REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
CORTE D'APPELLO DI BOLOGNA
-II Sez. Civile-

Composto dai Sigg. Magistrati:
-dott. Giampiero M. FIORE Presidente rel.
-dott. Anna Maria ROSSI Consigliere
-dott. Bianca Maria GAUDIOSO Consigliere
ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di APPELLO iscritta a ruolo al n.2112/2019 R.G., trattenuta in decisione all'udienza del 3/4/23 e promossa

DA

rte_1 rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] ed elett.te dom.to in [redacted] presso lo studio del medesimo difensore.

Appellante

CONTRO

con l'Avv. [redacted] elett.te dom.to in [redacted] BOLOGNA presso lo studio dello stesso.

Appellata

AVVERSO

la sentenza n. 719/2019 emessa dal Tribunale di Bologna in data 21/03/2019.

Conclusioni delle parti: come dai rispettivi atti conclusionali.

MOTIVI

-In primo grado, *Controparte_1* conveniva in giudizio l' *Controparte_2* per chiedere l'accertamento della responsabilità medica dell' *Pt_1* nell'intervento chirurgico del 22 febbraio 2012 eseguito sulla medesima attrice, lamentando che nell'ambito del trattamento protesico del ginocchio destro, intervento di ordinaria esecuzione, a cui era stata sopposta, era residuata una infezione della protesi installata, con mobilizzazione successiva, di talchè all'esito del detto intervento era conseguito un risultato peggiorativo sulla salute dell'attrice che aveva determinato, oltre ad un lungo periodo di sofferenze, la necessità della rimozione della protesi totale e la ulteriore necessità del reimpianto protesico, residuando sulla medesima appellata anche postumi permanenti.
Il convenuto *Cont*, da parte sua, contestava totalmente la domanda, assumendo una condotta scrupolosa e diligente da parte di tutti i sanitari che avevano prestato assistenza medica alla *CP_1*, oltre ad evidenziare l'enorme fiducia che quest'ultima poneva nei confronti degli operatori ai quali si era rivolta ben 17 volte.

-Con l'impugnata sentenza, il Tribunale accoglieva la domanda attrice e, per l'effetto, condannava l' *Pt_1* convenuto al

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

risarcimento del danno in favore della Controparte_1 liquidato per quanto atteneva al danno non patrimoniale nella somma di euro 80.987,55 e, per quanto atteneva al danno patrimoniale di euro 5.226,63 oltre interessi per entrambe le somme come in dispositivo, unitamente al rimborso in favore dell'attrice delle spese di lite.

-Avverso tale decisione propone appello lo Cont per i seguenti motivi.

1) Con il primo motivo, lamenta l' Pt_1 carenza di motivazione in ordine all'istanza di rinnovazione della CTU.

La sentenza impugnata risulterebbe carente di motivazione in merito alle reiterate richieste avanzate dalla difesa dello Cont di rinnovazione, o quantomeno integrazione, della CTU ed in merito alla scelta del Giudice di prime cure di fondare totalmente la propria decisione sulle risultanze della stessa (doc. H) e cio', nonostante la dimostrazione, sia logica che scientifica, di come le conclusioni del Consulente Tecnico fossero errate, in quanto frutto di valutazioni espresse senza il necessario ausilio di uno specialista infettivologo.

Secondo l'appellante, il Ctu incaricato ha ignorato completamente la disamina degli stati patologici preesistenti e/o sopravvenuti della paziente, essendo cio' provato dal fatto che la documentazione medica esaminata parte dal ricovero della paziente allo [redacted] nel 2012, sottovalutando così la storia clinica pregressa, riportata nella parte narrativa dei motivi, e di conseguenza, il Giudice non ha fatto altro che pedissequamente trascrivere il ragionamento effettuato dal CTU senza tenere in debito conto le argomentazioni a confutazione sollevate dalla convenuta Cont .

2) Con il secondo motivo, ad integrazione del primo, lamenta l'appellante che la decisione è basata su riscontri probatori tratti dalla CTU assolutamente errati, ciò per difetto di istruttoria.

