



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PIACENZA
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Antonino Fazio
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **2798/2021** promossa da:

Parte_1 [C.F. C.F._1
ed ivi residente in elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Foro di Cremona sito in Romanengo (CR), che la rappresenta e difende come da procura agli atti

PARTE ATTRICE

CONTRO

Controparte_1 [C.F. P.IVA_1] con sede legale in CP_1 ██████████ in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata presso lo studio degli Avv.ti ██████████ MA-██████████ e sito in CP_1 ██████████ che la rappresentano e difendono come da procura agli atti

PARTE CONVENUTA

E CONTRO

Controparte_2 [P.IVA P.IVA_2]
con sede legale in Crema (CR), [REDACTED] in persona del presidente pro tem-
pore, elettivamente domiciliata presso lo studio degli Avv.ti [REDACTED] e

██████████ sito in CP_1 ██████████ che la rappresentano e difendono come da procura agli atti;

DOTT. Controparte_3 [C.F. C.F._2 ██████████
██████████ rappresentato e difeso dagli Avv.ti ██████████
██████████ e ██████████ entrambi del Foro di Milano, ed elettivamente domiciliato presso lo studio di quest'ultima sito in Piacenza (PC), ██████████
██████████

PARTI TERZE CHIAMATE

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come in atti.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

La presente sentenza viene redatta secondo le indicazioni dettate dagli artt. 132 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c..

1. La complessa vicenda può essere così sintetizzata. L'attrice, affetta da varie patologie pregresse, registrava come problema più invalidante la gonartrosi bilaterale, più grave a destra, insorta intorno ai trent'anni e progressivamente aggravatasi nel corso degli anni, che aveva reso necessario l'intervento chirurgico di artroprotesi. Ed invero il 20 novembre 2018 veniva ricoverata presso la *Controparte_1* per essere sottoposta, giusta prescrizione del dottor *Controparte_3* del 15 ottobre 2018, a intervento di artroprotesi del ginocchio destro. Detto specialista la operava il giorno successivo, 21 novembre 2018. Il consenso informato, sottoscritto il 6 novembre 2018, elencava dettagliatamente le diverse complicanze che potevano presentarsi a seguito dell'intervento, tra le quali quelle infettive determinate da batteri, miceti e virus. L'intervento, della durata di due ore e un minuto, si svolgeva senza particolari difficoltà di gestione del campo operatorio da parte dell'ortopedico. Il decorso post-operatorio iniziale si caratterizzava per leucocitosi neutrofila e febbre, per cui veniva somministrata alla paziente terapia con cefazolina 1+1 g/die fino al 28 novembre 2018. All'epoca la ferita operatoria appariva di bell'aspetto e i margini erano privi di segni flogistici o infettivi, tanto che si programmava la desutura dopo 8-9 giorni. Sicché il 28 novembre 2018 l'attrice veniva trasferita presso la [REDACTED] di Crema per il ciclo di riabilitazione. All'ingresso nell'istituto si dava atto che la ferita chirurgica era in ordine e medicata, senza segni di complicanze.

Il 6 dicembre 2018, in occasione della desutura della ferita chirurgica, veniva rilevata la presenza di "lieve sanguinamento" alla rimozione di un punto, che richiedeva il posizionamento di una medicazione compressiva. Nei giorni successivi persisteva un modesto gemizio ematico che si trasformava progressivamente in sieroso. Il 9 dicembre veniva segnalata una ferita sporca di sangue con applicazione di steril strep, mentre il 10 dicembre si registrava ancora una perdita di sangue di modesta entità. La situazione peggiorava il 14 dicembre, quando la ferita chirurgica presentava una perdita di discreta quantità siero-ematica.

Il 18 dicembre 2018 veniva iniziata una terapia antibiotica con Amoxicillina + Acido Clavulanico. Il 20 dicembre 2018 la cartella clinica annota: "*prosegue FKT, ferita lievemente*

secernente, già in trattamento antibiotico. Per il resto prosegue bene". Nonostante la terapia antibiotica, la secrezione continuava a essere segnalata nei giorni successivi (24, 27, 28 dicembre e 8 gennaio 2019). La paziente veniva dimessa dalla **Controparte_2** [...] il 9 gennaio 2019, con la secrezione ancora presente.

