R.G. n. 2053/2019

REPUBBLICA ITALIANA

In Nome del Popolo Italiano

CORTE D'APPELLO DI BOLOGNA

II sezione civile

La Corte, riunita in camera di consiglio nelle persone dei seguenti Magistrati:

dott. Giampiero Fiore — Presidente

dott.ssa Anna Maria Rossi — Consigliere

dott.ssa Bianca Maria Gaudioso — Consigliere Relatore

sentito il relatore, sulle conclusioni precisate dalle parti all'udienza, tenutasi con modalità cartolare, in data 20.12.2022 ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa d'appello iscritta al r.g. n. 2053/2019 promossa da:

Parte_1

Avv. [redacted]

contro:

Controparte_1

Avv. [redacted]

[redacted]

Avv.ti [redacted] e [redacted]

Organizzazione_1

Avv.ti [redacted] e [redacted]

Fatti di causa

Nell'anno 2015, *Controparte_1* conveniva in giudizio il Dott. [redacted] (nel prosieguo, "Dott. [redacted]) e *Organizzazione_1* (di seguito, senza indicazione del tipo sociale) avanti al Tribunale di Bologna esponendo che:

- a causa di un grave incidente stradale, avvenuto l'8 aprile 2002, riportava una frattura sopra-condiloidea del femore destro ed una frattura diafisaria del femore sinistro, trattate chirurgicamente con riduzione e sintesi presso il *Org_2* di Modena;
- a fine maggio dello stesso anno, i mezzi di sintesi veniva rimossi;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

- l'esito non si rivelava ottimale per una considerevole deviazione in varismo del ginocchio destro con intenso dolore anche a riposo;
- nell'anno 2004, si sottoponeva presso l' *Controparte_2* ad un intervento di osteotomia femorale esterna destra con posizionamento di placca metallica di rinforzo poi rimossa l'anno successivo;
- anche tale intervento non dava i risultati auspicati sia sulla funzionalità articolare che sulla sintomatologia dolorosa;
- il 24 gennaio 2008, si sottoponeva presso la *Organizzazione_3* di Bologna a un nuovo intervento chirurgico per l'impianto di protesi totale al ginocchio destro;
- nel periodo successivo persisteva una gonalgia destra severa, con imponente tumefazione articolare e notevole impedimento alla deambulazione;
- si rivolgeva, pertanto, al Dott. [redacted] il quale, previa visita specialistica, riteneva opportuno operare il ginocchio;
- il 7 febbraio 2009 veniva ricoverato presso la *Organizzazione_4* di Bologna con diagnosi di "artro-fibrosi PTG destra" e dopo due giorni il Dott. [redacted] procedeva con intervento chirurgico di "espianto di TGP e rimpianto RPTG sistema LCCK …, Zimmer piatto fisso; stabilizzazione TTA con due viti e mini ancoretta…";
- stante la regolarità del decorso post-operatorio, il 12 febbraio 2009 il paziente cominciava la riabilitazione articolare e il 27 febbraio 2009 veniva dimesso con prescrizione di abbandono progressivo dell'appoggio;
- dopo un periodo di discreto benessere, compariva nuovamente un persistente dolore con associata ingravescente rigidità articolare così il 15 febbraio 2010 veniva nuovamente ricoverato presso *Org_1 [...]* dove il Dott. [redacted] lo sottoponeva a intervento chirurgico di artrolisi;
- le dimissioni avvenivano il 1° marzo 2010 ma, dopo un primo periodo di discreto benessere, i dolori riprendevano tanto che il 20 dicembre 2011 veniva nuovamente ricoverato presso *Org_1* con diagnosi di intolleranza e mobilizzazione della vite tibiale della gamba destra;
- il Dott. [redacted] procedeva ad un nuovo intervento chirurgico di atromiliosi e il paziente veniva dimesso il giorno successivo con apparente miglioramento delle condizioni del ginocchio;
- il 27 settembre 2012, veniva nuovamente ricoverato a *Org_1* con diagnosi di "esiti protesi ginocchio destro complicata da artro fibrosi deficit della flessione…";
- il Dott. [redacted] procedeva ad artrolisi con rimozione di tralci aderenziali e il giorno successivo il paziente veniva dimesso con apprezzabile miglioramento dell'articolarità ma con sintomatologia persistente;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

