



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI RAVENNA

in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott. Massimo Vicini, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. **947/2024** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1* , con il patrocinio dell'avv.
 [redacted] [redacted] elettivamente domiciliato presso l'indirizzo digitale del
 predetto difensore *Email_1*

RICORRENTE

contro

Controparte_1 C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv.
 [redacted] [redacted] e dell'avv. [redacted] [redacted] elettivamente domiciliata
 presso l'indirizzo digitale dei predetti difensori *Email_2* e
 Email_3

RESISTENTE

CONCLUSIONI

Le Parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale di udienza di precisazione delle conclusioni.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Il presente giudizio ha ad oggetto l'azione di merito finalizzata ad accertare e dichiarare – anche alla luce delle risultanze emergenti dalla CTU espletata nel prodromico

procedimento *ex art. 696-bis c.p.c.* (R.G. 564/2023) – la responsabilità civile di [...]

Controparte_1 per le condotte colpose asseritamente poste in essere ai danni del sig. *Parte_1* in relazione ad un'infezione nosocomiale del sito chirurgico insorta in occasione di un intervento eseguito il 31/10/2018, con conseguente condanna al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, dallo stesso subiti, quantificati nella complessiva somma di Euro 243.816,89, oltre interessi moratori dal dovuto al saldo.

In base alle prospettazioni del ricorrente desumibili dagli atti e documenti di causa, il sig. *Parte_1* in data 29/10/2018 veniva ricoverato presso la clinica [...]

Controparte_1 con la diagnosi di “*grave paraparesi in stenosi L4-L5 ed L5-S1*” per essere sottoposto, il successivo 31/10/2018, ad intervento di artrodesi lombare, in occasione del quale contraeva una spondilodiscite L3-L4 di origine nosocomiale del sito chirurgico, che comportava la necessità di un successivo intervento revisionale in data 24/12/2018, ulteriori esami ed accertamenti diagnostici, l'estesa assunzione di terapie farmacologiche e, in generale, il prolungamento dell'*iter* clinico del paziente rispetto alla normale decorrenza connessa alla tipologia di intervento praticato. All'esito del suddetto percorso clinico l'odierno ricorrente riportava difficoltà di equilibrio, deambulazione claudicante (si muove all'esterno solo con l'ausilio di un girello) e necessità di assistenza giornaliera almeno pari a 2-3 ore, riscontrando un peggioramento della propria condizione di salute, psicologica e relazionale rispetto alla data dell'intervento.

Si costituiva in giudizio *Controparte_1* contestando le deduzioni del ricorrente in merito all'*an* e al *quantum* della pretesa risarcitoria azionata in causa eccependo: *i)* la necessità ed urgenza dell'intervento eseguito in data 31/10/2018 “*in ragione di un accertato quadro clinico di lombalgia cronica ed ingravescente, con compromissione della capacità deambulatoria*”; *ii)* la corretta esecuzione, da parte dei sanitari, dell'atto chirurgico anche in relazione alla successiva assistenza *post* operatoria, caratterizzata dalla somministrazione di un'adeguata

profilassi antibiotica e da un regolare decorso; *iii*) la prestazione, da parte del paziente, di un “*valido e consapevole consenso all’intervento contestato*” dopo aver ricevuto adeguate ed esaustive informazioni in cui il rischio infettivo – anche alla luce del quadro clinico che il sig. Parte_1 presentava al momento del ricovero – risultava indicato non solo “*tra i rischi generici, ma anche da una nota integrativa specifica*”; *iv*) l’assenza di responsabilità della struttura sanitaria, e comunque il difetto di prova del nesso causale tra l’asserita errata condotta della struttura sanitaria e il danno lamentato dall’attore; *v*) la dimostrazione della corretta applicazione di tutte le misure preventive atte ad evitare il rischio infettivo; *vi*) l’infondatezza della richiesta di liquidazione della sofferenza soggettiva e della personalizzazione del danno.

La resistente concludeva quindi per l’integrale rigetto di tutte le domande attoree.

Dopo aver sollecitato una possibile soluzione conciliativa della controversia le parti si scambiavano proposte di definizione bonaria, su cui tuttavia non raggiungevano alcun accordo a causa della notevole distanza delle rispettive posizioni. Disposta quindi l’acquisizione del fascicolo d’ufficio relativo al procedimento di istruzione preventiva (R.G. 564/2023), la causa veniva istruita solo su base documentale e, con ordinanza del 4/02/2026, veniva infine trattenuta in decisione ai sensi dell’art. 281-*sexies* c.p.c.