Nella notte tra l'11 e il 12 gennaio 2019 l'attrice presentava febbre alta e brividi. Il 12 gennaio 2019 consultava il dottor **CP_3** che impostava una terapia antibiotica aggiungendo Levofloxacin 500 mg due volte al giorno all **Parte_2** già in corso, consigliando inoltre l'esecuzione di una scintigrafia con leucociti marcati. Nella stessa giornata del 12 gennaio la paziente accedeva al Pronto Soccorso dell **[REDACTED]** per fuoriuscita di essudato siero-ematico dalla ferita operatoria e puntata febbrile. L'esame obiettivo rilevava un *"piccolo foro puntiforme distale con fuoriuscita di siero"*, mentre la radiografia del ginocchio destro mostrava *"esiti di posizionamento di protesi compartimentale di ginocchio con normali rapporti osteo-protetici con minima area di riassorbimento osseo periprotetico sia sul versante femorale che tibiale. Ispessimento dei tessuti molli a livello del ginocchio"*. La diagnosi di dimissione era *"Fistola in recente PTG dx"*.

Il 18 gennaio 2019, presso l'ambulatorio di Medicina Generale **[REDACTED]** di Crema, veniva così refertata: *"Ferita chirurgica con secrezioni persistenti già dopo la rimozione punti di sutura (06/12/18) in recente protesi di ginocchio... Da circa una settimana riferito peggioramento della sintomatologia algica con claudicatio e impotenza funzionale. Inoltre, riferito aumento delle secrezioni siero-ematiche in sede di punto chirurgico prima citato. Concomitante comparsa di iperpiressia da sabato 12/01 con brivido scuotente (T. max: 38,5 °C) ed episodica comparsa di materiale purulento"*. Le conclusioni dei medici erano di *"sospetta infezione precoce di protesi ginocchio destro"*. Veniva discusso il caso clinico con l'ortopedico di riferimento e si decideva una strategia conservativa programmando debridement chirurgico (i.e. rimozione materiale necrotico) in wash-out da antibiotico, prelievo e coltura dei materiali biologici e avvio di terapia antibiotica mirata con rifampicina per almeno 60 giorni.

Pertanto il 12 febbraio 2019 la signora **Pt_1** veniva nuovamente ricoverata presso la **Controparte_1**. All'ingresso presentava un ginocchio destro edematoso e caldo, con presenza di un foro di circa 4 mm in corrispondenza della cicatrice da cui spurgava materiale

sieroso. Il giorno dopo, 13 febbraio 2019, veniva sottoposta a intervento chirurgico di “revisione e debridement articolare” al ginocchio destro, con prelievo di tessuto periprotetico e di liquido sinoviale per esame colturale e antibiogramma. Durante l’intervento si procedeva alla pulizia in regione distale di tessuto malacico, senza riscontro di pus. Il tendine rotuleo appariva malacico, per cui si soprassedeva alla rimozione del polietilene protesico per sua sostituzione a causa delle difficoltà di esposizione articolare. Venivano eseguiti abbondanti lavaggi e iniziata terapia antibiotica empirica con Ciprofloxacina 200mg due fiale per due volte al giorno più Rifampicina 600 mg una somministrazione al giorno.

Il 20 febbraio 2019 l’esito della coltura di liquido endo-articolare con antibiogramma accertava positività per MSSA (Stafilococco Aureus Sensibile alla Meticillina), multisensibile. Nessuna crescita risultava dalla biopsia pre-implantare.

Il 21 febbraio 2019 la paziente veniva dimessa con diagnosi di *“infezione in protesi di ginocchio dx”* e terapia prescritta di rifampicina 300 mg due volte al giorno e Ciproxin 500 1 compressa due volte al giorno per 60 giorni, oltre a EBPM, calze antitrombo, carico progressivo assistito e fisioterapia con medicazioni.

I controlli successivi mostravano un miglioramento degli indici di flogosi: VES 62 e PCR 3.17 il 28 febbraio, VES 39 e PCR 0.72 il 12 marzo. Le visite infettivologiche del 16 marzo e 5 aprile confermavano la prosecuzione della terapia antibiotica, mentre l’ecografia del ginocchio del 5 aprile rilevava un *“tramite fistoloso che dal pertugio cutaneo si approfonda sino alle strutture articolari con componente gassosa nel contesto senza peraltro raccolte significative su cui effettuare artrocentesi”*.

Nonostante la terapia antibiotica mirata, la situazione non migliorava. Il 9 aprile 2019 la paziente si sottoponeva a consulenza ortopedica presso il professor Persona_1 di Milano, che diagnosticava *“Infezione con fistola ginocchio dx protesizzato novembre 2018”* e consigliava *“Ricovero per rimozione impianto e vite ATA + spaziatore antibiotato con clindamicina + gentamicina + vancomicina”*.