- il 19 febbraio 2013, veniva ricoverato presso *Org_1* per artro fibrosi e il giorno successivo veniva sottoposto a ulteriore intervento chirurgico eseguito dal Dott. [redacted] e il 1° marzo 2013 veniva dimesso con prescrizione di terapia anti tromboembolica, antibiotica e antalgica oltre al proseguimento della terapia riabilitativa al fine di abbandonare con gradualità gli appoggi con cui deambulava;
- il 14 marzo 2013, il paziente riportava una distorsione al ginocchio con significativo versamento articolare;
- il 29 maggio 2013 veniva ricoverato presso *Org_1* per essere nuovamente sottoposto ad intervento chirurgico da parte del Dott. [redacted]
- il periodo post-operatorio era caratterizzato da un persistente deficit di estensione oltre che da sanguinamenti e persistente edema articolare. L'esame culturale risultava negativo sui tre campioni di liquido sinoviale e il 3 giugno 2013 il paziente veniva dimesso;
- al momento delle dimissioni il Dott. [redacted] riportava, sul relativo certificato, buone condizioni di dimissioni e "deambula con 2 bastoni"; invece il paziente veniva dimesso in carrozzina e con 38° di febbre;
- il 24 settembre 2013, si sottoponeva a scintigrafia che evidenziava "leucociti marcati con iperfissazione dei leucociti in sede periprotesica, in particolare al condilo femorale esterno, al terzo distale della diafisi femorale e degli spazi retro e sottorotuleo";
- l'8 ottobre 2013, in occasione della successiva visita ortopedica di controllo veniva riscontrato che la protesi al ginocchio destro era "infetta in esiti da frattura" e conseguentemente ne veniva consigliata la rimozione;
- alla visita ortopedica del 15 ottobre 2013, si rilevava "sepsi ginocchio destro, ricovero con urgenza relativa";
- l'11 novembre 2013 il *CP_1* veniva ricoverato presso l' *Controparte_2* e il 13 novembre 2013 si procedeva a intervento chirurgico di rimozione della protesi infetta; quindi il paziente veniva trasferito in terapia intensiva e le indagini batteriologiche sui prelievi intra operatori davano esito positivo per "stafilococcus capitis oxacillino resistente";
- si provvedeva a somministrare terapia antibiotica e il paziente veniva ricoverato al *Org_5 [...]* con diagnosi di "infezione artro protesi ginocchio destro da stafilococcus capitis";
- il 2 dicembre 2013, veniva dimesso con prescrizione di proseguire per 6/8 settimane la terapia antibiotica, attraverso il catetere già posizionato con esami bio umorali settimanali;
- il 29 gennaio 2014 veniva eseguita una scintigrafia con leucociti marcati che risultava negativa per la persistenza dell'infezione; quindi, veniva sospesa la terapia antibiotica e gli accertamenti ematochimici evidenziavano allergia a cromo, cobalto e nichel, elementi presenti nella protesi espiantata;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

- il 18 marzo 2014, il paziente veniva nuovamente ricoverato presso l' *Controparte_2* e il giorno successivo si sottoponeva a nuovo intervento chirurgico di reimpianto protesico;
- il decorso post-operatorio era regolare e il 26 marzo 2014 veniva dimesso con le prescrizioni terapeutiche da eseguire presso il domicilio;
- al controllo del 15 aprile 2014 risultava "revisione con protesi anallergica (allergico al cromo, cobalto e nichel) in esiti infettivi ginocchio destro con esteotomia tuberosità tibiale; clinicamente non segni flogistici acuti; RX bene".

L'attore, sulla scorta delle risultanze della perizia medico-legale effettuata dal Dott. *Per_1* lamentava la responsabilità del Dott. [redacted] e della struttura sanitaria *Org_1* per l'inadempimento delle prestazioni da loro dovute. Concludeva domandando il risarcimento di tutti i danni patiti in ragione dell'occorso, di natura patrimoniale e non.

Si costituiva in giudizio il Dott. [redacted] il quale, in via preliminare, domandava di essere autorizzato alla chiamata in causa di *Parte_1* (di seguito, solo *Pt_1*) al fine di essere mantenuto manlevato e indenne. Nel merito, domandava il rigetto della domanda attorea perché infondata in fatto e in diritto.

