



**REPUBBLICA ITALIANA
NEL NOME DEL POPOLO ITALIANO**

La Corte d'Appello dell'Aquila composta dai seguenti Magistrati:

Presidente	dr. Nicoletta Orlandi
Consigliere	dr. Carla Ciofani
Giudice Ausiliario	avv. [redacted] rel. ed est.

Ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al R.G. n. 739/2020 in grado di appello avverso la sentenza del Tribunale di Pescara n. 710/2015, pubblicata il 22 giugno 2020, notificata il primo luglio 2020 pronunciata a definizione del giudizio R.G. n. 710/2015, promossa

DA

[redacted] *Parte_1* rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] (C.f. [redacted]
[redacted] *C.F._1*) presso lo studio della medesima sito a Formia (LT) in [redacted]
[redacted] (PEC [redacted] *Email_1*).

APPELLANTE

CONTRO

[redacted] *Controparte_1* in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] Foro di *CP_1* (PEC [redacted]
[redacted] ed elettivamente domiciliata presso lo studio di questa in *CP_1* ,
alla [redacted]

APPELLATA

MOTIVI DELLA DECISIONE

I. Breve ricostruzione del procedimento di primo e di secondo grado.

I.1. Secondo la narrativa della sentenza impugnata, i fatti salienti della causa evidenziati in primo grado sono i seguenti.

I.2. Con atto di citazione notificato in data 12.2.2015, *Parte_1* conveniva in giudizio l' *Controparte_1* affinché ne fosse accertata e dichiarata la responsabilità per illecito contrattuale di natura professionale sanitaria con conseguente condanna al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, subiti.

I.3. Si legge infatti nella sentenza che il *Parte_1* “A sostegno della domanda, deduceva per quanto di interesse, che:

- in data 25.5.2012, a seguito di una caduta accidentale verificatasi presso la propria abitazione, si era rivolto al P.S. dell' *Organizzazione_1* per ricevere le prime cure necessarie;
- in tale occasione gli era stata diagnosticata una “frattura sovramalleolare del perone e distacco apice malleolo tibiale sinistra”;
- i sanitari avevano proceduto dapprima alla sola ingessatura dell'arto inferiore sinistro, evitando la “riduzione cruenta” della frattura e solo dopo due settimane, in

data 14.6.2012, avevano deciso di sottoporlo ad un intervento chirurgico di riduzione, con applicazione di una placca metallica e filo di Kirschner;

- il decorso post operatorio era stato difficoltoso, dal momento che la ferita aveva ricominciato a secernere liquido invece di cicatrizzarsi; perciò, in data 9.7.2012, scoprendo che aveva contratto un'infezione causata dal batterio "Staphylococcus aureus", i sanitari avevano deciso di ricoverarlo nuovamente presso il nosocomio di

CP_1 ;

- alla luce del quadro clinico aggravatosi, in data 23.7.2012, i sanitari lo avevano sottoposto ad un intervento anticipato di rimozione dei mezzi di sintesi;

- a seguito di tale secondo intervento chirurgico, durante la degenza presso il P.O. di CP_1 sino al 3.8.2012, aveva contratto, oltre all'infezione da Stafilococco, un'infezione da "Pseudomonas aeruginosa", che aveva determinato un ritardo nel consolidamento della frattura ed un inadeguato riallineamento osseo.

L'attore sosteneva dunque, in considerazione delle ripetute infiammazioni della zona lesionata e dal conseguente ritardo nel consolidamento della frattura, di aver riportato, a guarigione avvenuta, postumi permanenti più gravi di quelli che sarebbero altrimenti residuati.

Chiedeva, pertanto, il risarcimento di tutti i danni patiti, sia patrimoniali (danno da perdita della capacità patrimoniale specifica e rimborso per le spese mediche sostenute), che non patrimoniali (danno iatrogeno differenziale permanente, danno biologico da invalidità temporanea, danno morale, danno da demansionamento, danno da cenesesi lavorativa), da liquidare secondo il punto di invalidità variabile da parametri tabellari maggiormente diffusi sul territorio nazionale e che quantificava in complessivi € 105.283,81, oltre personalizzazioni in aumento (richieste tra il 30 e il 50%, a seconda delle voci di danno) per le peculiari condizioni soggettive di età (51 anni alla data dell'intervento), di lavoro (operaio specializzato che lavorava su piattaforme offshore per l'estrazione di idrocarburi in aree marine) e di vita (praticava frequentemente sport, in particolare calcio e caccia), oltre interessi da ritardato adempimento nella indicata misura del 6%; con vittoria di spese di lite ed onorari". Tale richiesta veniva poi emendata di un errore materiale e rideterminata in euro in € 294.639,52.

I.4. Si costituiva la Parte_2 chiedendo il rigetto della domanda rilevando che: " - il ritardo relativo al primo intervento chirurgico di "riduzione cruenta" della frattura era stato determinato esclusivamente dalla libera, consapevole e volontaria scelta del paziente che, reso edotto dai medici curanti della necessità di intervenire chirurgicamente e dei rischi cui sarebbe andato incontro in caso di rifiuto, per ben due volte (il 25.5.2012 ed il 7.6.2012) aveva impedito l'intervento invasivo, preferendo l'ingessatura dell'arto;

- i controlli (con medicazione) immediatamente successivi al giorno del primo intervento (14.6.2012) non avevano documentato alcuna sofferenza della ferita e l'infezione era emersa solo tra il 6 e il 9 luglio 2012, in occasione della rimozione dei punti metallici;

- prevedibile la positività dei mezzi di sintesi al batterio "Pseudomonas aeruginosa", accertata con esame colturale ed ABG, non vi era tuttavia prova che proprio quelli applicati fossero stati la causa dell'infezione;

- riscontrate le infezioni, i sanitari della Parte_3 avevano provveduto a disporre correttamente una specifica terapia antibiotica sin dal 30.7.2012, monitorandola fino al 4.10.2012, quando la ferita si presentava cicatrizzata, chiusa, senza secrezioni né segni infiammatori;

- in definitiva, nessuna responsabilità da inadempimento poteva essere addebitata ai sanitari dell'ospedale di CP_1 , né alla struttura sanitaria stessa, avendo tenuto condotte diligenti, perite, conformi alle linee guida di riferimento e posto in essere tutte le misure atte a preservare la salute del paziente".

I.5. Ammessi i mezzi di prova indicati dalle parti e resasi necessaria, per la natura tecnica dell'accertamento, la nomina di un C.T.U, nella persona del dott. *Persona_1* [...], all'udienza del 30.10.2019 le parti rassegnavano le rispettive conclusioni e la causa, quindi, veniva trattenuta in decisione previa concessione dei termini ex art. 190 c.p.c per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

I.6. Il Tribunale, all'esito di quanto descritto, respingeva la domanda risarcitoria e pronunciava il seguente dispositivo: *"rigetta integralmente le domande di parte attrice; condanna l'attore a rifondere alla convenuta le spese del giudizio, che liquida in complessivi € 13.430,00, oltre 15 % rimb. forf., IVA e CAP come per legge, con distrazione in favore del procuratore antistatario; □ pone in via definitiva a carico di parte attrice le spese di CTU liquidate come da separato decreto"*.