La domanda del ricorrente, supportata da adeguati riscontri probatori documentali, è fondata e merita accoglimento nei limiti di seguito indicati.

Nel merito e in via generale deve innanzitutto evidenziarsi che, nella fattispecie oggetto del presente giudizio, trova applicazione l’art. 7, comma 1, L. 8.03.2017 n. 24 (cd. Legge Gelli-Bianco), ai sensi del quale “*la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell’adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell’opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente ed ancorchè non dipendenti della struttura stessa, risponde ai sensi degli articoli 1218 e 1228 c.c. delle loro condotte dolose o colpose*”.

La predetta normativa ha ricondotto la responsabilità della struttura sanitaria all'inadempimento di un'obbligazione contrattuale, ponendosi in linea di continuità con il costante ed accreditato orientamento giurisprudenziale di legittimità e di merito in vigore anche in epoca antecedente alla sua entrata in vigore.

La riforma del 2017 pertanto, nel ridisegnare il sistema della responsabilità sanitaria e medica attraverso l'istituzione del cd. doppio binario, ha confermato la natura contrattuale della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria, con conseguente applicazione del relativo regime probatorio nei seguenti termini: spetta al paziente l'onere di dimostrare solo il titolo (ossia l'esistenza del rapporto generato dal semplice contatto con la struttura sanitaria), il danno e il nesso causale tra l'inadempimento e l'evento indesiderato, incombando invece sulla struttura sanitaria fornire la prova, con supporto scientifico e medico-legale, che nessuna negligenza, imprudenza o imperizia sia riferibile al suo operato (in via diretta o per effetto dell'attività degli esercenti la professione sanitaria del cui operato è chiamata comunque a rispondere), ovvero che l'inadempimento o il ritardo nell'adempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile.

Sul punto si richiama il consolidato principio di diritto secondo il quale *“in tema di responsabilità professionale del medico, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale dell'ente ospedaliero e/o del medico per inesatto adempimento della prestazione sanitaria, è a carico del danneggiato SOLO la prova del contratto (o del contatto) e la prova dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico di questi ultimi la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile”* (Trib. Bologna, sez. III, 20.01.21; Tribunale di Milano, sez. I, 13.01.21; Tribunale di Ravenna, 12.01.21; Corte d'Appello Genova, sez. II, 21.10.20 nonché Cass. Civ., sez. III, 11.11.2019 n. 28991).

Ciò anche nell'ipotesi in cui il paziente agisca in giudizio nei confronti della struttura sanitaria ai sensi dell'art. 1228 c.c. lamentando – come nella fattispecie – l'insorgenza di un'infezione nosocomiale del sito chirurgico.

L'odierno ricorrente ha pienamente assolto l'onere della prova sullo stesso gravante. Il sig. Parte_1 ha infatti dimostrato con il supporto di idonei riscontri documentali:

1) il titolo della responsabilità da inadempimento contrattuale della struttura sanitaria, rappresentato dal contatto qualificato (o contratto di ospedalità da cui derivano a carico della struttura sanitaria, oltre ad obblighi *lato sensu* alberghieri, anche doveri di messa a disposizione del personale medico e di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie) con Controparte_1. Il ricorrente ha fornito piena prova documentale del suddetto profilo mediante la produzione in giudizio delle cartelle cliniche e dei referti;

2) il danno subito dal paziente, rappresentato dall'aver contratto una grave infezione di origine nosocomiale (spondilodiscite L3-L4) in occasione del primo atto chirurgico eseguito in data 31/10/2018, da cui è derivata la necessità di un successivo intervento revisionale a distanza di appena due mesi, nonché di ulteriori esami ed accertamenti diagnostici e della prolungata assunzione di terapie farmacologiche, unitamente a marcato dolore, difficoltà di equilibrio e deambulazione e, più in generale, ad un prolungamento della malattia. Come evidenziato nella relazione peritale depositata all'esito del giudizio *ex art. 696-bis c.p.c.* (R.G. 564/2023) ed acquisita agli atti del presente procedimento, allo stato attuale – a condizioni sufficientemente stabilizzate – il danno anatomico-funzionale conseguenza immediata e diretta della modificazione peggiorativa determinata dall'infezione nosocomiale legata al non corretto funzionamento dell'attività posta in essere dalla struttura sanitaria, ossia il danno ulteriore all'integrità psico-fisica del soggetto rispetto a quello che vi sarebbe comunque stato (cd. danno differenziale), è stato valutato dai CTU dott. Persona_1 e dott.