Si costituiva *Org_1* , la quale respingeva ogni addebito di responsabilità mosso nei confronti della casa di cura, stante l'adozione di tutte le cautele utili ad evitare l'occorso evento infettivo; contestava l'avversaria pretesa anche in punto di *quantum*. Nell'eventualità di un accoglimento della domanda attorea, spiegava domanda di manleva/regresso nei confronti del Dott. [redacted] stante la riferibilità al medico della inadeguata prevenzione e mancata diagnosi dell'infezione.

Si costituiva, altresì, *Pt_1* a quale, in via principale, domandava il rigetto della domanda attorea e, comunque, della domanda di manleva formulata dal Dott. [redacted] stante l'inoperatività della polizza per l'inosservanza dell'obbligo di denuncia del sinistro di cui agli artt. 1913 e 1915 c.c. e agli artt. 12 e 18 della polizza posta a fondamento della chiamata in garanzia (doc. 2 fasc. *Pt_1* , sempre che i danni lamentati dall'attore non fossero riconducibili a interventi eseguiti in data antecedente al 27 febbraio 2010, ovvero all'inizio del periodo di retroattività, giacché esclusi dall'ambito di efficacia temporale della polizza. In via subordinata, domandava nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda attorea e della domanda di manleva, che fosse accertata la quota di responsabilità riferibile al Dott. [redacted]

La causa veniva istruita mediante espletamento di CTU medico-legale, affidata al Dott. *Per_2* *[...]* In esito all'udienza fissata *ex* art. 281 *sexies* c.p.c., il Tribunale pronunciava la sentenza n. 20513/2019, con la quale, inquadrata la responsabilità dei convenuti Dott. [redacted] e *Org_1* nell'ambito della responsabilità contrattuale, riteneva, sulla scorta delle valutazioni del CTU incaricato,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

che l'attore avesse contratto l'infezione nosocomiale presso la *Organizzazione_4* in occasione dell'intervento chirurgico del maggio 2013, o durante l'intervento chirurgico stesso o nelle fasi successive della degenza presso il reparto. Il Tribunale accertava e dichiarava la responsabilità dei convenuti per quanto occorso, non avendo questi ultimi provato che tutto ciò che poteva essere fatto per impedire la presenza di agenti patogeni fosse stato fatto in modo adeguato. Quindi, accertata la responsabilità solidale dei convenuti, la ripartiva nella misura del 50% ciascuno, non essendo stato il CTU in grado di accertare a quale dei convenuti fosse riconducibile l'insorgenza dell'infezione. Sulla scorta delle valutazioni effettuate dal CTU, il Tribunale liquidava in favore dell'attore le somme indicate in sentenza a titolo di danno biologico permanente di tipo differenziale e a titolo di danno non patrimoniale temporaneo, negando il ristoro del danno lamentato a titolo di lesione del diritto all'autodeterminazione.

Quanto alla domanda di manleva formulata dal Dott. [redacted] nei confronti di *Pt_1* il Tribunale riteneva che la polizza assicurativa, il cui periodo di retroattività iniziava a decorrere dal 27 febbraio 2010, fosse temporalmente operativa, stante l'individuazione nel maggio 2013 del momento di insorgenza dell'infezione nosocomiale. Riteneva, inoltre, che fosse infondata l'eccezione proposta ai sensi degli artt. 1913 e 1915 c.c. nonché degli artt. 12 e 18 delle condizioni di polizza, avendo la difesa del Dott. [redacted] depositato quale documento n. 3 la denuncia di sinistro comunicata, in data 30 giugno 2015, all'intermediario *Org_6*

Pertanto, il Tribunale condannava, solidalmente e nella misura del 50% ciascuno nei rapporti interni, il Dott. [redacted] e *Org_1* al risarcimento dei danni non patrimoniali patiti dall'attore e alla rifusione in suo favore delle spese di lite; ponendo, altresì, a loro carico le spese di CTU. Condannava *Pt_1* manlevare il Dott. [redacted] di quanto dovuto in favore dell'attore per la quota di responsabilità esclusiva, detratta la franchigia di € 50.000,00, con condanna alla refusione delle spese di lite sostenute dal convenuto Dott. [redacted] (indicato erroneamente in sentenza come *Controparte_1*).