I.7. A base del rigetto della domanda, il primo giudice poneva in estrema sintesi le seguenti considerazioni: a) il verosimile innesco del processo infettivo fuori dall'ambito ospedaliero; b) il comportamento dello stesso danneggiato che rifiutava l'intervento chirurgico preferendo, in un primo momento, l'ingessatura e quindi incrementando il rischio di contrarre un'infezione; c) le dichiarazioni del personale medico concordi nel dichiarare di aver rispettato i protocolli igienici necessari a prevenire possibili infezioni nosocomiali.

I.8. Contro la sentenza di primo grado propone appello il *Parte_1* che conclude come segue: *"Voglia l'Ill.ma Corte d'Appello adita, previa riforma integrale della sentenza n. 660/2020 pubblicata dal Tribunale di Pescara, ed anche previa sospensione della efficacia esecutiva della sentenza medesima,*
- *accertare la responsabilità esclusiva della Parte_4 in persona del legale rappresentante pro tempore;*
- *per l'effetto condannare la Parte_4 in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento dei danni tutti non patrimoniali e patrimoniali, nessuno escluso, subiti dal parte attrice in conseguenza del sinistro, come meglio indicato in parte motiva, nella misura ivi indicata o nella somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal giorno del sinistro sino all'effettivo saldo.*
- *con vittoria di spese, diritti ed onorari del doppio grado giudizio, ivi comprese le spese generali, da distrarsi in favore della sottoscritta procuratrice dichiaratasi antistataria.*

IN VIA ISTRUTTORIA

A) Si depositano:

1. *Copia uso appello della sentenza n. 660/2020 e relativa attestazione di conformità;*
 2. *Sentenza n. 660/2020 Trib Pescara notificata a mezzo pec dall'Avv. [REDACTED] in data 1.7.2020 e relativa attestazione di conformità.*
 3. *Fascicolo del primo grado di giudizio (sarà depositato in cancelleria, dopo la designazione del Collegio e la conferma della data della prima udienza, trattandosi di fascicolo in parte analogico ed in parte informatico).*
- B) Insiste per la rinnovazione della ctu per tutte le motivazioni espresse nel presente atto, nelle note critiche alla ctu in primo grado, ed in comparsa conclusionale. Insiste altresì nell'ammissione dei capitoli di prova testimoniale articolati nelle note ex art. 183 n 2 cpc e non ammessi con l'ordinanza istruttoria del 10.11.2019, ossia i capitoli 4,5,6,7,12,13,14,15."**

I.9. Si costituisce l'appellata *Pt_2* che conclude come segue: *"Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello di L'Aquila, respinta e disattesa ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione, in via preliminare:*
- *rigettare l'istanza di sospensione della esecutorietà della sentenza n. 660/2020 del Tribunale di Pescara, pubblicata in data 22.06.2020, in quanto infondata, illegittima e priva dei presupposti del "periculum" e del "fumus boni iuris";*

in via principale:

- integralmente rigettare l'appello proposto, perché inammissibile e, comunque, infondato in fatto e in diritto e, per tutti i motivi sopra esposti, confermare la sentenza n. 660/2020 del Tribunale di Pescara, pubblicata in data 22.06.2020, con condanna dell'appellante alle spese e competenze del doppio grado di giudizio.

in via subordinata,

-nella denegata ipotesi di accoglimento, anche parziale, dell'appello proposto dal sig. **Parte_1** integralmente rigettare, poiché ritenuta infondata sia nell'an che nel quantum, la domanda spiegata nell'atto introduttivo del giudizio, per tutti i motivi dedotti in narrativa;

- ridurre, in ogni caso, la pretesa attorea in quanto manifestamente eccessiva e graduare la condanna sulla base delle responsabilità del Sig. **Parte_1** nella determinazione dell'evento di danno, in applicazione del disposto di cui all'art 1227 c.c..

Con vittoria di spese e competenze di giudizio del doppio grado di giudizio, da distrarsi direttamente in favore dello scrivente procuratore che all'uopo si dichiara antistatario, ai sensi dell'art. 93 c.p.c.

In via istruttoria,

- si oppone all'ammissione della prova orale così come ex adverso richiesta ed, in particolare, all'ammissione del capitolo n. 4, poiché formulato genericamente, oltre che teso a provare circostanze irrilevanti al fine del decidere; del capitolo n. 5, poiché contenente giudizi e valutazioni non demandabili a testimoni, oltre che avente ad oggetto circostanze che devono essere provate documentalmente; del capitolo n. 6, poiché irrilevante ai fini del decidere, dei capitoli nn. 5, 7, 12,13,14 e 15, poiché contengono giudizi e valutazioni non demandabili a testimoni, oltre che aventi ad oggetto circostanze che devono essere provate documentalmente ed, infine, del capitolo n. 10, poiché avente ad oggetto un fatto negativo che in quanto tale è inammissibile.

Nella denegata ipotesi di ammissione dei capitoli di prova, così come ex adverso formulati, comunque epurati da giudizi e valutazioni, si chiede l'abilitazione alla prova contraria, diretta ed indiretta, a mezzo dei testi indicati nella memoria ex art. 183 c.p.c. n. 2 dell'Azienda sanitaria convenuta;

- si oppone, altresì, alla richiesta di rinnovazione della CTU medico-legale in quanto palesemente inammissibile, infondata, ultronea e superflua, per essere una ripetizione ingiustificata di un'attività già validamente e correttamente svolta nel giudizio di primo grado.

-chiede darsi atto della produzione documentale allegata.

Si producono i seguenti documenti:

- 1) atto di citazione in appello;
- 2) sentenza n. 660 del 22.06.2020 notificata in data 01.07.2020;
- 3) relazione peritale di Ctu espletata nel procedimento di primo grado;
- 4) fascicolo del giudizio di primo grado con attestazione di conformità."

I.10. Con ordinanza del 24 marzo 2023, questo Collegio disponeva un nuovo accertamento peritale che rispondesse al seguente quesito: "valuti il CTU se i trattamenti diagnostici terapeutici e chirurgici cui venne sottoposto l'attore ^{Par} **Parte_1** rispondano ai canoni della corretta scienza medica ovvero se siano ravvisabili profili di negligenza, imprudenza e imperizia e nei confronti di chi siano eventualmente configurabili, in particolare (1) valutando alla stregua dei criteri della scienza medico-legale: a) la correttezza dell'intervento chirurgico; b) la genesi dell'infezione (nosocomiale o non); c) l'incidenza del processo infettivo nella serie causale che ha condotto all'evento lamentato dalla parte attrice; d) l'esistenza e l'adequatezza della terapia antibiotica somministrata dal personale medico prima e dopo l'intervento; e) l'incidenza nel processo causale che ha condotto all'evento del rifiuto del paziente a sottoporsi immediatamente all'intervento cruento; f)

l'esistenza di un'adeguata informativa al paziente; (2) indicando in ogni caso e stimando secondo i criteri della medicina legale le conseguenze dannose derivatene all'attore medesimo”;

I.11. Il nominato dottor Persona_2 depositava la sua relazione il 6 luglio 2023

I.12. All'udienza del 7 novembre 2023, la causa veniva presa in decisione con la concessione dei termini ordinari.

I.13. I motivi di appello devono ora essere esaminati alla luce delle nuove acquisizioni istruttorie.

II. Motivazioni della decisione.

II.1. I primi due motivi di appello sono da trattarsi unitariamente secondo le ragioni che appresso si illustrano.