Persona_2

nella “misura del 10% della fascia dal 28% che ci sarebbe comunque stato all’attuale complessivo 38%”, oltre a 60 giorni di ITT, 60 giorni di ITP al 75% e 120 giorni di ITP al 50%;

3) il nesso di causalità tra il danno residuo in capo al ricorrente (rappresentato – come innanzi evidenziato – dall’aggravamento della patologia ovvero dall’insorgenza di una nuova malattia) e l’azione od omissione dei sanitari, positivamente accertato dai CTU nella relazione di consulenza medico-legale in atti sulla base dei criteri temporale, topografico e clinico, in cui si legge testualmente: *“dalla documentazione in atti non sembra delinearsi ... un malposizionamento delle viti transpeduncolari in L3-L4 nell’intervento del 31/10/2018 ... il quadro appare invece essere quello di una spondilodiscite infettiva classica seguita da cedimento vertebrale di L4, in un paziente affetto da numerose comorbilità e nel quale quindi il rischio di mancata tenuta del sistema di fusione è assai più probabile, la resistenza dell’osso minore e la reazione immunitaria ad una contaminazione batterica è inferiore e meno efficiente. Si è quindi purtroppo verificata un’infezione dei mezzi protesici ... l’andamento dapprima migliorativo, con iniziale abbandono della sedia a rotelle e il successivo rapido e progressivo peggioramento delle condizioni neurologiche sono congrui con l’andamento di un’infezione nosocomiale del sito chirurgico. Il caso è pertanto quello di una discite senza identificazione del germe patogeno, ma con chiare alterazioni dei parametri ematochimici ... Si sottolinea che la discite verificatasi nel caso in esame, riconducibile ad un’infezione contratta nel corso del primo intervento, è un evento prevedibile, prevenibile e solitamente evitabile utilizzando le comuni norme di asepsi ... E’ impossibile, in questa sede, stabilire il momento in cui si è concretamente verificata la contaminazione, cionondimeno, allo stato, appare molto probabile che qualcosa all’interno della struttura sanitaria non abbia funzionato a dovere”*.

Al contrario, nonostante i positivi riscontri documentali versati in atti, si ritiene che

Controparte_1

non abbia adeguatamente provato la specifica causa imprevedibile ed inevitabile dell’impossibilità dell’esatta esecuzione della

prestazione, intesa non 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 ed immediatamente riferibile al singolo paziente interessato, ossia allo specifico caso del sig. Parte_1 (Corte App. Palermo, Sez. II, sentenza n. 1671 del 28/09/2023 in senso conforme a Cass. Civ., Sez. III, Ord. 22/02/2023 n. 5490).

Sul punto si rileva che, come evidenziato dalla recente giurisprudenza, *“in tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché a fronte della prova presuntiva gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: 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 notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e delle 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. Civ., Sez. III, Ord. 13/06/2023 n. 16900).

Atteso che tra le obbligazioni gravanti sulla struttura sanitaria vi è pacificamente anche quella *“di garantire l'assoluta sterilità non soltanto dell'attrezzatura chirurgica ma*

anche dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo" (Cass. Civ., sez. III, Ordinanza n. 25/08/2020 n. 17696), si ritiene che la documentazione depositata da *Controparte_1* on sia idonea né a fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni in ambito ospedaliero, così come dettagliatamente indicate nella giurisprudenza innanzi citata (la resistente ha infatti omesso di depositare tutta la documentazione *ivi* menzionata), né a dimostrare con rigore l'effettiva applicazione concreta, allo specifico atto chirurgico del 31/10/2018, delle linee guida, dei protocolli interni e delle procedure di prevenzione delle infezioni e di sterilizzazione dei dispositivi medici impiegati predisposte in astratto dalla struttura sanitaria. Le risultanze documentali in atti (con date antecedenti o comunque incompatibili con il primo atto chirurgico), a cui potrà essere attribuito al più un mero valore organizzativo e programmatico, non consentono di ritenere adeguatamente accertato che i suddetti documenti prodotti dalla resistente siano stati effettivamente applicati nello specifico caso di specie del sig. *Parte_1* .