Avverso la sentenza proponeva appello *Pt_1* affidandolo a due motivi di gravame e insistendo per la sospensione dell'efficacia esecutiva della sentenza. Si costituiva in giudizio *Controparte_1* il quale si rimetteva a giustizia quanto alle domande spiegate dall'appellante. Si costituiva *Org_1* domandando il rigetto dell'appello avversario e la conferma delle statuizioni di primo grado. Si costituiva, altresì, il Dott. [redacted] il quale insisteva per il rigetto del primo motivo di appello formulato da *Pt_1* aderendo invece al secondo motivo di gravame.

Stante l'intervenuta esecuzione della sentenza, la Corte dichiarava il non luogo a provvedere sull'istanza di sospensiva. Indi, la causa veniva trattenuta in decisione con assegnazione alle parti dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

Ragioni della decisione

L'appello principale censura la sentenza per i seguenti motivi:

1. *Erronea, insufficiente e contraddittoria motivazione della sentenza di primo grado, nonché falsa applicazione delle disposizioni contrattuali, nella parte in cui ha ritenuto l'operatività della polizza sottoscritta dal Dott.* [redacted] *con* Contr . *Nuova produzione documentale sopravvenuta al giudizio di primo grado ai sensi dell'art. 345, c. 3 c.p.c., comprovante il dolo dell'assicurato nel coinvolgere la* Contr *nel giudizio di primo grado*. L'appellante censura la sentenza per aver il giudice ritenuto che il documento depositato dal Dott. [redacted] *sub* documento n. 3 (comunicazione proveniente dall'Avv. CP_4 collaboratrice del già legale del Dott. [redacted] Avv. [redacted] e destinata al broker assicurativo) valesse quale denuncia di sinistro, nonostante emerga dal documento citato che, alla data del 29 novembre 2014, quindi in un momento precedente la data di stipula della polizza, era già pervenuta al Dott. [redacted] una richiesta di risarcimento in relazione al sinistro oggetto di causa. Afferma l'appellante che, considerato quanto previsto dall'art. 9 della polizza ("*l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'* Parte_2 *dalle Richieste di Risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il periodo di assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo*.."), la richiesta di risarcimento sarebbe, pertanto, estranea alla garanzia assicurativa e, comunque, il contratto assicurativo sarebbe affetto da nullità per inesistenza dell'alea. In subordine, tale documento sarebbe idoneo a provare la sussistenza di un fatto noto al Dott. [redacted] – la richiesta di risarcimento di CP_1 – che questi avrebbe dovuto segnalare al momento della pattuizione del contratto di assicurazione e rispetto al quale, ai sensi dell'art. 12 della polizza, l'assicurazione è da intendersi esclusa. A sostegno della tesi, produce nuova documentazione - uno scambio di email tra il broker assicurativo e il già legale del Dott. [redacted] Avv. [redacted] del giugno/luglio 2015 – affermando di a verla reperita solo in data 29 luglio 2019 che attesterebbe come il legale del Dott. [redacted] fosse consapevole dell'inoperatività della polizza in relazione al sinistro. L'appellante lamenta, poi, il mancato accoglimento dell'eccezione di tardività della denuncia del sinistro, di cui aveva avuto notizia solo con la notifica dell'atto di chiamata in causa della compagnia del 5 aprile 2016, non avendo il broker mai comunicato all'assicurazione l'avvenuta denuncia del sinistro;

2. *Erronea, insufficiente e contraddittoria motivazione della sentenza di primo grado, nella parte in cui ha ritenuto accertata la responsabilità solidale della* Organizzazione_4 *e del Dott.* [redacted] *in relazione alla contrazione dell'infezione da parte dell'attore, seppur in assenza di specifiche censure riconosciute dal CTU in capo al sanitario*. L'appellante censura la sentenza per aver "*forzato le risultanze della CTU che, sebbene dubitative circa le precise circostanze di luogo e di tempo in cui sarebbe stata contratta l'infezione, sono risultate caratterizzate da un sufficiente connotato di certezza nell'escludere l'ascrivibilità diretta dell'evento al Dott.* [redacted] (p. 16 atto di appello), come rilevato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

anche dal CTP del Dott. [redacted] e dal CTP della compagnia assicuratrice, e per aver "*del tutto arbitrariamente ed immotivatamente"* (p. 17 atto di appello) ripartito la responsabilità dei convenuti nella misura del 50% ciascuno, nonostante il Dott. [redacted] avesse offerto ogni prova utile a superare la presunzione di paritaria responsabilità stabilita dall'art. 2055 c.c. "*(si vedano le valutazioni afferenti la VES e la PCR)*" (p. 20 atto di appello).