II.2. **Primi due motivi di impugnazione: “Omessa pronuncia. Violazione dell’art. 112 c.p.c.”; ed “Erronea esclusione della prova del nesso di causa a) Violazione dell’art. 40 c.p. b) violazione delle leggi scientifiche di copertura”**

II.3.

II.4. Afferma l'appellante di aver fondato la propria domanda risarcitoria su due condotte diverse dei sanitari: a) aver operato senza appropriate condizioni di asepsi; b) aver prescritto una cura antibiotica insufficiente o inadeguata. Il giudice avrebbe considerato solo il primo aspetto trascurando di considerare il secondo e quindi omettendo una pronuncia in merito.

II.5. L'appellante afferma infatti che prima dell'intervento al paziente sono stati somministrati due antibiotici: Org_2 e il CP_2 ma con un dosaggio che, ad avviso dell'appellante, era insufficiente a consentire una copertura. Dopo l'intervento di osteosintesi del 16 giugno 2012, invece, i medici non hanno prescritto alcuna terapia antibiotica (circostanza che risulterebbe dalla cartella clinica, foglio 8/178, allegata sub 1 al fascicolo attoreo di primo grado.).

II.6. In conclusione, quindi, sia che l'infezione fosse insorta in ospedale sia che fosse insorta fuori dal nosocomio, i medici sono da considerarsi responsabili, nel secondo caso secondo il criterio del più probabile che non, dello sviluppo del processo infettivo difettando una corretta profilassi antibiotica.

II.7. La Parte_3 sostiene l'opposto in quanto il trattamento con antibiotici previsto prima dell'intervento deve ritenersi adeguato ed è documentato nella cartella clinica, nel diario clinico e nella scheda anestesiologicala relativa all'intervento del 16 giugno 2012. Emerso il processo infettivo, i sanitari avrebbero trattato il paziente prontamente e in modo adeguato durante il ricovero e durante i successivi controlli ambulatoriali, mediante la somministrazione di antibiotici idonei, prescritti dallo specialista infettivologo sulla base dell'esito dell'esame colturale e dei vari prelievi.

II.8. Inoltre, la parte appellata richiama sul punto la posizione dell'ausiliario del giudice di primo grado il quale ha escluso condotte negligenti dei sanitari e ne riporta alcune affermazioni: *“sicuramente si può affermare che i medici dell' Org_1 [...] hanno dimostrato grande professionalità e non da ritenerli responsabili di malpratiche”; - “i sanitari del P.O. di CP_1 hanno avuto cura del paziente e l'intervento è stato eseguito nel rispetto delle linee guida e della buona pratica medica”; - “il trattamento dell'infezione è stato molto pressante ed i sanitari hanno fatto ricorso ai farmaci di elezione nelle linee guida”.*

II.9. Non si può certo concludere che il giudice nel suo lungo e dettagliato excursus motivazionale, abbia ommesso di pronunciarsi sul punto. Piuttosto, il Tribunale ha ritenuto (è da vedere se a torto o ragione) che dall'istruttoria non fosse risultato provato il nesso di causalità materiale tra l'intervento eseguito e il processo infettivo, causa dei danni subiti dal [REDACTED] Mancato il sostrato oggettivo della responsabilità, il primo giudice ha ritenuto superfluo l'esame di quello soggettivo,

ossia dell'imputabilità del danno evento alla condotta dei sanitari. In sintesi, il primo giudice ha ritenuto non provato che la causa delle infezioni fosse nosocomiale e quindi ha disposto il rigetto esplicito della domanda attorea e implicito di tutte le altre censure sollevate da parte attrice nel giudizio di primo grado.

II.10. Non ricorrono quindi gli estremi della violazione dell'articolo 112 c.p.c. che condurrebbero altrimenti alla nullità della sentenza di primo grado.

II.11. Tuttavia, propriamente qualificata la radice del motivo di appello, essa attiene in effetti al merito del giudizio ossia non all'omessa pronuncia del giudice su una domanda ma alla correttezza della pronuncia sotto il profilo istruttorio, logico e giuridico sicchè la questione del rilievo del trattamento dell'infezione dev'essere trattata in uno con il secondo motivo di impugnazione: "*Erronea esclusione della prova del nesso di causa a) Violazione dell'art. 40 c.p. b) violazione delle leggi scientifiche di copertura*"

II.12. Con il secondo motivo la difesa dell'appellante sottopone a critica la parte della decisione in cui il Tribunale ha escluso che, all'esito dell'istruttoria, fosse stata raggiunta la prova di un valido nesso di causa tra l'intervento chirurgico cui l'attore venne sottoposto il 16 giugno 2012 e la conseguente infezione da stafilococco e da *Pseudomonas Aeruginosa*.

II.13. In particolare, il Tribunale avrebbe errato nell'escludere la contrazione dell'infezione in ospedale sulla base della circostanza che il processo infettivo si manifestò solo il 6 luglio 2012 a distanza di 17 giorni dalle dimissioni (avvenute il 19 giugno precedente). Sulla scorta della letteratura medica illustrata in sintesi nell'atto di appello, parte appellante conclude che anche le infezioni che si manifestano in tempi relativamente brevi, come quelle da *Pseudomonas* compaiono non prima di due o tre settimane dall'intervento e nel caso specifico i sintomi esterni comparvero appunto all'incirca 20 giorni dopo l'intervento, e cioè in un tempo compreso per l'appunto tra due e tre settimane. Il primo giudicante è dunque incorso in un errore valutativo in materia (tecnico-scientifica) che non gli compete, laddove anche lo stesso ausiliario aveva ritenuto possibile che l'infezione fosse stata contratta in ospedale.

II.14. Il Tribunale sarebbe poi incorso anche in un secondo errore per non aver applicato correttamente il principio di causalità giuridica declinato secondo il criterio del "*più probabile che non*". S'egli infatti avesse considerato che "*i) le infezioni dei mezzi di sintesi sono una conseguenza non rara degli interventi di osteosintesi; ii) l'infezione comparve dopo esattamente lo stesso periodo di tempo indicato dalla letteratura specialistica come tempo di incubazione; iii) l'infezione si è manifestata nel punto dell'intervento; iv) il paziente non era infetto al momento dell'intervento*", avrebbe dovuto propendere per l'origine nosocomiale dell'infezione. Non vi erano infatti indizi di segno opposto che inducessero a una diversa conclusione, quella invece abbracciata dal primo giudice che ha optato per un'eziologia del processo infettivo collocata fuori dall'ospedale o, quantomeno, incerta.

II.15. Alla luce di questi elementi, l'appellante contesta poi che il primo giudice abbia trascurato il fatto acclarato, pacifico, che l'infezione avesse riguardato i mezzi di sintesi (viti e placca) applicati dai sanitari e rimossi con il secondo intervento. Essi rivelavano il legame tra l'intervento e l'infezione mentre il giudice di prime cure avrebbe ritenuto che ciò fosse l'esito e non la causa dell'infezione che aveva colpito il paziente.

II.16. Infine, l'appellante obietta alla parte di decisione che imputa al paziente di aver scelto, sia pur legittimamente, l'ingessatura all'intervento chirurgico pur essendo consapevole che il rinvio dell'intervento di osteosintesi avrebbe aumentato il rischio di infezione.