Insiste l' Pt_1 su grossolani errori metodologici nell'espletamento della consulenza, sin dalla scelta di affidare l'incarico esclusivamente ad uno specialista in medicina legale e delle assicurazioni, priva delle competenze infettivologiche, la quale, a sua volta, si è fatta affiancare da un ortopedico, anch'esso pero' privo delle conoscenze necessarie nell'ambito delle infezioni.

Evidenzia l'appellante che lo stesso CTU osserva che la mobilizzazione viene poi confermata nella descrizione dell'intervento chirurgico di revisione protesica eseguito in data ottobre 2014 presso la Controparte_3 senza avvedersi che tale evento avveniva ben due anni dopo l'intervento sicchè il CTU -ed il giudicante- doveva trarne la conseguenza che l'intervento di sostituzione protesica del ginocchio destro effettuato dai Sanitari dello [redacted] il 22.02.2012 e complicatosi a distanza di anni non puo' aver comportato un'infezione attribuibile a contaminazione peri o intra-operatoria, definita anche infezione post-operatoria precoce, poiché queste si

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

verificano entro un mese dall'intervento, mentre le infezioni *post* operatorie tardive sono dovute alla diffusione ematogena del patogeno da altre sedi di infezione.
Non si è data prova nel giudizio di primo grado che si sia potuta verificare un'infezione nosocomiale contestuale all'atto chirurgico mentre, secondo il motivo, era piu' ragionevole pensare che l'episodio infettivo fosse insorto in un secondo tempo, anche considerando alcuni piccoli interventi tramite infiltrazioni ai quali la CP_1 si era sottoposta successivamente all'intervento.

3) Con il terzo e quarto motivo, sempre sostanzialmente integrativi dei precedenti, ribadisce lo [redacted] la adeguatezza del trattamento sanitario adottato e mancanza dell'elemento soggettivo della colpa, risultando la assoluta correttezza del trattamento adottato dai sanitari.
L'addebito mosso dalla difesa attorea é la pretesa responsabilità per infezione nosocomiale, sebbene lo stesso medico di parte attrice chiarisca nella propria relazione che *"non esiste un'unica modalità di contagio né un'unica tipologia di ambienti a rischio"*, trattandosi in definitiva di una " complicanza settica" o, come lo definisce il CTU di un "evento avverso" che non può essere ricondotto in un caso e nell'altro alla responsabilità dei CP_4 .

4) Con il quinto motivo lamenta l'appellante, in via anche in questo caso ripetitiva di quanto argomentato in precedenza la nullità della CTU per mancata risposta al quesito medico legale, per aver il Ctu e, di conseguenza, il Giudice, completamente omesso di verificare e riportare in atti quelle che erano le pregresse patologie della paziente e l'incidenza delle condotte/stati patologici successivi all'intervento allo [redacted] sul cui punto il CTU e lo specialista sono rimasti silenti.

-5) Con il sesto motivo, censura lo [redacted] il rilievo che, nel caso che qui occupa, non v'era alcun obbligo giuridico per i Sanitari dello [redacted] di eseguire gli accertamenti preoperatori dell'urinocultura e del tampone faringeo posto che, le LINEE GUIDA non prevedono l'esecuzione di detti esami preoperatori, come pure il CTU ammette nella propria relazione, ritenendo l'appellante che, quando la paziente giunse allo [redacted] per l'intervento in data 21 febbraio 2012, dopo che era stata inviata a casa causa febbre il giorno 01.02.2012 con terapia antibiotica mirata, non aveva sintomatologia particolare tale da richiedere ulteriori accertamenti pre-operatori non previsti da alcun protocollo.
In ordine all'evento infettivo, poi, non essendoci certezza in ordine al fattore temporale, difficile accertare se precoce o tardiva, quello del nostro caso potrebbe essersi verificato, come parso, in epoca molto successiva all'intervento eseguito allo [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

6) Con il settimo motivo lamenta l'assenza di motivazione in ordine alla richiesta di ammissione dei mezzi istruttori avanzati con la memoria nr. 2) ex art 183 comma VI c.p.c.

