ricorrente nulla ha dedotto in merito a specifici profili di colpa *ex* art. 2043 c.c. ascrivibili al dottor. *Parte_2* , né, in ogni caso, dalla consulenza tecnica sono emersi comportamenti imprudenti, negligenti, connotati da imperizia o in violazione delle linee guida imputabili all'operatore sanitario convenuto in giudizio, la domanda nei suoi confronti non può che essere respinta.

Ne consegue che la sola *Controparte_1* dev'essere condannata *ex* art. 1218 c.c. al risarcimento dei danni patiti da *Parte_1* , che di seguito si provvede a liquidare.

Per ciò che attiene alla liquidazione del danno alla persona connesso alle lesioni, va, preliminarmente, tenuto presente l'indirizzo assunto negli ultimi anni dalla Corte di Cassazione enunciabile, in sintesi, mediante il richiamo alla pronuncia della stessa Suprema Corte (v. ord. n. 7513/2018, Cass. Civ. sent. n. 25164/2020), che ha riassunto con estrema chiarezza l'approdo giurisprudenziale al quale è pervenuta la giurisprudenza di legittimità mediante il travagliato iter susseguito alle sentenze emesse a Sezioni Unite nell'anno 2008 (Cass. SS.UU. novembre 2008 nn. 26972-26973-26974-26975).

Secondo i principi enunciati, integralmente condivisi dalla scrivente Giudice "*1) l'ordinamento prevede e disciplina soltanto due categorie di danni: quello patrimoniale e quello non patrimoniale. 2) Il danno non patrimoniale (come quello patrimoniale) costituisce una categoria giuridicamente (anche se non unitaria. 3) "Categoria unitaria" vuol dire che qualsiasi pregiudizio non patrimoniale sarà soggetto alle medesime regole e ad i medesimi criteri risarcitori (artt. 1223, 1226, 2056, 2059 c.c.). 4) Nella liquidazione del danno non patrimoniale il giudice deve, da un lato, prendere in esame tutte le conseguenze dannose dell'illecito; e dall'altro evitare di attribuire nomi diversi a pregiudizi identici. 5) In sede istruttoria, il giudice deve procedere ad un articolato e approfondito accertamento, in concreto e non in astratto, dell'effettiva sussistenza dei pregiudizi affermati (o negati) dalle parti, all'uopo dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, opportunamente accertando in special modo se, come e quanto sia mutata la condizione della vittima rispetto alla vita condotta prima del fatto illecito; utilizzando anche, ma senza rifugiarvisi aprioristicamente, il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, e senza procedere ad alcun automatismo risarcitorio. 6) In presenza d'un danno permanente alla salute, costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione d'una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e l'attribuzione d'una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

di cui è già espressione il grado percentuale di invalidità permanente (quali i pregiudizi alle attività quotidiane, personali e relazionali, indefettibilmente dipendenti dalla perdita anatomica o funzionale: ovvero il danno dinamico-relazionale). 7) In presenza d'un danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dagli organi giudiziari di merito (oggi secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata solo in presenza di conseguenze dannose de/tutto anomale ed affatto peculiari. Le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'id quod plerumque accidit (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento. 8) In presenza d'un danno alla salute, non costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione d'una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e d'una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi che non hanno fondamento medico-legale, perché non aventi base organica ed estranei alla determinazione medico-legale del grado percentuale di invalidità permanente, rappresentati dalla sofferenza interiore (quali, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione). 9) Ove sia correttamente dedotta ed adeguatamente provata l'esistenza d'uno di tali pregiudizi non aventi base medico-legale, essi dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione (come è confermato, oggi, dal testo degli artt. 138 e 139 cod. ass., così come modificati nella parte in cui, sotto l'unitaria definizione di "danno non patrimoniale", distinguono il danno dinamico relazionale causato dalle lesioni da quello "morale")".

Sulla scorta di tali enunciazioni di principio, per quanto riguarda la liquidazione del danno non patrimoniale, questo giudice ritiene di dover orientare la liquidazione equitativa in base ai criteri adottati dal Tribunale di Milano con le tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da lesione alla integrità psico - fisica aggiornate al tempo della decisione (edizione 2024), riconosciute dalla Suprema Corte di Cassazione, in alcune recenti decisioni, quale parametro per la liquidazione equitativa del danno non patrimoniale su tutto il territorio nazionale (es. Cass. 7/6/2011 n. 12408).