II.17. Il ragionamento del primo giudice sarebbe fallace per più ragioni: a) la frattura del paziente era "chiusa" ossia senza lesione dell'epidermide e senza esposizione dei frammenti ossei; b) non esiste alcuna prova che, secondo un'ipotesi

controfattuale, qualora **Parte_1** fosse stato operato prima del 16 giugno 2012, non avrebbe contratto l'infezione.

II.18. È poi un ragionamento che confligge con l'articolo 1227 c.c. che contempla al comma 1 il caso del concorso del comportamento colposo del danneggiato e che nel caso specifico non è invocabile in quanto i sanitari avevano offerto al paziente due alternative tra le quali egli aveva legittimamente scelto quella preferita, senza che ciò costituisca violazione di regole o prescrizioni, suscettibili di fondare una colpa. Del tutto inappropriato è poi che lo stesso giudice abbia invocato il principio di autoresponsabilità, asseritamente violato dal **Parte_1** posto che tale principio non avrebbe alcuno spazio applicativo in questa sede.

II.19. Per lo stesso motivo, il primo giudice, travisando i fatti, avrebbe rimproverato all'attore di essere consapevole dei rischi cui si esponeva scegliendo l'ingessatura in luogo dell'intervento. L'appellante critica l'affermazione contenuta in sentenza obiettando che l'ingessatura non ha svolto alcun ruolo nella comparsa dell'infezione.

II.20. La difesa di parte appellata fornisce sostegno alla soluzione del giudice di primo grado che ha ritenuto verosimile che le due infezioni siano comparse fuori dall'ambito ospedaliero e cita in proposito la motivazione della sentenza impugnata dal **Parte_1** *“a) l'infezione per “Pseudomonas Aeruginosa” è stata contratta dopo il primo intervento chirurgico, verosimilmente nei giorni immediatamente precedenti le visite del 6 e 9 luglio 2012, quindi a distanza di almeno due settimane dalla dimissione (avvenuta il 19 giugno 2012), dunque quando il convalescente era fuori dai locali ospedalieri;*

b) che anche la seconda infezione per “Staphylococcus haemolyticus” è stata verosimilmente contratta nei giorni antecedenti la visita del 10 settembre 2012, peraltro in assenza dei mezzi di sintesi (rimossi il 23 luglio) e dopo più di un mese dalla dimissione del secondo ricovero (avvenuta il 3 agosto 2012), anche in questo caso, quando il convalescente era fuori dai locali ospedalieri”.

II.21. Parte appellata inoltre fa leva anche sulla circostanza considerata dal giudice di primo grado secondo cui il **Parte_1** *“non ha mai provato e neanche solamente affermato, in alcuno dei suoi atti, né di essersi attenuto scrupolosamente alle raccomandazioni e medicazioni prescritte dai medici curanti in occasione di ogni visita, né di aver, comunque, tenuto, durante tutto il periodo di cura, un comportamento diligente, corretto e prudente volto ad evitare egli stesso, in primis, il rischio di infezione”.* Anche sul legame tra le infezioni e i mezzi di sintesi, la difesa dell'appellata rinvia alla decisione e all'accertamento peritale che ha escluso la responsabilità dei sanitari i quali avrebbero rispettato e adottato le raccomandazioni del sistema di sorveglianza nazionale delle infezioni nosocomiali per la prevenzione del sito chirurgico. In particolare il perito di ufficio avrebbe certificato che: *“sono state poste in atto ed applicate tutte le direttive nazionali per la prevenzione delle infezioni ospedaliere in un ospedale che ha una casistica molto bassa, non superiore al 1% per anno”.* La difesa della **Pt_2** sottolinea che l'**Organizzazione_1** è dotato di protocolli per la prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria - e riferiti alla igiene delle mani, al lavaggio delle mani antisettico, all'antisepsi alcoolica, al lavaggio chirurgico oltre che di linee guida igienico sanitarie e di profilassi antibiotica, che assicurano i più elevati standard di sicurezza delle procedure di gestione del personale, degli ambienti e delle attrezzature, con le quali il Sig. **Parte_1** è venuto in contatto. Il rispetto concreto di tali raccomandazioni e linee guida è stato confermato dal personale sanitario escusso, dottori **CP_3**, **Per_3**, **Per_4**, **Per_5** del presidio ortopedico dell'**Organizzazione_1** nonché dagli infermieri **CP_4**, **CP_5**, **CP_6** e **CP_7**.

II.22. In ogni caso, ritiene parte appellata che, quand'anche si ritenesse fondata l'ipotesi dell'origine nosocomiale dell'infezione, nessuna responsabilità sia ascrivibile ai sanitari e alla **Pt_2** dato che il rischio di infezioni nosocomiali è

prevedibile ma in nessun modo prevenibile anche adottando ogni precauzione prevista dai protocolli.

II.23. L'appellata ritiene corretta la decisione di primo grado anche nella parte in cui il giudice ha annotato il significativo ruolo causale delle scelte del paziente nell'eziologia del danno. Diagnosticata una *“frattura spiroide malleolo peronale. Distacco di un frammento dall'apice del malleolo tibiale. Sperone calcaneare plantare e posteriore”* (pag. n. 94 della cartella clinica in atti), i medici avrebbero consigliato l'esecuzione di un intervento sia il 25 maggio 2012 in sede di primo accesso sia al primo controllo successivo in data 7 luglio 2012. Tale rifiuto, secondo la stessa sentenza, avrebbe favorito l'insorgere dell'infezione.

II.24. Infine, il paziente avrebbe contribuito ad aggravare la situazione non osservando le prescrizioni dei medici anche quanto alla terapia antibiotica, un atteggiamento negligente che rilevarebbe ai fini dell'articolo 1227, comma 1, c.p.c.

II.25. A questo punto, è ineludibile l'esame della perizia del dottor **Per_1**, CTU nominato dal Tribunale di Pescara, il quale, chiamato a dare una valutazione della correttezza professionale dei medici dell'ospedale ha, in buona sintesi, ritenuto quanto segue: *“non sono ravvisabili i profili di negligenza, imprudenza e imperizia indicando in tal caso che le conseguenze dannose derivatene all'attore medesimo sono riconducibili alle possibili conseguenze del tipo di intervento sia della possibile infezione in sede della ferita da osteosintesi, che l' osteosintesi senza un'adeguata riduzione della sede di lesione, con persistenza di diastasi della tibio-peroneale che non è riconducibile a Danno Iatrogeno”* (pagina 19 della perizia di primo grado); ha poi considerato la contrazione dell'infezione una *“complicanza ricorrente in tutte le strutture ospedaliere su tutto il territorio nazionale anche nelle semplici degenze ospedaliere anche senza ricorrere ad interventi chirurgici.”* E che quindi: *“nell' **Parte_5**, sono state poste in atto ed applicate tutte le direttive nazionali per la prevenzione delle infezioni ospedaliere”* (pp. 19 e 20).

II.26. Il CTU **Per_1** ha quindi ritenuto che la struttura ospedaliera e il suo personale avesse fatto quanto necessario a prevenire l'infezione ma che questa si è manifestata come complicanza (fisiologica e possibile conseguenza del tipo di operazione effettuata) mentre l'intervento chirurgico è stato correttamente eseguito e le conseguenze negative lamentate dal paziente sono state effetto dell'errata scelta di quest'ultimo di rifiutare l'intervento così procrastinandolo di una ventina di giorni.