7) L'ultimo motivo, infine, censura la liquidazione del danno.
Invoca l'appellante una tara valutativa (protesizzazione con iter nella norma) che non può essere quella del 15 %, bensi' molto piu' alta con conseguente danno di natura differenziale in misura percentuale minore del 10%.
Ritiene l'appellante il riconoscimento di un danno biologico di partenza ipotizzato nella misura di 25% punti percentuali pretestuoso, posto il buon esito degli interventi di protesizzazione bilaterale eseguiti allo [redacted] (al ginocchio ed all'anca) che sono certamente valsi a risolvere o per lo meno a migliorare, i problemi deambulatori di cui era affetta la CP_1 .
Contesta inoltre la percentuale di personalizzazione del danno riconosciuta dal Giudice di prime cure *sic et simpliciter* in misura del 5 % del danno biologico, senza alcuna prova dei patimenti presumibilmente sofferti dall'attrice, che comunque nel complesso non godeva di buona salute, la quale peraltro, in seno all'udienza del 29 novembre 2018, rinunziava espressamente all'ammissione dei mezzi istruttori formulati.

-Si costituiva l'appellata CP_1 contestando totalmente la proposta impugnazione, riportandosi al contenuto logico-giuridico ed al percorso decisorio adottato dal Tribunale e chiedendo il rigetto dell'impugnazione.

-L'appello è infondato per le ragioni che seguono.
A) Con il primo, secondo e quinto motivo di appello, compendiati sostanzialmente ad una carenza di motivazione in ordine alla istanza di rinnovazione della CTU ed a doglianze su diversi profili della stessa consulenza, l' Pt_1 appellante censura sostanzialmente la sentenza nella parte in cui richiama gli accertamenti e le argomentazioni dell'ausiliario riproponendo tuttavia osservazioni mediche di parte, già disattese dal medesimo CTU e verificate dal primo giudice, che hanno condotto il decidente a ritenere che l'infezione manifestatasi sulla CP_1 , sia pure a distanza di due anni, non fosse riconducibile ad altra fonte, se non quella nosocomiale contratta molto probabilmente in occasione dell'intervento di protesizzazione eseguito presso lo [redacted] in data 22/2/12.
L'appellante, peraltro, si duole del fatto che venne formulato un quesito "*generico sebbene con verifica dell'eventuale influenza di stati patologici preesistenti e/o sopravvenuti*", ma sul punto va osservato come, a prescindere dal fatto che il quesito è stato formulato nel contraddittorio delle parti, è mancata l'indicazione di quali documenti l'ausiliario avrebbe dovuto esaminare e che non sono stati esaminati onde effettuare quelle valutazioni circa la sussistenza e rilevanza dei pregressi stati patologici.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Lo stesso appellante sembra riconoscere l'insorgenza dell'infezione nosologica alla pagina 17 del proprio atto di appello laddove afferma che "*…stante il riscontro colturale della positività al Proteus Mirabilis l'8.03.2012 fu imposta una terapia con norfloxacina*", ciò rilevando non tanto per una sorta di ammissione circa la mera positività al *Proteus Mirabilis* ma ai fini della mancanza di negazione di avere la CP_1 contratto una infezione nell'ambito dell'intervento chirurgico.
In ogni caso, il CTU, chiamato da questo Collegio a chiarimenti, ha adeguatamente tenuto conto anche della situazione preesistente atteso che nell'elaborato dà atto che la paziente :"*…riferisce in anamnesi nel 2009 sarcoidosi laringea risolta con terapia (non allegate recidive), nel 2010 colecistectomia, nel 2013 ATA dx per coxartrosi…*" (pag.18) aggiungendo "…dall'anamnesi patologica remoto si evincono: nel 2006 Tiroidectomia in terapia sostitutiva, nel 2009 Sarcoidosi laringea, nel 2010 Colecistectomia, nel settembre 2013 ATA ds per coxartrosi…" (pag.20), per poi rispondere, in maniera specifica e puntuale, alle critiche del CT di parte appellante, poi riproposte come primo motivo di appello.
Il CTU di primo grado, in ogni caso, conclude, in maniera giuridicamente corretta e condivisibile: "*Nella approfondita e "non semplice" analisi del caso ci sono sorti molti dubbi sulla reale eziopatogenesi della mobilizzazione della protesi, mentre pare che i Colleghi di parte convenuta siano certi che si sia trattato di mobilizzazione asettica, senza che però producano ulteriori documentazioni probative*".