Nel caso di specie, occorre fare riferimento alle conclusioni della esperita consulenza tecnica medico-legale depositata dai dottori *Per_1* e *Per_2* che, come già sopra esposto, vanno integralmente condivise per congruità e logicità. I consulenti hanno riscontrato che *Parte_1* *[...]* è affetto da " *Spondilodiscoartrosi lombare con radicoloneuropatia L4-L5 a patogenesi multifattoriale, in esiti di decompressione erniaria recidivante in paziente sottoposto a ripetuti interventi neurochirurgici, complicati da spondilodiscite post infettiva",* precisando che attualmente il ricorrente "*è in attuali discrete condizioni, in ordine alle comorbidità presenti e con esiti di danno flogistico delle radici L4 ed L5, impegno funzionale del rachide lombare con forte limitazione alla*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

flessione ed estensione, deambulazione possibile con appoggio e utilizzo di molla di Codivilla"(cfr. consulenza medico-legale pagg. 22 e 23).

I dottori *Per_1* e *Per_2* hanno dunque stimato:

- un periodo di inabilità temporanea assoluta di 60 giorni, parziale al 75% di 60 giorni, al 50% di giorni 30 e al 25% di ulteriori 30 giorni;
- che sono residuati postumi permanenti "*complessivi del 20%, come danno alla salute, con danno differenziale inteso pari al 10% (10 percento) relativo al intervenuta spondilodiscite infiammatoria post-infettiva*" (cfr. consulenza medico legale).

I consulenti tecnici d'ufficio hanno dunque stimato postumi complessivi del 20% di cui solo il 10% in nesso di causalità con l'infezione nosocomiale contratta da *Parte_1*.

Ebbene, in proposito la giurisprudenza consolidata ha affermato che nel caso in cui un soggetto sia già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, qualora un evento successivo ne determini un'ulteriore compromissione, ai fini della liquidazione del danno deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante alla quale va sottratta la percentuale di invalidità non riconducibile al successivo evento lesivo verificatosi (cfr. Cass. civ. ord. n. 17006/2025).

Con riferimento al calcolo del cd. danno differenziale, la Corte di Cassazione ha recentemente chiarito che la liquidazione del danno biologico iatrogeno differenziale "*rilevante qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una causa naturale e di una condotta umana, ovvero quando una menomazione preesistente aggravi i postumi della causa iatrogena o, incidendo negativamente su questi, aggravi la situazione del soggetto leso - va effettuata, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., sottraendo, in termini di range risarcibile, dalla percentuale complessiva del danno interamente ascritta all'agente sul piano della causalità materiale, la percentuale di danno non imputabile all'errore medico*" (cfr. da ultimo Cass. civ. n. 4680/2025 e *ex multis* Cass. civ. 26851 del 2023: "*la liquidazione del danno cd. differenziale deve essere effettuata sulla base dei criteri propri della causalità giuridica, e cioè con riferimento alla percentuale complessiva del danno (nella specie, l'85%), interamente ascritta all'agente sul piano della causalità materiale, da cui sottrarre quella, non imputabile all'errore medico, del 35%, il cui risultato (50%) postula una liquidazione "per sottrazione", tra il primo e il secondo valore numerico (85%-35%)"*).

Si reputa quindi che la liquidazione del danno possa essere operata sottraendo dal 20% dei postumi complessivamente riportati da *Parte_1* il 10% riferibile ai postumi in assenza di infezione post operatoria e quindi determinare il danno differenziale tra il 10% dei postumi riferibili all'infezione nosocomiale, così come stimato dai ctu.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

Alla luce di quanto finora espresso, delle conclusioni della relazione tecnica depositata, avuto riguardo al caso concreto, tenuto conto delle lesioni, della durata dell'invalidità temporanea, dell'età della persona al momento della stabilizzazione dei postumi permanenti (65 anni) e dell'entità di questi ultimi, il danno non patrimoniale va liquidato in euro 48.082,00 (pari alla differenza tra euro 70.465,00 e euro 22.383,00, valori riferibili rispettivamente a persona di 65 anni con postumi del 20% e del 10%). Dev'essere liquidato altresì l'importo di euro 14.662,50 per inabilità temporanea (presa a parametro la somma giornaliera di euro 115,00 tenuto conto delle allegazioni della parte in punto di sofferenza e di quando stimato dal CTU).