II.27. Nei chiarimenti forniti dal CTU **Per_1** alle osservazioni del dottor **Per_6**, l'ausiliario del Tribunale ha aggiunto che *“la non corretta riduzione della diastasi non riconducibile alla condotta erranea dei **Controparte_8** [...] il ritardo di 21 giorni per l'intervento ortopedico per volontà del [...] **Pt_1** ed inoltre la rimozione anticipata dei mezzi di sintesi per l'infezione in sede di intervento, anche quest'ultima causata dall'intervento ortopedico non nell'immediato dell'infortunio.”* e che l'infezione era stata correttamente trattata: *“si può riscontrare un trattamento dell'infezione molto pressante e ricorrendo ai farmaci di elezioni nelle linee guida”*.

II.28. Quanto all'astratta quantificazione delle conseguenze in tema di danno permanente e inabilità temporanea la CTU svolta in primo grado non differisce significativamente da quella effettuata dal dottor **Per_2**, ausiliario di questa Corte.

II.29. Le ragioni fondamentali che hanno imposto una nuova istruttoria tecnica sul punto sono da ricercarsi sia nelle affermazioni apodittiche con cui il primo CTU ha ritenuto corretto l'operato dei medici in quanto conforme alle linee guida senza una doverosa, analitica descrizione del trattamento medico utilizzato sia nell'erroneo utilizzo in ambito medico-legale del concetto di “complicanza” al fine di valutare la responsabilità dei sanitari. Ma più di ogni altra ragione, è la stessa struttura del ragionamento del giudice di primo grado ad aver imposto una verifica della fondatezza di taluni asserti della decisione, come sarà meglio spiegato di seguito.

II.30. A proposito delle linee guida anche di recente Cassazione civile sez. III, 11/12/2023, n.34516 ha ripetuto l'insegnamento secondo cui: *“deve ricordarsi che questa Corte ha ripetutamente escluso sia una rilevanza normativa delle linee in parola, sebbene siano un parametro di accertamento della colpa medica (Cass., 29/04/2022, n. 13510), sia, soprattutto, una generale rilevanza "parascriminante" delle stesse che non assurgono "al rango di fonti di regole cautelari codificate, non essendo né tassative né vincolanti, e comunque non potendo prevalere sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la miglior soluzione per il paziente. Di tal che, pur rappresentando un utile parametro nell'accertamento dei profili di colpa medica, esse non eliminano la discrezionalità giudiziale, libero essendo il giudice di valutare se le circostanze del caso concreto esigano una condotta diversa da quella prescritta (Cass. pen. 16237/2013; 39165/2013).”*.

II.31. Quanto alla *"complicanza"*, essa è un fenomeno rilevabile nella statistica sanitaria che – sebbene indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto durante l'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile – è priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può soltanto ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile e, quindi, ascrivibile a colpa del sanitario, o non prevedibile o non evitabile, così da integrare gli estremi della causa non imputabile (Cassazione civile , sez. VI , 29/11/2022 , n. 35024).

II.32. Non è dunque sufficiente che il CTU affermi che le infezioni che hanno colpito il paziente *Parte_1* siano una complicanza ossia un evento statisticamente infrequente rispetto al quale i medici hanno applicato le linee guida di prevenzione perviste. Per escludere la responsabilità dei sanitari, è necessario che in concreto sia verificato dal perito che lo specifico evento non fosse né prevedibile né evitabile.

II.33. Quanto alle ragioni fondanti della sentenza, si osserva che il giudice di primo grado ha ritenuto che già sul piano della causalità materiale, il *Parte_1* non avrebbe dimostrato che l'infezione sia sorta in ospedale; che il rifiuto del paziente, in un primo momento, di sottoporsi all'operazione chirurgica, l'unica idonea nel caso specifico per rimediare all'infortunio, avrebbe agevolato la comparsa dell'infezione, quantomeno come fattore di rischio della comparsa della stessa; che proprio la *“comparsa di secrezione siero-purulenta, deiscenza della ferita”*, con i confermati esiti infettivi da *Pseudomonas Aeruginosa*, ha provocato il secondo ricovero in ospedale (il 9 luglio 2012) e la decisione necessaria di rimuovere anticipatamente i mezzi di sintesi, risultati positivi all'esame colturale e ABG.

II.34. In questa sequenza argomentativa vi è un salto logico che appare evidente a pagina 30 quando il Tribunale afferma: *“Pertanto, focalizzando il locus et tempus del contagio microbiologico, va rilevato che l'infezione per “Pseudomonas Aeruginosa” è stata contratta dopo il primo intervento chirurgico, verosimilmente nei giorni immediatamente precedenti le visite del 6 e 9 luglio 2012, quindi a distanza di almeno due settimane dalla dimissione (avvenuta il 19 giugno 2012), dunque quando il convalescente era fuori dai locali ospedalieri; e che anche la seconda infezione per “Staphylococcus haemolyticus” è stata verosimilmente contratta nei giorni antecedenti la visita del 10 settembre 2012, peraltro in assenza dei mezzi di sintesi (rimossi il 23 luglio) e dopo più di un mese dalla dimissione del secondo ricovero (avvenuta il 3 agosto 2012), anche in questo caso, quando il convalescente era fuori dai locali ospedalieri.”*

II.35. Il sillogismo del giudice di primo grado è compendiabile come segue: poiché le infezioni sono la causa del danno patito e poiché il danneggiato non ha dato prova del fatto che le infezioni siano di matrice nosocomiale, l'ospedale, che ha adottato tutte le cautele previste dalle linee guida, non è responsabile dell'illecito.

II.36. Il CTU di primo grado tuttavia non ha in alcun modo accertato che le infezioni siano più verosimilmente insorte fuori dall'ambito ospedaliero essendosi limitato ad affermare che tali infezioni sono appunto *“complicanze”* (pp. 19-20 della

perizia) e quindi semmai confermando che esse normalmente emergano in ambito ospedaliero.

II.37. L'assunto del Tribunale si regge sul convincimento che, sebbene il primo intervento chirurgico sia stato effettuato il 19 giugno 2012, l'infezione da *Pseudomonas Aeruginosa* sia insorta, non come conseguenza di tale intervento ma solo qualche giorno prima delle visite del 6 e 9 luglio 2012 ossia circa due settimane dopo il primo intervento. Un simile ragionamento appare privo di qualsiasi conforto tecnico poiché, come segnalato dall'appellante, è ben possibile (ed anzi più probabile) che l'infezione registrata alle visite del 6 e 9 luglio 2012 fosse stata provocata dal primo intervento proprio in ragione dell'intervallo di circa due settimane. Secondo il Tribunale la prima, come anche la seconda infezione (da "*Staphilococcus haemolyticus*"), dovevano ricondursi a ragioni extra-nosocomiali sul semplice presupposto che il paziente era stato dimesso.