***

Per ragioni logiche, si esamina dapprima il secondo motivo di appello.

Tale motivo di gravame non merita accoglimento. Innanzitutto, deve escludersi che, come sostenuto dall'appellante, il Tribunale abbia "forzato" le risultanze della CTU. Il CTU, infatti, non ha mai escluso l'ascrivibilità dell'evento all'operato del Dott. [redacted] al contrario, ha individuato il momento della contaminazione "*o durante l'intervento chirurgico stesso o nella fasi successive della degenza presso il reparto*" (p. 17 CTU). Tale conclusione è stata peraltro ribadita dal CTU, in più occasioni, in risposta alle osservazioni del CTP di parte [redacted] e del CTP di *Pt_1* Il CTP di parte [redacted] ha reso le proprie osservazioni alla CTU in due successivi momenti. Nella prima occasione ha affermato che "*si ribadisce che il tipo di germe (stafilococcus capitis), appalesatosi per altro a distanza di 4 mesi dall'intervento del Dr.* [redacted] *(come suggerisce la mancanza di accertamenti tra le dimissioni e la scintigrafia) depone per una bassa carica batterica, il che è suggestivo sì per infezione nosocomiale, ma secondo il criterio del più probabile che non legata a manovre di disinfezione della ferita chirurgica (pertanto come tali anche eventualmente effettuate ad opera del Pz.) o comunque manipolazioni extrachirurgiche della cicatrice. Non solo, le ultime evidenze infettivologiche hanno documentato appunto come le infezioni da tale tipo di germe sono in genere contratte nella fase perioperatoria o in quella precoce post operatoria e che in molti casi il veicolo del germe è il circolo di aria nelle sale operatorie. Il che a mio avviso secondo il criterio del più probabile che non ovviamente non rende possibile ascrivere alcun profilo di colpa al Dr.* [redacted] *e circoscrivere la presente infezione tra le complicanze prevedibili e non prevenibili*" (p. 22 CTU). A ciò il CTU ha puntualmente e ragionevolmente risposto che "*rispetto…all'inquadramento medico legale dell'infezione, come fonte di responsabilità risarcitoria, le osservazioni concludono che si tratta di infezione comunque nosocomiale, contraibile in circostanze varie, tra cui anche come contaminazione da parte dell'aria della sala operatoria ovvero da medicazioni peri-postoperatorie: esclusa una infezione su base endogena, ed acclarato come essa sia una infezione da parte di un germe multi-resistente, quindi selezionato in ambito nosocomiale, <u>non si possono che ribadire le conclusioni già espresse, nella sostanziale impossibilità di ascrivere al Dott.</u>* [redacted] *<u>direttamente, o alla Struttura sanitaria, l'incongruità delle manovre di asepsi da garantirsi nelle diverse fasi dell'assistenza,</u>*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