L’11 maggio 2019 la signora Pt_1 veniva ricoverata presso l’[REDACTED] di Milano per essere sottoposta, il 13 maggio, all’intervento chirurgico proposto dal professor Per_1. L’intervento prevedeva accurata sezione per piani con pulizia e courettage dei tessuti infettivo-necrotici, con riscontro di danneggiamento di un terzo del tendine rotuleo da

infezione. Veniva effettuata necrosectomia dei tessuti molli circostanti il piatto tibiale e i condili femorali che apparivano lardacei e ipotrofici. Si reperiva una fistola sottocutanea che attraversava la regione antero-mediale della capsula articolare. Dopo la rimozione della fistola e l'esecuzione di tamponi per esame colturale, si procedeva alla rimozione della protesi e al posizionamento dello spaziatore antibiotato.

Il 23 maggio 2019 la paziente veniva trasferita presso il Reparto Riabilitativo del medesimo nosocomio. Il 29 maggio giungeva l'esito dei tamponi su liquido sinoviale: positività per *Staphylococcus Epidermidis* (MRSE) multiresistente. Dal 12 giugno iniziava terapia orale con Linezolid 600 mg due compresse al giorno. Il 14 giugno 2019 la paziente veniva dimessa con deficit di 20° dell'estensione e flessione concessa sino a 60°, con prescrizioni di carico sfiorante dell'arto inferiore destro, adozione di calza elastica, fisioterapia e presa in carico da parte dell'infettivologo.

Seguivano plurimi controlli infettivologici con la paziente in terapia con Linezolid fino al 20 settembre 2019. Contestualmente si svolgevano anche visite da parte dell'ortopedico (professor *Per_1* che rilevava la buona evoluzione clinica del caso con discreto recupero dell'articolari  (0°-90°) e normalit  ecografica dell'apparato estensore.

Dal 2 al 13 novembre 2019 la signora *Pt_1* era nuovamente degente presso l' [REDACTED] di Milano dove, il 4 novembre, si eseguiva l'intervento chirurgico di espianto dello spaziatore antibiotato e impianto di protesi di revisione TC3. Il decorso post-operatorio risultava regolare.

Alla dimissione del 13 novembre si prescrivevano borsa del ghiaccio, fisioterapia, deambulazione in carico parziale con due bastoni e desutura a 15 giorni, con prognosi di 90 giorni.

Il 10 dicembre 2019, durante la visita ortopedica presso il professor *Per_1* il decorso veniva giudicato favorevole con ROM di ginocchio di 0°-100°, fisioterapia di recupero articolare, abbandono dei bastoni nel volgere di 21 giorni e controllo a 4 mesi con radiografia.

Il 23 gennaio 2020 si svolgeva l'ultima visita infettivologica documentata: *“spenti gli indici di flogosi; ginocchio dx succulento senza evidenti processi flogistici in atto; sutura chirurgica in ordine senza soluzioni di continuo; modesto gradiente termico rispetto al*

controlaterale”.

In esito a questo calvario (non v'è come altrimenti descriverlo) l'attrice veniva licenziata dalla propria azienda dove svolgeva mansioni di impiegata.

L'indagine medico-legale di parte, affidata al dottor *Persona_2* individuava la sussistenza del nesso causale tra l'infezione protesica occorsa all'attrice e la condotta degli operatori della *Controparte_4* e della *Controparte_2*

Secondo il dottor *Per_2* sarebbe risarcibile un danno biologico permanente iatrogeno del 15%, oltre a un'inabilità temporanea assoluta pari a 2 mesi, un'inabilità temporanea parziale al 75% pari a 7 mesi e una inabilità temporanea parziale al 50% pari a 3 mesi.

Sulla base di queste valutazioni, la signora *Pt_1* instaurava procedura di mediazione nei confronti della *Controparte_1* (la quale chiedeva di poter estendere la procedura nei confronti del dottor *CP_3* e della *CP_2* *Controparte_2* (la quale chiedeva di poter estendere la procedura nei confronti di [REDACTED]). Il procedimento di mediazione si concludeva con verbale negativo per mancata partecipazione del dottor *CP_3* e di [REDACTED]

La signora *Pt_1*, con atto di citazione del 10 dicembre 2021, regolarmente notificato, agiva nei confronti della *Controparte_1* e della *Controparte_2* [...] chiedendo all'intestato Tribunale di accertare la responsabilità da parte delle rispettive convenute per un danno quantificato in € 167.833,64 o in somma maggiore o minore che sarebbe risultata in corso di causa, e chiedendo che fosse disposta CTU volta ad accertare l'entità del danno subito.

Resistono i convenuti.