Il danno non patrimoniale complessivo è dunque pari ad euro 62.744,50.

Parte_1 ha chiesto altresì il riconoscimento di una personalizzazione del danno non patrimoniale tenuto conto che le lesioni subite gli hanno precluso lo svolgimento di una vita *"normale*" (cfr. ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c.).

Con particolare riferimento alla "personalizzazione" del danno non patrimoniale deve richiamarsi l'orientamento della Suprema Corte, secondo cui "*il grado di invalidità permanente espresso da un barème medico legale esprime la misura in cui il pregiudizio alla salute incide su tutti gli aspetti della vita quotidiana della vittima. Pertanto, una volta liquidato il danno biologico convertendo in denaro il grado di invalidità permanente, una liquidazione separato del danno estetico, alla vita di relazione, alla vita sessuale, è possibile soltanto in presenza di circostanza specifiche ed eccezionali, le quali rendano il danno concreto più grave, sotto gli aspetti indicati, rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età. Tali circostanze debbono essere tempestivamente allegate dal danneggiato, ed analiticamente indicate nella motivazione, senza rifugiarsi in formule di stile o stereotipe del tipo 'tenuto conto della gravità delle lesioni"* (Cass. 23778/2014, Cass. 28988/2019; Cass. 7513/2018).

Nel caso di specie, *Parte_1* si è infatti limitato ad allegare la sussistenza in maniera del tutto generica una sofferenza per i postumi riportati a seguito del sinistro e di conseguenza l'impossibilità di "*condurre una vita "normale*", senza tuttavia dedurre o documentare la sussistenza di circostanze particolari in termini di conseguenze dinamico relazionali o peculiare patimento, tali da giustificare un aumento personalizzato di quanto già liquidato a titolo di danno biologico. Nessuna somma può quindi essere riconosciuta a titolo di personalizzazione del danno.

Ne deriva quindi che il danno non patrimoniale complessivo è pari ad euro 62.744,50 (somma liquidata nel rispetto del principio della domanda ex art. 112 c.p.c., tenuto conto della natura unitaria del danno non patrimoniale, che comprende sia il danno biologico che l'eventuale personalizzazione).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

Devono essere altresì riconosciuti, anche in assenza di specifica domanda, gli interessi compensativi (cfr. *ex multis* Cass.civ.39376/2021: "*gli interessi compensativi sono dovuti dal debitore in caso di credito al risarcimento del danno extracontrattuale sulle somme liquidate a tale titolo…. senza che occorra alcuna specifica richiesta della parte interessata, comprendendo la domanda della parte creditrice relativa al capitale anche quella per gli interessi*").

Pertanto, alla somma sopra determinata devono essere quindi aggiunti gli interessi compensativi del danno derivante dal mancato godimento tempestivo dell'equivalente pecuniario del bene perduto. Gli interessi compensativi, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite (Cass. civ., SS.UU., n. 1712 del 17.2.1995), decorrono dalla produzione dell'evento di danno sino al tempo della liquidazione e si calcolano non sulla somma già rivalutata ma, di anno in anno, sulle somme iniziali, ossia devalutate alla data del fatto illecito (in specie 1.12.2017), a mano a mano incrementate nominalmente secondo la variazione dell'indice Istat. Pertanto, recependo i principi di cui alla sentenza n. 1712 del 17 febbraio 1995 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, appare congruo adottare, anche in applicazione del principio equitativo ex artt. 1226 e 2056 c.c., la progressiva rivalutazione, di anno in anno, secondo gli indici I.S.T.A.T. dalla data dell'evento dannoso (1.12.2017) sull'importo devalutato a tale data e sino alla presente sentenza; sull'importo i come determinato all'attualità, inoltre, sono dovuti gli ulteriori interessi legali, ex artt. 1282 e 1284 comma 1 c.c., dalla presente pronuncia e fino al saldo effettivo.