operatoria e peri-postoperatoria" (p. 24 CTU). Lo stesso CTP ha poi eccepito che "*su un punto così delicato il CTU ha ritenuto di esprimersi direttamente senza l'ausilio di un infettivologo, cosa che per altro gli era già stata da me richiesta in occasione del nostro incontro, mediante la consegna di note appositamente redatte*" (p. 27 CTU). In risposta, il CTU ha correttamente evidenziato che "*lo stesso dott.* *Per_3* *afferma che avrebbe chiesto al CTU il ricorso ad ausiliario infettivologo: a parte che lo stesso CTP, peraltro specialista psichiatra, non si è avvalso di una memoria infettivologica, ma anche fosse si deve ancora ricordare, ma è noto a tutti gli addetti ai lavori nel settore della responsabilità professionale da infezioni nosocomiali, che il problema è prettamente di inquadramento medico legale dell'infezione, non clinico: in altri termini il problema non verte su profili di ordine tecnico rispetto, ad esempio, alla gestione adeguata di una infezione, cosa che si avrebbe meritato una eventuale consulenza infettivologica, ma verte prettamente sull'onere probatorio e sul nesso causale tra degenza e atti sanitari ed infezione. Ora, posto che non vi sono dubbi circa il nesso causale tra infezione e degenza e connessi atti sanitari, siano essi operatori o immediatamente peri-operatori, come assevera lo stesso CTP quando ci dice che potrebbe essere anche la stessa aria contaminata delle camere operatorie, come del resto il sottoscritto CTU aveva già annoverato tra le ipotesi di fonte di infezione, come del resto le medicazioni peri-postoperatorie: quindi, esclusa una infezione su base endogena, e rinnovato ancora che l'infezione era sostenuta da parte di un germe multi-resistente, quindi selezionato in ambito nosocomiale, non si possono che ribadire le conclusioni già espresse ovvero ancora concludendo che il sottoscritto CTU non può assegnare al dott.* [redacted] *direttamente, o alla Struttura sanitaria, la responsabilità dell'infezione che, è certo, deriva però dagli atti sanitari iniziati con l'intervento chirurgico, effettuato presso la* *CP_5* *convenuta, e proseguiti con le medicazioni della ferita, sino alla dimissione della medesima clinica*" (p. 28 CTU). Il CTP di parte *Pt_1* ha osservato che "*è forse superfluo ma comunque doveroso per lo scrivente C.T.P. annotare come detta criticità [l'infezione nosocomiale, n.d.r.] sia pacificamente estranea al dr.* [redacted] *in quanto riconducibile ad addebiti di carattere organizzativo e strutturale di esclusiva competenza della Struttura e non certamente a condotte colpose dell'Operatore, che ha invece puntualmente soddisfatto i Suoi obblighi in tema di prevenzione infettiva, assumendo i dovuti comportamenti di salvaguardia e tutela"* (p. 33-34 CTU). Il CTU ha esaustivamente e puntualmente replicato: *"il CTP conferma, indirettamente, quanto detto dal CTU, ovvero che non è possibile individuare la fonte precisa dell'infezione, se essa sia, come sostenuto dai consulenti correlati alla difesa dello* [redacted] *derivante dalla Struttura, o invece, come sostenuto dal consulente della Struttura, derivante direttamente dagli atti sanitari. Resta che essa non è estranea ai fatti sanitari allegati dal ricorrente e che non vi sono*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

cause alternative, con la dimostrazione di un nesso causale, secondo la regola civilistica, tra i fatti sanitari allegati e la suddetta infezione" (p. 34 CTU).

Le censure dell'appellante non sono, pertanto, fondate, avendo il CTU sempre ricondotto l'insorgenza dell'infezione nosocomiale agli atti sanitari iniziati con l'intervento chirurgico, effettuato presso la Struttura convenuta, dal Dott. [redacted]

Neppure merita condivisione la seconda censura sollevata da parte appellante, secondo la quale il giudice avrebbe erroneamente ripartito la responsabilità tra i convenuti nella misura del 50% ciascuno. In applicazione dell'art. 2055 c.c., infatti, se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno e, nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali. In proposito, l'appellante lamenta la mancata valutazione delle prove offerte dal Dott. [redacted] utile a superare tale presunzione, facendo espresso riferimento alle "*valutazioni afferenti la VES e la PCR*". Si presume che la difesa di parte appellante abbia con ciò inteso riferirsi alle valutazioni espresse, sul punto, dal CTP di parte [redacted] Quest'ultimo ha osservato che "*in occasione di ogni ricovero risulta documentatamente agli atti che sono stati effettuati accertamenti bioumorali (PCR e VES) che sono sempre risultati negativi e rappresentano accertamenti che vengono effettuati random ogni volta che ci si trova di fronte alla presenza di lacinie articolari. Pertanto, la negatività di tali indici, unita alla negatività dell'esame colturale del liquido articolare, nonché alla mancata mobilizzazione della protesi verificata ad ogni intervento eseguito dal Dr.* [redacted] *rendevano del tutto RIDONDANTE l'esecuzione di una eventuale scintigrafia con leucociti marcati, accertamento di secondo livello per patologie di questo tipo, da effettuare solo in caso di screzio permanente di altri controlli (VES e PCR appunto)*" (p. 22 e 26 CTU). Si tratta, però, di valutazioni non attinenti all'insorgenza dell'infezione, afferendo ad altro profilo di responsabilità, non accertato in sentenza, ovvero quello inerente all'individuazione dell'infiammazione in atto e, dunque, non sono valutazioni rilevanti ai fini del superamento della presunzione di pari responsabilità, che correttamente è stata applicata dal giudice di prime cure.