3. Occorre al riguardo osservare che, vertendosi in tema di responsabilità civile da asserita *malpractice* medico-sanitaria, il punto cruciale era il nesso di causalità tra il danno subito e la condotta, asseritamente colposa perché negligente, imprudente, imperita, ascritta ai medici. Al riguardo si osserva quanto segue. Sul nesso di causalità in generale, è ben noto che – dopo ampia e travagliata elaborazione, che si dà per nota per ragioni di economia espositiva (le tappe della vicenda possono sintetizzarsi in Cass. Civ. 632/2000; Cass. Pen. 36805/2004; Cass. Civ. 4400/2004; Cass. Civ. 21619/2007; Cass. Civ. Sez. Un. 577/2008; Cass. Civ. 23676/2008) -

oggi la giurisprudenza è attestata sulla differenziazione metodologica tra l'accertamento del nesso causale in materia di responsabilità penale, dove vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", ed in materia di responsabilità civile, ove vige la regola del "più probabile che non". Nel primo caso, viene richiesta la necessaria presenza di una legge scientifica di copertura, che preveda che nella totalità o quasi totalità dei casi ad un dato antecedente consegua un dato esito, con la conseguenza che, ove tale legge non si rinvenga, ovvero ove persistano margini pur minimi di dubbio nella valutazione, la pronuncia non può che essere negativa (in dubio, pro reo). Nel secondo caso, viceversa, proprio per la diversità di scala dei valori coinvolti (non più la libertà personale ma il patrimonio), ai fini dell'affermazione della responsabilità per quel medesimo fatto storico è sufficiente che sia ragionevolmente da escludere un diverso decorso causale (c.d. elevata probabilità logica).

La particolare conformazione del processo logico-argomentativo di verifica del nesso causale in ambito civilistico impone altresì di distinguere tra la causalità c.d. generale – idoneità di un dato fattore a determinare un dato evento sul piano meramente teorico e statistico (regola dell'*id quod plerumque accidit*) – dalla causalità c.d. individuale o del singolo caso (ragionevole probabilità di concretizzazione, in un singolo caso, della legge causale generale), in cui la più accorta Dottrina ravvisa applicazione della teoria c.d. del rischio specifico; vale a dire, si perviene all'accertamento del nesso causale tra fatto illecito e danno integrando il criterio della regolarità causale – che ravvisa la causa di un evento nel fatto *normalmente adeguato a produrlo* (cfr. sul punto *ex plurimis* Cass. 19 dicembre 2006 n. 27168) – con il criterio del rischio specifico – alla stregua del quale il nesso causale sussiste comunque, quando il danno, che non sia a rigore definibile quale *normale* conseguenza del fatto, realizza il rischio specifico creato da quel determinato fatto (cfr. ad es. – sia consentito il rinvio – Trib. Piacenza 26.03.2013 n. 230). Ciò che si sintetizza appunto nella c.d. tesi del "*più probabile che non*" (su cui *ex plurimis* v. Cass. Sez. Un. 11 gennaio 2008 n. 576).

"In tema di responsabilità per attività sanitaria, l'accertamento del nesso causale è improntato al criterio giuridico del "più probabile che non", il quale impone al giudice di dare prevalenza alla spiegazione causale che si presenta come più probabile, tenuto conto della comparazione tra le diverse spiegazioni alternative, attenendosi nella valutazione ad un concetto di probabilità non necessariamente statistico, ma altresì logico, tale per cui, nella comparazione tra due o più possibili spiegazioni di un evento, una di esse prevale sulle altre

in ragione dei suoi riscontri probatori o della sua coerenza intrinseca o di altro criterio di giudizio valido a sorreggere la decisione” (Cassazione civile sez. III, 26/09/2024, n.25805). In ogni caso, rammenta la giurisprudenza, tra la condotta (commissiva od omissiva) e l’evento lesivo “deve ricorrere, secondo la combinazione dei principi della “condicio sine qua non” e della causalità efficiente, la duplice condizione che si tratti di una condotta antecedente necessaria dell’evento e che la stessa non sia poi neutralizzata dalla sopravvenienza di un fatto di per sé idoneo a determinare l’evento stesso” (Cass. 23915/2013).