Le spese di lite seguono il criterio della soccombenza *ex* art. 91 c.p.c., sì che, tenuto conto dell'accertamento della responsabilità esclusiva dell' *Controparte_1* e dell'accoglimento della domanda formulata dal ricorrente nei suoi confronti, la convenuta dev'essere condannata a rifondere le spese di lite del presente giudizio e dell'accertamento tecnico preventivo a favore del ricorrente.

La liquidazione delle spese avviene direttamente in dispositivo, in applicazione dei parametri indicati dall'art. 4 D.M. n. 55/2014 per le spese dell'accertamento tecnico preventivo iscritto *sub* r.g. 2103/2019, tenuto conto del valore della controversia (calcolato sull'importo riconoscibile all'esito del giudizio di atp *ex* art. 5 del D.M.), delle questioni trattate, nonché dell'attività difensiva concretamente svolta (fasi di studio, introduttiva e istruttoria, secondo i valori medi); per la liquidazione delle spese del presente giudizio trovano applicazione i parametri del D.M. 55/2014, come successivamente modificato dal D.M. 147/2022, tenuto conto del valore dell'accolto e con riconoscimento dei valori medi per la fase di studio e introduttiva e valori medi ridotti della metà per la fase decisoria. Nessuna spesa per il CTP può essere riconosciuta, in assenza della produzione del relativo giustificativo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852

Va operata la distrazione nei confronti dei difensori delle sole spese liquidate per il procedimento di istruzione preventiva, atteso che la distrazione ex art. 93 c.p.c. è stata espressamente richiesta con esclusivo riferimento a detto procedimento e non anche alla presente vertenza.

Devono invece essere dichiarate irripetibili le spese di lite nei confronti di *Parte_2* sia del giudizio di accertamento tecnico preventivo che del presente giudizio, tenuto conto che la domanda nei suoi confronti è stata respinta e che egli non ha provveduto a costituirsi in giudizio.

Le spese di c.t.u. del procedimento di accertamento tecnico preventivo iscritto *sub* r.g. n. 2103/2019, come liquidate nel giudizio di istruzione preventiva, devono essere definitivamente poste a carico dell' *Controparte_1* .

P.Q.M.

Il Tribunale di Potenza, definitivamente pronunciando, ogni contraria domanda ed eccezione disattesa o assorbita, così provvede:

1. accerta la responsabilità *ex* art. 1218 c.c. dell' *Controparte_1* nella causazione dei danni per cui è causa occorsi a *Parte_1* e condanna l' *Controparte_1* a risarcire al ricorrente *Parte_1* i danni da quest'ultimo patiti, che si liquidano in euro 62.744,50, oltre interessi e rivalutazione come indicato in parte motiva;
2. rigetta tutte le domande formulate nel presente giudizio nei confronti di *Parte_2* ;
3. condanna l' *Controparte_1* a rifondere al ricorrente *Parte_1* *[...]* le spese del procedimento di istruzione preventiva, iscritto *sub* r.g. 2103/2019, che si liquidano in euro 286,00 per le spese ed in euro 3.645,00 per compensi, oltre al rimborso forfettario spese generali nella misura del 15% sull'indicato compenso, oltre ad I.V.A e C.P.A, da distrarsi in favore dei procuratori dichiaratisi antistatari;
4. condanna l' *Controparte_1* a rifondere al ricorrente *Parte_1* *[...]* le spese di lite del presente procedimento, che si liquidano in euro 406,50 per spese ed in euro 6.307,00 per compensi, oltre al rimborso forfettario spese generali nella misura del 15% sull'indicato compenso, oltre ad I.V.A e C.P.A.;
5. dichiara irripetibili le spese di lite nei confronti di *Parte_2* ;
6. pone definitivamente a carico dell' *Controparte_1* le spese di c.t.u. come liquidate della procedura di accertamento tecnico preventivo iscritto *sub* r.g. n. 2103/2019.

In data 2.1.2026

Il Giudice

Lucia Francesca Iori

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-852