Ad avviso di questo giudicante detta carenza probatoria – già evidenziata anche in sede di accertamento tecnico preventivo (*"non appare documentato che nel caso specifico e non in via meramente generica la struttura abbia correttamente messo in atto tutte le cautele e procedure descritte dalle linee guida al fine di evitare l'insorgenza di infezioni"*) – non consente l'inclusione dell'evento di danno per cui è causa nel contesto del coefficiente di rischio da infezione comunque incompressibile e quindi inevitabile malgrado l'approntamento, da parte della resistente, di piani di *risk management* diretti a scongiurare il pericolo di infezioni nosocomiali.

In assenza di riscontri di segno contrario che *Controparte_1* on ha fornito, in conformità a quanto rilevato anche nella perizia acquisita agli atti del presente procedimento che questo giudicante reputa esaustiva, adeguatamente motivata e suffragata da adeguati riferimenti scientifici, deve ritenersi che il ricorrente, in occasione dell'intervento chirurgico del 31/10/2018, abbia contratto una *"spondilo-discite infettiva classica seguita da cedimento vertebrale di L4 in un paziente affetto da numerose*

comorbidità e nel quale quindi il rischio di mancata tenuta del sistema di fusione è assai più probabile, la resistenza dell'osso minore e la reazione immunitaria ad una contaminazione batterica è inferiore e meno efficiente. Si è quindi purtroppo verificata un'infezione dei mezzi protesici”.

Come sottolineato anche dai CTU dott. Persona_1 e dott. Persona_2 all'esito del procedimento di istruzione preventiva (R.G. 564/2023), del resto:

- *l'infezione del sito chirurgico rappresentava una “complicanza temuta di queste procedure ... che si verifica tra il 2 e il 20% dei casi ed è associato a vari fattori di rischio socio-demografici e chirurgici”, da cui il sig. Parte_1 risultava pacificamente affetto;*

- *“come evidenziato dagli esami ematochimici e per stessa ammissione dei Sanitari dell'Ospedale di XXXXXXXXXX il 23.12.2018 a meno di due mesi dal precedente intervento di stabilizzazione fu diagnosticata una discite conclamata con importante rarefazione ossea, soprattutto in L3-L4 con conseguente disancoraggio della strumentazione”;*

- *“l'andamento dapprima migliorativo, con iniziale abbandono della sedia a rotelle e il successivo rapido e progressivo peggioramento delle condizioni neurologiche sono congrui con l'andamento di una infezione nosocomiale del sito chirurgico. Il caso è pertanto quello di una discite senza identificazione del germe patogeno, ma con chiare alterazioni dei parametri ematochimici”;*

- *“la discite verificatasi nel caso in esame, riconducibile ad infezione contratta nel corso del primo intervento, è un evento prevedibile, prevenibile e solitamente evitabile utilizzando le comuni norme di asepsi”;*

- *“secondo la letteratura una corretta analisi del rischio biologico e l'adozione di appropriate procedure permettono di prevenire e controllare le infezioni correlate alle pratiche sanitarie e assistenziali (ICA) comprese le infezioni del sito chirurgico (SSI). Va ricordato che, praticamente, tutti gli studi epidemiologici condotti ... hanno evidenziato che la modalità più frequente con cui si trasmette un microrganismo ad un*

ricoverato è per contatto diretto, in primis attraverso le mani del personale di assistenza ... è impossibile in questa sede stabilire il momento in cui si è concretamente verificata la contaminazione cionondimeno, allo stato, appare molto probabile che qualcosa all'interno della struttura non abbia funzionato a dovere”.

I CTU hanno dunque concluso che “*nel corso dell'intervento di laminectomia L4 ed L5, artrectomia L4-L5 ed L5-S1 ... eseguito dal dott. Controparte_2 il giorno 31 ottobre 2018 nella U.O. di Neurochirurgia del ██████████ S.p.A.” di ██████████ il paziente Parte_1 riportò una spondilodiscite L3-L4 determinante frattura giunzionale e mobilizzazione delle viti craniali e della cage L4-L5, trattate mediante revisione chirurgica della stabilizzazione ed allungamento a T1 ed ileo e terapia antibiotica ad hoc.*”.

Questo giudicante, per le ragioni innanzi già esposte, non ravvisa alcuna valida ragione per discostarsi dalle suddette considerazioni medico-legali.

Ciò chiarito, alla luce degli elementi validamente acquisiti in causa e delle coordinate interpretative fornite dalla giurisprudenza di merito e di legittimità, si ritiene che nella fattispecie siano emersi chiari profili colposi ascrivibili al personale sanitario di [...]