3.2. Queste premesse di ordine generale vanno verificate ed integrate alla luce della elaborazione dottrinale e giurisprudenziale in subiecta materia, ormai consolidata sui seguenti principi: “1) *il nesso di causalità è elemento strutturale dell’illecito, che corre - su di un piano strettamente oggettivo e secondo una ricostruzione logica di tipo sillogistico - tra un comportamento (dell’autore del fatto) astrattamente considerato (e non ancora utilmente qualificabile in termini di damnum iniuria datum) e l’evento;* 2) *nell’individuazione di tale relazione primaria tra condotta ed evento, si prescinde, in prima istanza, da ogni valutazione di prevedibilità, tanto soggettiva quanto oggettivata, da parte dell’autore del fatto, essendo il concetto logico di previsione insito nella categoria giuridica della colpa (elemento qualificativo dell’aspetto soggettivo del torto, la cui analisi si colloca in una dimensione temporale successiva in seno alla ricostruzione della complessa fattispecie dell’illecito);* 3) *il nesso di causalità materiale tra condotta ed evento è quello per cui ogni comportamento antecedente (prossimo, intermedio, remoto) che abbia generato, o anche solo contribuito a generare, tale obbiettiva relazione col fatto deve considerarsi causa dell’evento stesso;* 4) *il nesso di causalità giuridica è, per converso, relazione eziologica per cui i fatti sopravvenuti, di per sé soli idonei a determinare l’evento, interrompono il nesso con il fatto di tutti gli antecedenti causali precedenti;* 5) *la valutazione del nesso di causalità giuridica, tanto sotto il profilo della dipendenza dell’evento dai suoi antecedenti fattuali, quanto sotto l’aspetto della individuazione del novus actus interveniens, va compiuta secondo criteri a) di probabilità scientifica, ove questi risultino esaustivi; b) di logica, se appare non praticabile (o insufficientemente praticabile) il ricorso a leggi scientifiche di copertura; con l’ulteriore precisazione che, nell’illecito omissivo, l’analisi morfologica della fattispecie segue un percorso affatto speculare - quanto al profilo probabilistico - rispetto a quello commissivo, dovendosi, in altri termini, accertare il collegamento evento / comportamento omissivo in*

termini di probabilità inversa, onde inferire che l'incidenza del comportamento omesso si pone in relazione non / probabilistica con l'evento (che, dunque, si sarebbe probabilmente avverato anche se il comportamento fosse stato posto in essere), a prescindere, ancora, dall'esame di ogni profilo di colpa intesa nel senso di mancata previsione dell'evento e di inosservanza di precauzioni doverose da parte dell'agente" (Cass. n. 7997 del 2005).

In definitiva, nell'ambito della responsabilità civile medica il nesso causale in senso materiale suppone che rispetto all'evento dannoso la condotta commissiva od omissiva del sanitario (riferibile alla struttura, che opera attraverso di esso) si ponga come antecedente necessario, anche in concorso con altri, rispetto alla verifica dell'evento (cfr. Cass. 20904/2013).

Più recentemente la Cassazione ha così avuto modo di osservare che *"In tema di responsabilità della struttura sanitaria, il danneggiato è tenuto a provare il nesso causale tra l'inadempimento dei sanitari e l'evento dannoso, mentre incombe sulla struttura convenuta, ove tale prova sia fornita, l'onere di dimostrare l'assenza del suddetto legame eziologico, per essersi verificato l'evento per cause ad essa non imputabili. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dai genitori di un feto nato morto, sul rilievo che era mancata la **prova, da parte degli attori, della riconducibilità eziologica dell'evento (nel caso di specie: decesso, n.d.r.) all'operato dei sanitari**" (Cassazione civile sez. III, 31/07/2024, n.21511, in un caso in cui risultava accertato che, quand'anche i medici si fossero tempestivamente attivati con gli opportuni accertamenti specialistici e con l'intervento più appropriato (nel caso di specie: induzione al parto), l'evento lesivo si sarebbe comunque verificato a causa delle patologie pregresse).*

Più in dettaglio, è stato ribadito che *"Il creditore [...] è tenuto a provare, anche mediante presunzioni, il nesso eziologico fra la condotta del debitore, nella sua materialità, e il danno lamentato. Successivamente a tanto sorgono gli oneri probatori del debitore, il quale deve provare o l'adempimento o che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile. "Emerge così un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere, a valle". Di norma [...] "la causalità materiale (...) non è praticamente separabile dall'inadempimento, perché*