Il secondo motivo di appello non merita accoglimento. Preliminarmente, la Corte ritiene che non sia ammissibile la produzione documentale di cui all'allegato n. 2 all'atto di appello. Si tratta, infatti, di documentazione formatasi in data anteriore alla notifica dell'atto di citazione di primo grado e che la parte avrebbe potuto senz'altro produrre tempestivamente richiedendola all'epoca al brocker, anziché dopo la sentenza di primo grado, così impedendo alla controparte, il Dott. [redacted] di proporre controdedurre in ordine a tali documenti. La produzione in questo grado di giudizio è pertanto tardiva ed inammissibile ex art. 345 c.p.c.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

Non possono poi essere accolte le censure proposte dall'appellante che si fondano sul tenore del doc. 3 prodotto in giudizio dal Dott. [redacted] Per completezza, si osservi che nel testo della email del 30 giugno 2015 prodotta *sub* doc. 3 testualmente si legge, al punto n. 7: "*Controparte_6* [redacted] *sinistro dal 7.2.2009 al 1.3.2013 richiesta del 29.11.2014, posizione stragiudiziale*". Il semplice riferimento ad una "*richiesta del 29.11.2014*", infatti, non è elemento sufficiente a provare che in quella data il Dott. [redacted] avesse ricevuto da parte del *CP_1* una richiesta di risarcimento del danno. Si tratta, infatti, di un elemento connotato da un elevato grado di ambiguità che non consente di ritenere provato il fatto dedotto dall'appellante.

Neppure merita condivisione l'ulteriore censura relativa alla tardività della denuncia del sinistro. Sul punto, l'appellante afferma di aver appreso della denuncia solo con la notifica dell'atto di chiamata in causa della compagnia del 5 aprile 2016, non avendole il broker assicurativo mai comunicato l'avvenuta denuncia di sinistro. Tale circostanza, però, non assume alcun rilievo ai fini della valutazione della tempestività della denuncia, attenendo unicamente ai rapporti intercorrenti tra il broker e l'assicurazione.

In conclusione, l'appello è infondato e deve essere rigettato.

Le spese processuali del presente grado seguono la soccombenza ex art. 91 c.p.c. e sono liquidate nel dispositivo ex d.m. 55/2014 t in relazione al valore e alla natura della causa, al tasso di difficoltà della stessa, nonché in base all'attività e alle fasi processuali effettivamente svolte – esclusa dunque la fase istruttoria – ed ai parametri tutti indicati nel citato decreto.

Atteso l'esito, ricorrono i presupposti di cui all'art.13 comma 1 quater DPR n.115 del 2002 per il versamento, da parte dell'appellante, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per l'appello.

P.Q.M.

La Corte d'Appello, definitivamente pronunciando:

- rigetta l'appello proposto da *Parte_1* avverso la sentenza n. 20513/2019 del Tribunale di Bologna e, per l'effetto, la condanna alla rifusione in favore di *Controparte_1* [redacted] e *Organizzazione_1* delle spese di lite del presente grado che liquida, per ciascuna parte, in € 9.000 per compensi oltre spese forfettarie, IVA e CPA

- dà atto che ricorrono i presupposti di cui all'art.13 comma 1 quater DPR n.115 del 2002 per il versamento, da parte dell'appellante, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello rispettivamente dovuto per l'appello.

Così deciso dalla seconda sezione civile della Corte d'Appello di Bologna il giorno 4.7.2023.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807

Il Consigliere estensore

dott.ssa Bianca Maria Gaudioso

Il Presidente

dott. Giampiero Fiore

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-807