Controparte_1 e riconducibili ad una mancata sterilità dell'ambiente operatorio nel corso dell'intervento chirurgico del 31/10/2018 da cui è scaturito il processo infettivo a carico del resistente che ha determinato, in suo danno, un prolungamento della malattia e la necessità di un allungamento della fusione.

Le risultanze emergenti dalla CTU consentono di ritenere che qualora i sanitari avessero adottato una condotta maggiormente diligente, prudente e perita in relazione alla sterilità della strumentazione, degli ambienti e dell'abbigliamento utilizzato, nonché in relazione a tutte le altre misure indicate dalla recente giurisprudenza di legittimità, secondo il criterio del più probabile che non, il ricorrente NON avrebbe contratto una spondilodiscite infettiva dei mezzi protesici nel corso del primo intervento del 31/10/2018, evitando il successivo iter clinico-chirurgico.

Accertata la sussistenza, nella fattispecie, di tutti i presupposti di legge per il riconoscimento, in capo a Controparte_1 della responsabilità da inadempimento contrattuale ex artt. 1218 e 1228 c.c. per l'evento di danno occorso al ricorrente, causalmente riferibile all'atto chirurgico del 31/10/2018 e all'infezione del relativo sito contratta dunque in ambito ospedaliero, in ordine alla quantificazione della pretesa risarcitoria del sig. Parte_1 i osserva quanto segue.

I CTU hanno riscontrato che, allo stato attuale e a condizioni sufficientemente stabilizzate, *“il periodo da inabilità temporanea ulteriore legata a colpa medica è indicabile in I.T.T. 60 (sessanta) giorni, I.T.P. 60 (sessanta) giorni al 75%, I.T.P. 120 (centoventi) giorni al 50%. Il danno biologico permanente differenziale è indicabile nel 10% (dieci per cento) della fascia dal 28% (ventotto%) che ci sarebbe comunque stato, all'attuale 38% (trentotto%)”*.

Atteso che il danno biologico differenziale riconosciuto in capo al ricorrente è stato stimato nella percentuale del 10%, in applicazione dell'art. 7, comma 4, L. 8.03.2017 n. 24 (cd. Legge Gelli-Bianco) la liquidazione dello stesso dovrà avvenire in base all'art. 138 del D. Lgs. 209/2005 riferito al danno biologico di non lieve entità (cd. lesioni macropermanenti), compreso tra 10 e 100 punti, oggi da quantificare applicando la Tabella Unica Nazionale introdotta dal D.P.R. 13/01/2025 n. 12, le cui disposizioni transitorie (art. 5, comma 1) prevedono tuttavia che le relative disposizioni *“si applicano ai sinistri verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore”*.

Considerato che l'evento di danno dedotto nel presente giudizio risale al 2018, per la quantificazione della pretesa risarcitoria continueranno a trovare applicazione le Tabelle di Milano aggiornate nell'Edizione 2024 che, com'è noto, sono omnicomprendenti di ogni componente di sofferenza soggettiva ordinariamente connessa all'entità della lesione subita, ritenute dalla consolidata giurisprudenza di legittimità il preferibile parametro di riferimento per la liquidazione del danno non patrimoniale, con esclusione della personalizzazione.

In relazione alla suddetta voce di danno si rileva che il ricorrente, al di là di generici riferimenti al “grave sconvolgimento psichico” subito, al “senso di impotenza e decadimento irreversibile”, alla “necessità di assistenza continua” e all’abbandono delle proprie frequentazioni, non ha allegato né provato con adeguati riscontri oggettivi e verificabili alcuna circostanza qualificabile come conseguenza menomativa eccezionale ed inusuale rispetto al tipo di lesione subita. Sul punto si richiamano i principi di diritto espressi dalla cd. “ordinanza decalogo” della Suprema Corte di Cassazione n. 7513 del 27.03.18, che, nel recepire l’orientamento giurisprudenziale già accreditato sul punto (cfr. *ex multis* Cass. 7.11.2014 n. 23778; Cass. 23.09.2013 n. 21716; Cass. 16.05.2013 n. 11950; Cass. 9.12.2010 n. 24864), ha confermato che “la lesione della salute risarcibile in null’altro consiste, su quel medesimo piano, che nella compromissione delle abilità della vittima nello svolgimento delle attività quotidiane tutte, nessuna esclusa: dal fare, all’essere, all’apparire”, evidenziando che “una lesione alla salute può avere le conseguenze dannose più diverse, ma tutte inquadrabili teoricamente in due gruppi: conseguenze necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare tipo di invalidità; conseguenze peculiari del caso concreto, che abbiano reso il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto ai casi consimili. Tanto le prime quanto le seconde conseguenze costituiscono un danno non patrimoniale: la liquidazione delle prime tuttavia presuppone la mera dimostrazione dell’esistenza dell’invalidità, la liquidazione delle seconde esige la prova concreta dell’effettivo (e maggior) pregiudizio sofferto”.