quest'ultimo corrisponde alla lesione dell'interesse tutelato dal contratto e dunque al danno evento (...). L'assorbimento pratico della causalità materiale nell'inadempimento fa sì che tema di prova del creditore resti solo quello della causalità giuridica (oltre che della fonte del diritto di credito), perché, come affermato da Cass. Sez. U. 30 ottobre 2001 n. 13533 del 2001, è onere del debitore provare l'adempimento o la causa non imputabile che ha reso impossibile la prestazione (art. 1218 c.c.), mentre l'inadempimento, nel quale è assorbita la causalità materiale, deve essere solo allegato dal creditore". Quando però viene in considerazione una prestazione professionale, ove "l'interesse corrispondente alla prestazione è solo strumentale all'interesse primario del creditore, causalità ed imputazione per inadempimento tornano a distinguersi anche sul piano funzionale (e non solo su quello strutturale) perché il danno evento consta non della lesione dell'interesse alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, ma della lesione dell'interesse presupposto a quello contrattualmente regolato (...) la causalità materiale non è praticamente assorbita dall'inadempimento. Quest'ultimo coincide con la lesione dell'interesse strumentale, ma non significa necessariamente lesione dell'interesse presupposto, e dunque allegare l'inadempimento non significa allegare anche il danno evento il quale, per riguardare un interesse ulteriore rispetto a quello perseguito dalla prestazione, non è necessariamente collegabile al mancato rispetto delle *leges artis* ma potrebbe essere riconducibile ad una causa diversa dall'inadempimento (...). Si riespande così, anche sul piano funzionale, la distinzione fra causalità ed imputazione soggettiva (...). Persiste, nonostante l'inadempienza, la questione pratica del nesso eziologico fra il danno evento (lesione dell'interesse primario) e la condotta materiale suscettibile di qualificazione in termini di inadempimento. **Il creditore ha l'onere di allegare la connessione puramente naturalistica fra la lesione della salute, in termini di aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie, e la condotta del medico e, posto che il danno evento non è immanente all'inadempimento, ha anche l'onere di provare quella connessione, e lo deve fare sul piano meramente naturalistico** sia perché la qualifica di inadempienza deve essere da lui solo allegata, ma non provata (appartenendo gli oneri probatori sul punto al debitore), sia perché si tratta del solo profilo della causalità materiale, il quale è indifferente alla qualifica in termini di valore rappresentata dall'inadempimento dell'obbligazione ed attiene esclusivamente al fatto materiale che soggiace a quella qualifica (...)" (Cassazione civile sez. III, 09/11/2022, (ud. 08/06/2022, dep. 09/11/2022), n.32972).

Ancora, ed infine: *“In tema di responsabilità sanitaria, pur gravando sull’attore l’onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore, essendo sufficiente la contestazione dell’aspetto colposo dell’attività medica secondo quelle che si ritengono essere, in un dato momento storico, le cognizioni ordinarie in ordine all’attuale stato dei profili di responsabilità del sanitario”* (Cassazione civile sez. III, 15/03/2024, n.7074).

3.3. La lunga premessa svolta è necessaria per chiarire cosa, in applicazione dei suddetti principi, l’attrice fosse tenuta a provare: il nesso causale, sul piano naturalistico, non tra la condotta dei sanitari e direttamente le limitazioni funzionali al ginocchio (interessato da una patologia pregressa che aveva dato causa all’intervento), bensì, e piuttosto, tra la condotta dei sanitari e l’aggravamento di quel rischio, cioè il peggioramento delle condizioni. In altri termini: posto che la condizione del paziente presentava profili di un certo rischio, il concetto di “aggravamento della condizione patologica” o di “insorgere di nuove patologie” si declina appunto come aumento del rischio di verificazione dell’evento lesivo, rischio già insito e caratterizzante la condizione del paziente al momento della presa in carico; ed è tale aumento del rischio che va inteso come terminale diretto della relazione causale con l’inadempimento ascritto. In altri termini e più chiaramente. Parte attrice aveva l’onere di allegare la connessione puramente naturalistica fra quell’aggravamento del rischio e la condotta dei medici; mentre, posto che il danno evento – limitazioni funzionali dell’arto e della deambulazione – non è immanente all’inadempimento allegato, aveva anche l’onere di provare quella connessione, e di provarla sul piano meramente naturalistico, dimostrando – giudizio controfattuale – che c’era almeno una condotta alternativa lecita in grado di evitare, con elevata probabilità logica, quelle conseguenze. Parte convenuta, di contro, aveva l’onere di provare, alternativamente, l’esatto adempimento (cioè che la condotta tenuta fosse l’unica lecita) o l’insussistenza del nesso causale per concomitanza di un fattore causale esterno sopravvenuto, impreveduto e/o imprevedibile, e comunque inevitabile, di per sé idoneo a determinare l’evento.

4.1. I CTU hanno ricostruito compiutamente i fatti, individuando con precisione i profili di responsabilità dei diversi soggetti coinvolti, articolandole in relazione alle diverse fasi della vicenda clinica. Così, quanto alla responsabilità della Controparte_1, hanno

ritenuto “*evidente che la causazione dell'infezione ospedaliera ricada in capo ai soli convenuti* *Controparte_1* *e dott. CP_3* *ove è assai verosimile, che per un inadeguato rispetto dell'organizzazione dei sistemi di sorveglianza della struttura sanitaria e/o delle norme igieniche degli operatori di sala operatoria e di reparto, sia avvenuta la complicanza infettiva*”. La CTU ha chiarito che l'intervento di artroprotesi di ginocchio rientra nella categoria della “chirurgia pulita”, per la quale l'infezione del sito chirurgico rappresenta una complicanza prevedibile ma anche prevenibile ed evitabile quando sia garantito il rigoroso rispetto delle regole e condotte di antisepsi intra-operatoria e post-operatoria.