-B) In ordine poi all'ulteriore doglianza, ovvero che il CTU non sia stato coadiuvato da un esperto infettivologo ("*…uno specialista infettivologo avrebbe potuto reputarsi in grado di analizzare il caso…*") e deducendo altresì l'appellante un motivo di nullità della CTU con il quinto motivo di appello, il primo profilo è inconferente, atteso che il danno subito dall'appellata è sicuramente un danno riconducibile ad un intervento ortopedico, osservando, in parallelo, che l'appellante ben avrebbe potuto nominare quale proprio esperto un infettivologo, non risultando averlo fatto neppure con la seconda memoria ex art. 183 comma VI c.p.c. .
Nel nostro caso, quindi, l'ausiliario del giudice in primo grado ha riconosciuto la riconducibilità dell'infezione al luogo nosocomiale attraverso un percorso medico-legale corretto ed esente da censure scientifiche, sottraendosi alle censure dell' Pt_1 il quale, in buona sostanza, sollecita soltanto una nuova lettura della, peraltro non contestata, documentazione medica che conferma la patologia dedotta in giudizio.
La censura della sentenza che abbia prestato adesione alle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio, è ammissibile solo in caso di palese deviazione dalle nozioni correnti della scienza medica, la cui fonte va indicata, o nell'omissione degli accertamenti strumentali dai quali, secondo le predette nozioni, non si può prescindere per la formulazione di una corretta diagnosi.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Al di fuori di tale ambito la censura anzidetta costituisce mero dissenso diagnostico non attinente a vizi del processo logico formale, che si traduce, quindi, in una semplice critica del convincimento del giudice (cfr cit: Cass. 3 febbraio 2012, n. 1652; id. 12 gennaio 2011, n. 569).
In tal senso è consolidato l'orientamento della Corte di Cassazione secondo il quale va rigettato il ricorso avverso la sentenza che abbia condiviso la relazione del c.t.u. quando l'appellante si limiti ad invocare una diversa valutazione scientifica delle prove raccolte (Cass. 10 ottobre 2010, n. 22707; id. 29 aprile 2009, n. 9988; 22 maggio 2004, n. 9869; 17 aprile 2004, n. 7341).
Le censure relative alla CTU medico legale, dunque, devono pertanto essere respinte atteso che, invero, le stesse altro non sono che un mero dissenso diagnostico delle risultanze peritali non essendo, peraltro, stati indicate né le fonti scientifiche su cui detto dissenso diagnostico si fonda – contrariamente a quanto fatto dal CTU e dall'Esperto i quali hanno puntualmente riferito le Fonti scientifiche (cfr. pagg. 25, 26, 27, 28 e 29 Relazione peritale dott.ssa Per_1) non potendosi, quindi, dirsi messa in discussione la corretta applicazione dai metodi di indagine scientifica – e senza indicazione puntuale e specifica di eventuali documenti idonei a rilevare una errata e parziale valutazione della fattispecie (cfr. Corte di Cassazione Sez. VI - Lavoro, Ord., 31-03-2016, n. 6302) e senza che venga ipotizzata una divergenza del percorso logico argomentativo rispetto al consolidato orientamento di legittimità in tema di nesso causale nella materia in esame.