II.38. Nelle pagine 30 e 31, la sentenza adombra a carico del paziente la mancata prova di non aver tenuto un comportamento diligente: *"Infatti, nulla esclude (rectius: il creditore non elimina il dubbio, che era suo onere eliminare) che l'infezione possa essere derivata da fattori di trasmissione "esterni" alla struttura ospedaliera, ad esempio in ambiente domestico, e l'attore non ha mai provato e neanche solamente affermato, in alcuno dei suoi atti, né di essersi attenuto scrupolosamente alle raccomandazioni e medicazioni prescritte dai medici curanti in occasione di ogni visita, né di aver comunque tenuto, durante tutto il periodo di cura, un comportamento diligente, corretto e prudente volto ad evitare egli stesso, in primis, il rischio di infezione, come è lecito attendersi da parte di chiunque – purché debitamente informato - riporti un trauma del tipo di quello sofferto dall'attore (frattura della caviglia del piede sinistro) e si sottoponga ad intervento chirurgico (arg. ex artt. 1175 e 1375 c.c)."* L'onere probatorio che la decisione scrutinata ritiene incombere sul danneggiato appare nella sostanza "diabolico" nei suoi contenuti, oltre che giuridicamente incongruo tenuto conto di come si distribuisca l'onere della prova in materia contrattuale dove l'obbligato è il soggetto che ha l'onere di provare il corretto adempimento potendo poi eccepire e dedurre in modo circostanziato gli inadempimenti altrui. Ma anche secondo le acquisizioni della scienza medica, nella CTU dell'ausiliario di questa Corte, è emerso che il trattamento antibiotico utilizzato prima e in congiunzione con l'intervento non era il più adeguato.

II.39. L'affermazione perentoria del Tribunale - che ha ritenuto l'infezione certamente di origine non ospedaliera - appare decisamente imprudente nella misura in cui si avvale di un proprio giudizio di natura tecnico-medica per escludere con certezza l'insorgenza nosocomiale di un'infezione in contraddizione con la comune esperienza. In contraddizione anche con la CTU di primo grado che sullo specifico punto concernente l'origine dell'infezione non afferma affatto come certa né come più probabile la genesi extra-ospedaliera anzi limitandosi a ritenerla una mera complicanza correttamente affrontata con il semplice rispetto delle linee guida. Ciò rendeva ineludibile un nuovo accertamento tecnico per verificare se effettivamente la conclusione cui è arrivato il giudice di prime cure (in mancanza di un parere dettagliato sul punto da parte del CTU di primo grado) fosse fondata alla stregua della scienza medica. Se infatti si assume come coerente il sillogismo del Tribunale di Pescara sopra descritto ma la premessa minore del medesimo si rivelasse non corretta, il sillogismo diverrebbe un entimema la cui conclusione è irrimediabilmente errata.

II.40. La CTU del dottor Per_2 giunge sul punto a conclusioni diverse da quelle su cui si basa la sentenza del Tribunale di Pescara. A pagina 27, il dottor Per_2, dopo aver riferito circa la comune insorgenza di infezioni nei siti chirurgici afferma che: *"In accordo con la definizione del Organizzazione_3 [...] per infezione del sito chirurgico (SSI, Organizzazione_4) è da intendersi un'infezione che si verifica entro 30 giorni dall'intervento chirurgico, o*

entro 1 anno se in seguito alla procedura chirurgica viene lasciato in situ un impianto, ovvero un corpo estraneo impiantabile di origine non umana (Global guidelines for the prevention of surgical site infection, second edition ISBN 978-92-4-155047-5 © Organizzazione_5 2018)”.

II.41. Poiché tali infezioni sono ricorrenti in sede chirurgica, specie ortopedica, la profilassi che riduca il rischio di contrazione di infezioni nosocomiali richiede l'utilizzo di antibiotici specifici. Qui si registra una prima mancanza dei sanitari poiché: *“Benché la Organizzazione_6) sia un potente antibiotico antistafilococcico, il farmaco non è utilizzato in profilassi chirurgica, avendo bisogno, anche quando viene impiegato in terapia, di una dose di carico di almeno 800 mg in un soggetto con le caratteristiche antropometriche del Parte_1 Il Cefotaxime (Batixim) è una cefalosporina di terza generazione; il suo impiego può essere giustificato solo in mancanza di cefalosporine di I o II generazione. Nel caso specifico, al ricorso a una profilassi antibiotica non convenzionale è seguita l'omessa prosecuzione del trattamento nelle prime 24 ore che, considerati l'obesità del paziente e i circa 20 giorni trascorsi fra l'episodio traumatico e l'intervento di osteosintesi, avrebbe rappresentato una condotta sicuramente più prudente”.* (relazione Per_2 , pp. 32-33)-

II.42. Il secondo errore dei sanitari è consistito nell'aver eseguito la seconda operazione solo a distanza di 17 giorni (precisamente il 23 luglio 2012) dal momento in cui, in sede di eliminazione dei punti di sutura, veniva riscontrato il processo flogistico in atto sulla ferita (6 luglio 2012). Sul punto il dottor Per_2 afferma che in questi casi la terapia antibiotica non è efficace da sola, soprattutto se non si procede alla sostituzione dei mezzi di sintesi.

II.43. Infine, l'ausiliario della Corte ha verificato - cosa che banalmente avrebbe potuto verificare anche il CTU di primo grado previo il solo esame della documentazione agli atti - che manca l'esame microbiologico dei mezzi di sintesi che avrebbe consentito una terapia antibiotica mirata. Questo errore ha determinato, assieme al ritardo nell'intervento, un prolungamento dei tempi di cura e di eradicazione dell'infezione. Questa ricostruzione, logica e coerente, smentisce la speculazione del primo giudice secondo il quale il ripresentarsi dell'infezione a distanza di 37 giorni dalle dimissioni del paziente, sarebbe indizio dell'estraneità dei mezzi di sintesi al processo infettivo. Avrebbe dovuto il nosocomio dimostrare l'infezione riscontrata sui mezzi di sintesi e l'utilizzo di un'accurata terapia antibiotica.

II.44. La conclusione del CTU Per_2 si pone in contrasto con quella del giudice di primo grado: *“In sintesi, pertanto, considerati i tempi di manifestazione dell'infezione del sito chirurgico, è possibile affermare che il Sig. Parte_1 [...] ha sofferto di un'infezione nosocomiale, oggi meglio definita come infezione correlata all'assistenza, di tipo precoce”.* Nemmeno il CTU di primo grado ha negato l'origine nosocomiale dell'infezione, quantomeno secondo i canoni giuridicamente validi di probabilità: *“i campionamenti sono stati corretti ed hanno dimostrato la presenza nella cute di germi residenti responsabili di infezioni nosocomiali ma non da mezzo di sintesi. Inoltre sono state attuate tutte le profilassi congrue per le infezioni nosocomiali...”* (pag. 19 relazione CTU) (sebbene agli atti manchi l'esito dell'esame microbiologico dei mezzi di sintesi).

II.45. A queste critiche puntuali del CTU Per_2 la parte appellata oppone delle considerazioni non condivisibili.

II.46. La difesa dell' Pt_2 afferma che il CTU Per_2 cade in contraddizione poiché afferma: *“Ed infatti, il CTU, in risposta al quesito sulla “genesì dell'infezione (nosocomiale o non)”, da una parte ha affermato che “non è possibile individuare esattamente la causa dell'infezione del sito chirurgico, dall'altra - contraddicendosi - ha dedotto che la “genesì dell'infezione è di sicura origine ospedaliera.”* Non c'è nessuna contraddizione in questo perché si tratta di due piani

causali distinti. Il CTU afferma che non è possibile ricostruire come si sia infettato il sito chirurgico nonostante le precauzioni adottate ma questo non è incompatibile, anzi è presupposto dell'infezione nosocomiale. Altro è spiegare come si sia infettato il sito chirurgico (spesso ad opera di batteri ultrasensibili e tipicamente ospedalieri) altro è dire che il paziente si è infettato su quel sito.