Anche le successive pronunce hanno evidenziato che:

- “in presenza di un danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento (prevista dalla stessa legge o dalle tabelle adottate dai giudici di merito), potrà essere aumentata solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale e peculiari (ovviamente da allegare e provare) mentre le conseguenze normali ed indefettibili secondo l’*id quod plerumque accidit* non consentono né giustificano nessuna personalizzazione in aumento ... ciò sull’evidente presupposto che la nozione, anche

medico-legale di danno biologico è già comprensiva, oltre che della lesione dell'integrità psicofisica in sé, anche dell'incidenza negativa che questa esplica sulle ordinarie attività intese come aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti" (Cass. Civ., sez. VI, 19.02.2019 n. 4878);

- "la personalizzazione del risarcimento del danno biologico deve essere giustificata da specifiche circostanze che rendono il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto ai casi consimili, superando le conseguenze ordinarie già previste e compensate dalle previsioni tabellari. La dimostrazione delle conseguenze peculiari deve essere provata concretamente" (Cass. Civ., Sez. III, Ord. 7/08/2025 n. 22781).

In assenza di prova contraria – non offerta dal ricorrente – deve ritenersi che gli esiti residuati in capo al sig. Parte_1 rappresentino conseguenze normali ed ordinarie della menomazione subita, che, in considerazione di ciò, non giustificano nessun incremento risarcitorio. La medesima conclusione è stata recepita anche nella relazione peritale in atti, in cui i CTU hanno evidenziato che *"i postumi permanenti ulteriori legati alla colpa della struttura sanitaria NON determinano un'apprezzabile incidenza negativa sull'attività svolta dalla parte ricorrente all'epoca dell'evento e neppure sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del soggetto"*.

Ciò chiarito, in applicazione delle Tabelle 2024 del Tribunale di Milano il danno non patrimoniale subito dal ricorrente a seguito dell'intervento di laminectomia L4-L5, artrectomia L5-S1 ed osteotomie sui due livelli eseguito in data 31/10/2018 presso la clinica Controparte_1 complicato da una spondilodiscite L3-L4 infettiva contratta in ambito ospedaliero, alla luce delle risultanze emergenti dalla CTU espletata nel procedimento di istruzione preventiva (R.G. 564/2023), a cui questo giudicante intende uniformarsi, deve essere così quantificato:

- Euro 92.358,00 quale danno biologico differenziale pari al 10% della fascia compresa tra il 28% e il 38%, già inclusivo dell'incremento per la sofferenza soggettiva integrante gli estremi del danno morale, pari ad Euro 34.124,00, che si ritiene provato alla luce

della documentazione clinica in atti. La predetta somma, prendendo come riferimento l'età del sig. Parte_1 al momento dell'intervento (76 anni), è stata ottenuta sottraendo agli importi derivanti dalla percentuale di danno biologico del 38%, pari ad Euro 212.502,00 – di cui Euro 141.668,00 quale “*punto danno biologico*” (A) ed Euro 70.834,00 quale “*incremento % per sofferenza*” (B) – gli importi derivanti dalla percentuale di danno biologico del 28%, pari ad Euro 120.144,00 – di cui Euro 83.434,00,00 quale “*punto danno biologico*” (A) ed Euro 36.710,00 quale “*incremento % per sofferenza*” (B);

- Euro 18.975,00 quale periodo di inabilità temporanea calcolato applicando il valore aggiornato di liquidazione *pro die* per il danno non patrimoniale da inabilità temporanea assoluta al 100% del bene salute, pari ad Euro 115,00, al periodo di giorni di inabilità temporanea assoluta (giorni 60), parziale al 75% (giorni 60) e parziale al 50% (giorni 120);

per un **TOTALE GENERALE di Euro 111.333,00**, oltre interessi sulla somma devalutata all'epoca del sinistro.