-C) Con il settimo motivo di appello l' Pt_1 appellante si duole della omessa ammissione dei mezzi di prova dedotti con la seconda memoria ex art. 183 comma VI c.p.c. ovvero del fatto che il primo giudice abbia omesso di disporre vari ordini di esibizione ex art. 210 c.p.c. a carico della CP .
Come già dedotto ed eccepito in primo grado, lo [redacted] ha formulato diverse richieste di esibizione ex art. 210 c.p.c., in particolare, alla parte attrice chiedendo l'esibizione della documentazione medica antecedente il ricovero allo [redacted] del 2012 ritenendo la stessa "*affetta (parrebbe dal 2009) da ipertensione arteriosa, ipotiroidismo post emitiroidectomia e sarcosi laringea*" nonché "*del referto istologico attestante la laringite cronica graulomatosa*"; al Reparto di pneumotisiatria dell'Ospedale Org_1 per la medesima documentazione; dell' Org_2 "*o di altri Istituti privati…della posizione previdenziale e/o di invalidità eventualmente riconosciuta alla* CP_5 " d) al CAAF di competenza "*al fine di verificare l'ammontare degli eventuali rimborsi delle spese mediche sostenute*".
Il motivo non solo è inammissibile ma è anche infondato.
A latere del fatto che la documentazione richiesta è già, almeno in buona parte, riversata nel processo, deve convenirsi come le suddette richieste appaiono, *ictu oculi*, generiche, vaghe e meramente esplorative e come tali inammissibili.

Osservatorio ICA Italia
Osservatorioicaitalia.it

Invero, come noto, il contenuto specifico dell'istanza di esibizione, per come è disciplinato dall'art. 94 Disp. Att. del codice di rito, prevede che essa debba contenere innanzitutto la specifica indicazione del documento o della cosa da esibire, al fine di rendere possibile al giudice l'indagine sulla rilevanza del mezzo istruttorio, essendo tale indicazione chiaramente finalizzata ad impedire che la parte si serva del provvedimento esibitorio a scopi meramente esplorativi.
Da ultimo ma non per ultimo, nella fattispecie in esame, peraltro, va ricordato che la motivazione del primo giudice, che ha riconosciuto la responsabilità dell'appellante, deve essere intesa come decisione che ha assorbito la richiesta di esibizione ritenuta ininfluente e come tale l'obbligo di motivazione non appare assolutamente leso.
Nel merito, circa, in particolare, la "*laringite cronica sarcoidotica*", va ribadita, contrariamente a quanto dedotto dall'appellante, la totale e assoluta irrilevanza della detta patologia nella fattispecie in esame trattandosi di infezione non batterica.
Del resto, in relazione alla detta patologia emerge dagli atti che alla data 7.12.2009 il dott. *Persona_2* refertava che "*Non sembra siano presenti altre localizzazioni oltre a quella laringea*" e alla data del 22 settembre 2010 viene refertato che: "*Esami normali. VES 8 ACE 21 va bene; ORL non segni di ripresa della sarcoidosi…*"(cfr.doc. 1: cartella clinica).

-D) Nel merito, con riguardo ai motivi terzo, quarto e sesto, l' *Pt_1* appellante si duole della decisione nel merito deducendo, preliminarmente, che la *CP_1* , con la sottoscrizione del modulo di adesione al consenso, aveva accettato il rischio di una infezione periprotesica, e che nessuna censura può essere mossa all'operato dell' *Pt_1* appellante circa "*le cure e le terapie corrette e adeguate a prevenire il rischio di infezione prima e a debellare il germe* "ribadendo, con il quarto motivo che "*l'accusa di infezione post chirurgica, rientrerebbe in quella percentuale (1% -2%) di possibilità di infezione della protesi, con necessità di rimozione dell'impianto protesico già preventivata ed oggetto di informativa e consenso sui rischi connessi all'intervento da parte del paziente*" concludendo, in relazione al merito della responsabilità che "*…nel caso che ci occupa non vi era alcun obbligo giuridico per i Sanitari dello* [redacted] *di eseguire accertamenti pre-operatori dell'urinocoltura e del tampone faringeo posto che, le linee guida non prevedono l'esecuzione di detti esami preoperatori come pure il CTU ammette….alla luce di quanto sopra l'elemento soggettivo della colpa non è stato provato…*" .
Secondo la recente giurisprudenza della Suprema Corte, la natura della responsabilità -contrattuale- non è mutata neppure a seguito degli interventi del legislatore in materia con la legge n. 189 del 2012 - c.d. legge Balduzzi – e legge n.24 del 2017 – c.d legge *Per_3* (cfr. cit. Cass. 19 febbraio 2013, n. 4030), di talchè è, per contro, onere del medico o struttura "convenuta" provare che