II.47. Circa il rifiuto del paziente di sottoporsi all'intervento subito dopo il trauma, data l'origine nosocomiale dell'infezione, esso non ha giocato un ruolo significativo nell'emersione dell'infezione avendo semmai differito la “*stabilizzazione clinica della frattura*”. (relazione *Per_2* p. 40).

II.48. La parte appellata afferma che sia stato anche testimonialmente provato che tutte le cautele logistiche adottate *in situ* per la prevenzione delle infezioni sono state adottate dal P.O. di *CP_1*. Ma l'obiezione non coglie nel segno poiché il CTU *Per_2* – e questo stesso collegio - non rimprovera ai sanitari di non aver seguito le linee guida ma constata l'inadeguata profilassi preventiva (antibiotico non efficace), il ritardo nell'effettuare il secondo intervento (preceduto da un inutile trattamento mediante antibiotico) e la mancata adozione di un trattamento antibiotico mirato dopo l'estrazione dei mezzi di sintesi. In questo quadro, è evidente che anche il ritardo dovuto all'iniziale rifiuto del paziente di sottoporsi all'intervento chirurgico, correttamente suggerito dai medici, non ha un peso causale apprezzabile.

II.49. Del tutto generiche sono poi le affermazioni del CTU di prima istanza [...] *Per_1* a cui la parte appellata si richiama come quelle che seguono: “*non sono ravvisabili profili di negligenza, imprudenza ed imperizia nei confronti dei sanitari del [] di Pescara...l'osteosintesi senza adeguata riduzione della sede di lesione, con persistenza di diastasi della tibio-peroneale non è riconducibile a danno iatrogeno ma per scelta del Sig. Parte_1 di non sottoporsi ad intervento cruento, finché a distanza di 21 giorni, in data 21.06.2015 si recava in Ospedale per sottoposto ad un intervento ortopedico. L'intervento di osteosintesi è stato eseguito in incolpevole ritardo a seguito del rifiuto iniziale del ricorrente del 25.05.2012*”. Il CTU [...] *Per_1* non solo non spiega perché tale ritardo del primo intervento sarebbe stato determinante per un'infezione che lo stesso CTU ritiene nosocomiale sebbene inevitabile ma, soprattutto, trascura di considerare in modo puntuale come è stata trattata l'infezione, quale peso abbia avuto nella produzione o nell'aggravamento del processo flogistico il ritardo nell'effettuare il secondo intervento (una volta verificata l'esistenza dell'infezione), l'accuratezza della terapia antibiotica, l'assenza dei risultati dell'esame dei mezzi di sintesi, tutte circostanze centrali nella ricostruzione dell'evento oggetto di causa.

II.50. Uniformandosi agli accertamenti del CTU la cui correttezza e coerenza valutata in modo estrinseco dalla Corte, appare robusta, bisogna quindi concludere che: “*Al riguardo va aggiunto, però, che l'inadeguata profilassi antibiotica praticata e la mancata prosecuzione del trattamento nelle 24 ore successive hanno ragionevolmente concorso, unitamente a possibili deficienze nella globale condotta assistenziale, alla genesi dell'infezione del sito chirurgico di sicura origine ospedaliera*”; che, dato pacifico per tutti i soggetti coinvolti nel giudizio, anche come ausiliari: “*va rilevato che l'infezione ha sicuramente complicato il decorso della malattia causando un differimento della stabilizzazione clinica della frattura bimalleolare scomposta della caviglia sinistra riportata da Parte_1 il 25.5.2012*.” e che (come accertato anche dal primo CTU): “*È molto probabile, però, che l'anticipata rimozione dei mezzi di sintesi infetti abbia potuto concorrere al risultato non ottimale conseguito dagli ortopedici*.” E che quanto alla responsabilità dei medici: “*va richiamato quanto poco sopra segnalato a proposito della profilassi antibiotica eseguita con farmaci non indicati somministrati, peraltro, a dosaggi non adeguati alle caratteristiche del paziente. Nel caso specifico, inoltre, al ricorso a una profilassi antibiotica non convenzionale è seguita l'omessa prosecuzione del trattamento nelle prime 24 ore che, considerati l'obesità del paziente e i circa 20*

giorni trascorsi fra l'episodio traumatico e l'intervento di osteosintesi, avrebbe rappresentato una condotta sicuramente più prudente".

II.51. Deve essere quindi accolta la ricostruzione di merito emergente dai primi due motivi di impugnazione e considerarsi accertata la responsabilità della struttura sanitaria convenuta/appellata con le conseguenze che in appresso si dettagliano quanto al risarcimento dei danni.

II.52. Per effetto di tale accoglimento, sono assorbiti gli altri motivi di appello inclusi quelli riguardanti l'assunzione della prova testimoniale, del tutto irrilevante ai fini del concreto accertamento delle violazioni contrattuali effettivamente constatate all'esito della CTU condotta in appello.

II.53. Circa la misurazione del danno il CTU ha ritenuto che: *"Tenuto conto che l'intervento di osteosintesi è stato ritardato di circa 20 giorni per lo specifico rifiuto al trattamento espresso dal paziente e che il Parte_1 è stato ricoverato per circa un mese, dal 9.7 al 3.8.2012, l'inabilità temporanea secondaria all'inadeguato trattamento può essere quantificata in complessivi 90 giorni di cui 26 di inabilità assoluta, corrispondenti alla durata del ricovero, 24 di inabilità temporanea al 75%, relativi al periodo immediatamente successivo caratterizzato da una sintomatologia doloroso-disfunzionale più significativa e da un maggiore carico assistenziale, 20 al 50% e 20 giorni al 25%".*

II.54. Circa il danno permanente: *"A parere dello scrivente, pertanto, gli esiti permanenti correlati alla inadeguata condotta configurano un maggior danno biologico equamente valutabile nella misura del 4% a decorrere dal 7° percentile".* Più precisamente: *"Considerato che una frattura bimalleolare scomposta della caviglia correttamente trattata guarisce con postumi dell'ordine del 6%, gli esiti permanenti correlati alla inadeguata condotta configurano un maggior danno biologico equamente valutabile nella misura del 4% a decorrere dal 7° percentile".*

II.55. Sul danno permanente l'appellata non esprime una critica autonoma limitandosi ad affermare che nessuna responsabilità avrebbero i sanitari nella causazione dell'evento, ciò che è smentito da quanto sopra riassunto. Dev'essere quindi confermata la valutazione del CTU Per_2 , grosso modo non lontana da quella prospettata dallo stesso CTU Per_1 nella relazione difesa strenuamente dall' Pt_2

II.56. Sulla scorta dei principi espressi da ultimo da Cassazione civile sez. III, 19/09/2023, n.26851, il danno differenziale calcolato dal CTU Per_2 deve essere calcolato sottraendo alla quantificazione del danno non patrimoniale per il danno permanente nella sua interezza, quello non attribuibile alla responsabilità dell'appellata. In questo si concorda con l'appellante Parte_1

II.57. Non si può convenire invece con la pretesa di personalizzazione del danno avanzata dalla difesa del Parte_1 perché il CTU ha doverosamente tenuto conto degli effetti invalidanti dell'errore medico - in ragione di una più precoce e più grave artrosi secondaria - all'esito di un articolato giudizio e quindi valutando gli esiti permanenti in modo più gravoso (pp. 42-43 della relazione Per_2) cui non è estranea peraltro la grave condizione di obesità del paziente. D'altro canto, lo stato attuale del paziente denota: *"minima instabilità articolare e una lieve riduzione dei movimenti di flessoestensione della caviglia e di prono-supinazione del piede; la deambulazione su terreno piano è fluida, l'accovacciamento è pressoché completo."*

II.58. Non è stato dimostrato il danno da perdita della capacità lavorativa specifica posto che il Parte_1 ha iniziato a lavorare nel 1992 come operatore geofisico alle dipendenze di aziende impegnate nella Organizzazione_7 ; nel 2015 ha però cessato ogni attività a seguito di dimissioni volontarie; soprattutto ed in ogni caso sotto questo aspetto non è ravvisabile alcun legame causale specifico tra il danno e l'errore medico.