Secondo i consulenti, la responsabilità organizzativa della struttura si concretizza nel mancato rispetto dei sistemi di sorveglianza che dovrebbero comprendere: programmi di formazione e aggiornamento del personale, documenti di istruzioni operative dedicate, programmi di valutazione dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico, valutazione della qualità degli ambienti operatori e dei materiali utilizzati, controllo delle procedure di sterilizzazione della strumentazione, valutazione dell'attività del personale in sala operatoria.

La presenza degli agenti patogeni è dunque un dato che di per sé dimostra, *per tabulas*, l'omissione o comunque l'inadeguatezza delle condotte di prevenzione e delle cautele necessarie.

4.2. Quanto alla posizione della *Controparte_2* _l'operato dei suoi sanitari “non risulta esente da critiche censurabili sotto il profilo della responsabilità professionale”. I consulenti hanno evidenziato che a nove giorni dalla presa in carico della paziente (6 dicembre 2018) si palesò una secrezione siero-ematica dalla ferita che, pur in assenza di indici ematochimici di flogosi, avrebbe dovuto imporre ai sanitari della *CP_2* la necessità di ricercare i motivi di tale secrezione. Le Linee Guida dell'IDSA (*Infection Disease Society of America*) indicano che un sospetto di infezione protesica dovrebbe sorgere in caso di persistenti secrezioni dalla ferita o dai fori di drenaggio. Attraverso tamponi dell'essudato, consulenza infettivologica, radiografia del ginocchio e scintigrafia ossea con leucociti marcati, si sarebbe potuto giungere a una diagnosi precoce già nei primi giorni della manifestazione essudativa della ferita e procedere a un trattamento antibiotico prolungato e mirato e a un nuovo ricorso alla chirurgia per la pulizia dell'area infetta. I sanitari della *CP_2* invece, “con la approvazione del dott. *CP_3* si limitarono invece a prescrivere

una terapia antibiotica empirica che ebbe il solo scopo di decapitare l'infezione in atto solo temporaneamente e comunque negli ultimi giorni di degenza, che immediatamente riprese forza a pochi giorni dalla sospensione dell'antibiotico, accompagnando la ricomparsa della secrezione a febbre con brivido". Ciò determinò un ritardo della diagnosi, che avvenne a sintomatologia conclamata e palesemente manifesta, e conseguentemente comportò un ritardo del trattamento di terapia antibiotica mirata e lavaggio abbondante dell'impianto protesico e sostituzione delle componenti non ancorate all'osso, che fu condotto a distanza di circa 80 giorni (13 febbraio 2019) dalla manifestazione infettiva.

4.3. Quanto alla posizione del **dott. CP_3** il collegio peritale gli assegna la quota più elevata di responsabilità (40%), motivandola con il fatto che *“egli, nella storia clinica sopra esposta, ha giocato un ruolo di costante presenza in entrambe le strutture sanitarie coinvolte”*: nella fase di contrazione dell'infezione presso la **Controparte_1** egli era chirurgo operatore e dunque responsabile delle norme igieniche nella sala operatoria; nella fase successiva, presso la **Controparte_2** gli risulta imputabile il ritardo diagnostico dell'infezione periprotetica: il dott. **CP_3** come risulta dal diario multidisciplinare, in data 20 dicembre 2018 prese atto della secrezione dalla ferita chirurgica ma confermò e approvò la terapia antibiotica empirica inadeguata; inoltre, gli risulta imputabile anche la responsabilità nella scelta del trattamento, sicuramente intempestivo, di revisione e *debridement* dell'artroprotesi del ginocchio. Tale intervento venne eseguito il 13 febbraio 2019, ben oltre i termini indicati dalle Linee Guida IDSA che suggeriscono di candidare a tale tipo di intervento conservativo solo quei pazienti che sono stati sottoposti all'intervento di protesi meno di 30 giorni prima. L'intervento chirurgico conservativo DAIR (Debridement, Antibiotics, and Implant Retention) condotto dal dott. **CP_3** si rivelava quindi fallimentare, con conseguente allungamento dei tempi di guarigione dall'infezione e pregiudizio per un migliore recupero funzionale dell'articolazione del ginocchio.