Osservatorio ICA Italia

l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile alla propria negligenza o imperizia (cfr. Cass. 20.10.2015, n.21177).
I CTU di primo grado, dopo avere descritto i fatti di causa e sulla base della documentazione versata in atti, hanno attendibilmente accertato il reale ed effettivo danno alla persona della CP_1 , e, rilevando che "*la clinica e gli esami strumentali (in particolare la scintigrafia) hanno evidenziato con elevato criterio di probabilità, la mobilizzazione dell'impianto protesico impiantato nel febbraio 2012 all'* CP_2 hanno ritenuto di valutare che "*…si è verificato "evento avverso" di mobilizzazione di protesi di ginocchio causata, con elevato criterio di probabilità, da infezione (difficile accertare se precoce o tardiva) provocata da agente infettivo sconosciuto (Proteus mirabilis?), evenienza che si riscontra in oltre il 10% dei casi, a scarsa virulenza, per contaminazione endogena; il nesso causale e/o concausale fra intervento di protesi di ginocchio ed infezione, secondo criterio cronologico e topografico, appare alquanto probabile*", concludendo nel senso che:" *discusso, quindi, il caso con il consulente ortopedico, come da esaustiva argomentazione, si ravvisa con criterio di elevata probabilità, il nesso causale /concausale, tra intervento di protesi al ginocchio DX ed infezione*" (cfr. pagg. 33 e 38 elaborato peritale).

-E) Ad ogni modo, questo Collegio di secondo grado prendeva in considerazione la portata dei rilievi medico-scientifici dei motivi addotti e riteneva così di convocare a chiarimenti il CTU, chiedendo propriamente al CTU di chiarire, sulla base di quali elementi medico-biologici, con il "criterio del più probabile che non", fosse possibile confermare la riconducibilità tardiva dell'insorta infezione all'originario intervento del 22.2.12; in particolare, se i processi infettivi per laringite cronica di cui era affetta la CP_1 e per i quali era stata sottoposta da anni a trattamenti cortisonici possano esser stati fattori idonei ad impiantare un focolaio infiammatorio in punti più vulnerabili quali i fori chirurgici; se le reiterate infiltrazioni articolari poche settimane prima dell'anomalo riscontro laboratoristico (25/7/14) e, segnatamente, mesoterapia infiltrativa con ossigeno ozono al ginocchio destro, possano aver influito probabilisticamente nella insorgenza della infezione.
A fronte di tali richieste, che compendiano l'architettura dell'impugnazione, il CTU ha fornito, in maniera logica e coerente, senza inconferenze e richiamando Parte_2 [...] i chiarimenti richiesti.
Non risponde al vero che la diagnosi della CP_1 non sia "*mai stata chiarita*", né che i chiarimenti sono stati resi "*senza prove e in modo lacunoso*".
Il CTU, sostanzialmente sulla base della documentazione medica richiamata, nonché sulla base della Letteratura Scientifica e delle Linee Guida, confermando le conclusioni a cui era giunto in primo grado, ha fornito idonei elementi circa i chiarimenti richiesti, fornendo apprezzabilmente precise risposte ovvero, in