II.59. Dev'essere invece riconosciuto il danno morale poiché, come chiarito da Cass. 12 luglio 2023, n. 19922: *"Ferma, infatti, la diversa (e non più discutibile)*

ontologia del danno morale" e ferma la necessità per la parte che ne pretenda il risarcimento di allegarlo e provarlo, occorre pur sempre considerare che:

a) trattandosi di pregiudizio che attiene ad un bene immateriale, il ricorso alla prova presuntiva può costituire anche l'unica fonte di convincimento del giudice;

b) il danneggiato ha pur sempre l'onere di allegare i fatti noti da cui risalire, in base a ragionamento inferenziale, a quello ignoto della sussistenza ed entità del pregiudizio; tuttavia, considerata la dimensione eminentemente soggettiva del danno morale, ad un così puntuale onere di allegazione non corrisponde un onere probatorio altrettanto ampio;

c) esiste, difatti, nel territorio della prova dei fatti allegati, un ragionamento probatorio di tipo presuntivo, in forza del quale al giudice è consentito di riconoscere come esistente un certo pregiudizio morale in tutti i casi in cui si verifichi una determinata lesione, posto che in tal caso la massima di esperienza può da sola essere sufficiente a fondare il convincimento dell'organo giudicante;

d) ebbene un attendibile criterio logico-presuntivo funzionale all'accertamento del danno morale quale autonoma componente del danno alla salute è quello della corrispondenza, su di una base di proporzionalità diretta, della gravità della lesione rispetto all'insorgere di una sofferenza soggettiva; tanto più grave infatti sarà la lesione della salute, tanto più il ragionamento inferenziale consentirà di presumere l'esistenza di un correlato danno morale inteso quale sofferenza interiore, morfologicamente diversa dall'aspetto dinamico relazionale conseguente alla lesione stessa (così Cass. n. 25164 del 2020, cit., cui si rimanda per una più articolata illustrazione dell'esposta struttura argomentativa);". e) da qui deriva la piena utilizzabilità ai fini della liquidazione del danno morale delle tabelle milanesi, nelle versioni successive al 2008, in quanto elaborate comprendendo nella indicazione dell'importo complessivo del danno alla persona anche una quota diretta a risarcire il danno morale, secondo il detto attendibile criterio di proporzionalità diretta, sempre che nel caso concreto tale liquidazione sia giustificata da un corretto assolvimento dell'onere di allegazione e prova nei termini predetti e non invece da un non consentito automatismo (Cass. n. 25164 del 2020, cit., ha pertanto ritenuto già correttamente compreso nella liquidazione del danno secondo le tabelle predette anche il risarcimento del danno morale e conseguentemente ritenuto che costituisce una mera duplicazione della medesima posta risarcitoria la liquidazione di ulteriore importo a titolo di danno morale)." Il diverso orientamento citato dall'appellata è oramai recessivo da tempo e non condiviso dalla giurisprudenza di questa Corte.

II.60. Analoga genericità contrassegna l'eccezione dell'appellata quanto all'invalidità temporanea quantificata dal CTU *Per_2* (anch'essa non molto dissimile dal calcolo del primo CTU, *Per_1*) che contesta il nesso causale invero sussistente.

II.61. Conseguentemente deve condividersi la soluzione del CTU *Per_2*.

II.62. Le spese mediche documentate e non specificamente contestate ma comunque ritenute congrue dal CTU di primo grado ammontano ad euro 805,99. Altre spese non sono documentate.

II.63. Il calcolo complessivo assomma ad euro 11.969,00 (pari alla differenza tra 27.887,99 e 15.918,99), già rivalutati alla data odierna, oltre interessi da calcolare devalutando la predetta somma a ritroso fino alla data dell'illecito (9 luglio 2012) e incrementandolo degli interessi al tasso legale sulla somma rivalutata di anno in anno fino al saldo.

III. Regime delle spese.

III.1. L'appello è accolto sebbene per una somma molto inferiore a quanto richiesto dall'appellante per cui, tenuto conto dell'esito complessivo del giudizio, si dispone che l'appellata *Parte_3* come rappresentata, sia condannata al pagamento in favore dell'appellante *Parte_1* al pagamento delle spese del giudizio

di primo e di secondo grado calcolate sulla base del valore del *decisum*, quale valore effettivo di causa, e quindi liquidate complessivamente quanto al primo grado in euro 5.077,00, oltre iva, cpa e spese generali al 15% ed euro 5.809,00 oltre iva, cpa e spese generali al 15%.

III.2. Le somme dovute all'appellante per le spese di lite sono da distrarsi in favore dell'avv. [REDACTED] dichiaratasi antistataria.

III.3. Il costo delle due CTU dev'essere quindi posto integralmente a carico dell'appellata.

PQM

La Corte di Appello dell'Aquila, definitivamente pronunciandosi in contraddittorio delle parti costituite nella causa civile iscritta al R.G. n. 739/2020 in secondo grado sull'appello proposto da *Parte_1* contro *CP_1* *Org_1*, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore, avverso la sentenza del Tribunale di Pescara n. 710/2015, pubblicata il 22 giugno 2020, notificata il primo luglio 2020 pronunciata a definizione del giudizio R.G. n. 710/2015, così provvede:

A. Accoglie l'appello come da motivazione e per l'effetto condanna *Controparte_1* [...], in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore a pagare in favore di *Parte_1* la somma di euro 11.969,00 (già rivalutata alla data odierna), oltre interessi e rivalutazione fino al saldo come da motivazione.

B. Condanna *CP_1* *CP_1* in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore al pagamento in favore di *Parte_1* delle spese: i) del giudizio di primo grado complessivamente liquidate in euro 5 in euro 5.077,00, oltre iva, cpa e spese generali al 15%; ii) e del giudizio di secondo grado, liquidate complessivamente in euro 5.809,00 oltre iva, cpa e spese generali al 15%; in ambo i casi con distrazione in favore del difensore dell'appellante, avv. [REDACTED] dichiaratasi antistataria.

C. Pone a carico di *Controparte_1* in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore il costo delle due CTU svolte rispettivamente in primo e secondo grado.

Così deciso nella Camera di Consiglio tenuta da remoto mediante mezzi telematici in data 22 febbraio 2024.

IL GIUDICE AUSILIARIO ESTENSORE
avv. [REDACTED]

IL PRESIDENTE
dr. Nicoletta Orlandi