Unitamente alla predetta somma andrà riconosciuto in favore dell'attore l'importo di Euro 1.830,00 a titolo di rimborso delle spese mediche e/o di assistenza congrue e documentate, così come calcolate dai CTU sulla base della documentazione in atti.

Non si ritiene invece meritevole di accoglimento la richiesta di rimborso delle spese per assistenza domiciliare e dei costi dell'intervento chirurgico del 31/10/2018 per le seguenti ragioni:

- data l'età, le pregresse patologie da cui il ricorrente risultava già affetto e le condizioni di salute presenti al momento del ricovero (diagnosi di ingresso di “*grave paraparesi in stenosi L4-L5 e L5-S1*” ed anamnesi di “*ipertensione, diabete, dislipidemia, ipertrofia prostatica, aneurisma dell'aorta addominale e sottorenale di 4 cm parzialmente trombizzato, cataratta bilaterale*”), vi è fondato motivo di ritenere che il danno biologico accertato dai CTU nella misura del 28%, “*che ci sarebbe comunque stato*”

anche in assenza della complicità infettiva per cui è causa, avrebbe in ogni caso determinato la necessità di assistenza domiciliare in favore del ricorrente. La relativa spesa non può quindi ritenersi una conseguenza immediata e diretta dell'inadempimento imputabile alla struttura sanitaria resistente;

- l'intervento chirurgico del 31/10/2018, nel corso del quale il ricorrente ha contratto la spondilodiscite L4-L5, non può qualificarsi *"inutile"*, ma necessario alla luce delle condizioni di ingresso del paziente in reparto con un quadro clinico di dolore all'anca e compromissione della capacità deambulatoria tanto da dover ricorrere alla sedia a rotelle, ben descritte sia nella documentazione clinica depositata che nella relazione peritale in atti (al momento del ricovero *"fu obiettivata una grave paraparesi con impossibilità alla stazione eretta, necessità di doppio sostegno, ipotrofia muscolare diffusa ad entrambi gli arti inferiori, impossibilità a deambulare su punte e talloni, Lasegue a 70° bilateralmente, riflessi patellari ipovalidi ed achillei assenti bilateralmente, modesta ipoestesia e calza bilaterale"* – pagg. 39-40 CTU).

Le spese, liquidate come in dispositivo, seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Ravenna, definitivamente pronunciando, disattesa, rigettata o assorbita ogni diversa ed ulteriore domanda o eccezione, così decide:

1) accerta e dichiara la responsabilità contrattuale di Controparte_1
[...] in relazione ai danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dal sig. Pt_1
[...] a seguito dell'intervento di laminectomia L4-L5, artrectomia L5-S1 ed osteotomie sui due livelli eseguito in data 31/10/2018, complicato da una spondilodiscite L3-L4 infettiva contratta in ambito ospedaliero, e, per l'effetto, dichiara tenuta e condanna la resistente, per i titoli dedotti nella parte motiva, al pagamento in favore del sig. Parte_1 della complessiva somma di Euro 111.333,00, oltre interessi sulla somma devalutata all'epoca del sinistro, ed oltre ad Euro 1.830,00 a titolo di rimborso

delle spese mediche e/o di assistenza congrue e documentate, così come calcolate dai CTU sulla base della documentazione in atti;

2) condanna Controparte_1 al pagamento delle spese di lite in favore del ricorrente, che liquida in Euro 545,00 per anticipazioni ed Euro 8.000,00 per compensi della fase di merito, oltre rimborso spese generali forfettarie nella misura del 15%, CPA e IVA se dovuta, nonché in Euro 286,00 per anticipazioni ed Euro 3.200,00 per compensi del procedimento di istruzione preventiva *ex art. 696-bis c.p.c.* (R.G. 564/2023), oltre rimborso spese generali forfettarie nella misura del 15%, CPA e IVA se dovuta, con distrazione in favore del difensore del ricorrente avv. [REDACTED] ponendo in via definitiva interamente a carico della resistente i compensi dovuti ai CTU, così come liquidati con apposito decreto del Tribunale di Ravenna del 13/03/2024, e quelli dovuti ai CTP del ricorrente, pari a complessivi € 4.000,00, oltre IVA.

Ravenna, 3 giugno 2026

Il Giudice

Dott. Massimo Vicini

Sentenza redatta con la collaborazione della dott.ssa Mariagrazia Gabriele GOP, addetta all'UPP.