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

primo luogo, che la pregressa patologia polmonare ed i relativi trattamenti non hanno per nulla influito sull'instaurarsi della infezione periprotesica del ginocchio, spiegando il CTU come "*sin da subito dopo l'intervento di impianto della protesi di ginocchio sono comparsi sintomi (dolore, tumefazione, limitazione articolare) che, se accettabili come iniziale complicanza nell'immediato post operatorio, perdurando nel tempo ed incrementandosi con osteolisi ed ingravescenza sintomatologica conseguente alla mobilizzazione dell'impianto protesico, orientano per un processo infettivo in atto, seppure subdolo*".
La laringite cronica in anamnesi, ove supportata da agente infettivo virulento, potrebbe avere favorito la contaminazione batterica del ginocchio; ma, se appunto presente in anamnesi, avrebbe dovuto indurre i sanitari ad accertamenti preoperatori (tampone laringeo per cultura ed eventuale antibiogramma ed eventuale bonifica) procedure che non vennero attuate.
Ha confermato il CTU che non risultano trattamenti cortisonici ad alti dose "*ma, se presenti in anamnesi, avrebbero dovuto consigliare di rinviare l'intervento chirurgico*", e le stesse considerazioni vengono svolte riguardo ai trattamenti endoarticolari effettuati prima dell'intervento chirurgico "de quo", riaffermando che "*in presenza di sinovite di dubbia origine, l'intervento chirurgico non doveva esser eseguito. Pertanto, sempre con criterio del più probabile che non, ritengo di potere confermare le conclusioni riportate nella precedente relazione*".
Dunque, spetta al professionista superare la presunzione che le complicanze siano state determinate da omessa o insufficiente diligenza professionale o da imperizia, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento.
Ne consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "complicanze intraoperatorie" ma deve, altresì verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l' insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio" (cfr. Corte di Cassazione, III, sentenza 17.06.2016, n. 12516; Corte di Cassazione, III, sentenza 13.10.2017, n. 24074).

-F) Resta da dire sull' ottavo motivo di appello relativo alla liquidazione del danno.
Alla rilettura dei passaggi motivazionali con cui il primo giudice spiega i criteri applicati, anche detto motivo deve essere disatteso avendo, il primo giudice fatto buon governo degli insegnamenti della giurisprudenza di legittimità in materia.
Le conseguenze lesive subite dalla *CP_1* sono state adeguatamente descritte dal CTU:"…*La valutazione del danno biologico differenziale può essere stimata in misura del 10% in*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

considerazione di una protesizzazione con iter nella norma che sarebbe stata pratica ugualmente a fronte di severa gonartrosi (valutazione 15%) a fronte dell'obiettività attuale, caratterizzata da gonalgia e marcata limitazione funzionale (danno attuale 25%). Il periodo di ITT è quantizzabile in gg. 90, ITP al 75% gg. 90, gg. 120 al 50% e gg. 120 al 25% (la quantizzazione del periodo di danno biologico temporaneo si valuta su base documentale ed indicativa di iter clinico complesso). Le spese mediche prodotte ammontano ad euro 4.054,40 e sono da considerarsi congrue; il caso è stabilizzato con postumi e non si ravvisa necessità di cure mediche future. La fattura per perizia medico legale ammonta ad euro 1830,00, si ritiene risarcibile" (cfr. pag. 38 elaborato peritale).
Nondimeno, sulla base di dette valutazioni il primo giudice non ha fatto altro che applicare, per la determinazione del danno non patrimoniale, le consolidate Tabelle del Tribunale di Milano che inglobano il danno morale, e sulla base dei seguenti parametri tutti correttamente riportati in motivazione.
Per quanto concerne, poi, la personalizzazione del danno, il primo giudice ha dato adeguata contezza della ragione giustificativa della operata personalizzazione, ovvero il non contestato "lungo peregrinare" tra nosocomi a cui l'appellata, una signora in età da pensione, è stata costretta a sottoporsi in attesa di soluzione al problema, altro non facendo che calcolare, in misura decisamente minimale (5%) la componente del danno esistenziale.

-Le spese seguono la soccombenza.

-Ricorrono i presupposti per il contributo unificato ex art 13 comma 1 quater DPR 115/02.

P. Q. M.

la Corte di Appello di Bologna, definitivamente pronunziando sull'appello proposto, così decide:
A) **rigetta** l'appello proposto e, per l'effetto, conferma l'impugnata sentenza;
B) **condanna** l'appellante al rimborso delle spese in favore dell'appellata del presente grado di giudizio che liquida in complessivi € 7.160,00, oltre Iva e Cap ed accessori come per legge.
C) Ricorrono i presupposti di cui all'art 13 comma 1 quater DPR n.115 del 2002 per il versamento dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per l'appello.
Così deciso in Bologna il 16/4/24

IL PRESIDENTE rel. ed est.
(Giampiero M. Fiore)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it