Le valutazioni dei CTU, come sopra compendiate, appaiono a questo giudice immuni da vizi logici ed argomentativi, scientificamente fondate, e dunque pienamente condivisibili.

Anche la ripartizione di responsabilità (30% alla Casa di Cura, 30% alla **CP_2** 40% al dott. **CP_5** appare difficilmente contestabile perché estremamente equilibrata e pienamente attinente alle risultanze istruttorie.

5. **Gli esiti permanenti** a carico della sig.ra **Pt_1** si inquadrano nella fattispecie del danno iatrogeno differenziale. La CTU ha accertato una menomazione permanente complessiva a carico del ginocchio destro nella misura del 25% (come esiti di protesizzazione di ginocchio complicata, con rilevanti limitazioni articolari); a fronte di ciò che sarebbe stato lecito attendersi, con elevata probabilità logica, nell'ipotesi in cui tutto fosse "andato bene" (si sintetizza così l'operazione logica di sottrazione mentale delle condotte illecite al caso di specie, ipotizzando un decorso clinico alternativo e "normale"): secondo i CTU, una limitazione nella minor misura del 18% come **esiti attesi di protesizzazione del ginocchio non complicata**, in rapporto all'età, alla costituzione fisica e alle pregresse condizioni della paziente, secondo le Linee Guida alla valutazione medico legale SIMLA.

Ne risulta pertanto un danno biologico differenziale pari al **7 %**.

La Cassazione ha ormai da tempo scolpito a chiare lettere le direttive cui si deve attenere il giudice di merito. È invero compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato, a prescindere dal nome attribuitogli, individuando quali ripercussioni negative sul valore persona si siano verificate, e provvedendo alla loro integrale riparazione (in tali termini v. Cass., Sez. Un., 11/11/2008, n. 26972). Il principio di integralità del risarcimento del danno impone infatti che nessuno degli aspetti di cui si compendia la categoria generale del danno non patrimoniale, la cui sussistenza risulti nel caso concreto accertata, rimanga priva di ristoro (v. Cass., 6/4/2011, n. 7844; Cass., 13/5/2011, n. 10527 e, da ultimo, Cass., 7/6/2011, n. 12273). Tali aspetti debbono essere invero presi tutti in considerazione a fini della determinazione dell'ammontare complessivo del risarcimento conseguentemente dovuto dal danneggiante/debitore (Cass. 30/06/2011 n. 14402).

La liquidazione mirata a ristorare il nocumento accusato dal danneggiato deve essere integrale, dovendo tener conto delle perdite cagionate alla vittima del fatto illecito, nonché alle sofferenze morali e future che il destinatario dell'azione lesiva si veda costretto a subire ovvero è presumibile che subisca o che possa subire in seguito (cfr. da ultimo Cassazione civile, sez. III, 26/05/2011, n. 11609).

Il ristoro pecuniario del danno non patrimoniale, peraltro, *“non può mai corrispondere alla relativa esatta commisurazione, sicché se ne impone la valutazione equitativa. Tale valutazione, che attiene alla quantificazione e non già all'individuazione del danno, deve*

essere condotta con prudente e ragionevole apprezzamento di tutte le circostanze del caso concreto, considerandosi in particolare la rilevanza economica del danno alla stregua della coscienza sociale e i vari fattori incidenti sulla gravità della lesione; i criteri di valutazione equitativa, la cui scelta e adozione è rimessa alla prudente discrezionalità del giudice, devono essere idonei a consentire altresì la c.d. personalizzazione del danno, al fine di addivenire ad una liquidazione equa, e cioè congrua, adeguata e proporzionata. La liquidazione deve rispondere ai principi dell'integralità del ristoro, e pertanto: a) non deve essere puramente simbolica o irrisoria o comunque non correlata all'effettiva natura o entità del danno ma tendere, in considerazione della particolarità del caso concreto e della reale entità del danno, alla maggiore approssimazione possibile all'integrale risarcimento; b) deve concernere tutti gli aspetti (o voci) di cui la generale ma composita categoria del danno non patrimoniale si compendia. Il principio della integralità del ristoro subito dal danneggiato non si pone in termini antitetici ma trova per converso correlazione con il principio in base al quale il danneggiante è tenuto al ristoro solamente dei danni arrecati con il fatto illecito a lui causalmente ascrivibile, l'esigenza della cui tutela impone di evitarsi altresì duplicazioni risarcitorie, le quali si configurano (solo) allorquando lo stesso aspetto (o voce) viene computato due o più volte, sulla base di diverse, meramente formali, denominazioni, laddove non sussistono in presenza della liquidazione dei molteplici diversi aspetti negativi causalmente derivanti dal fatto illecito ed incidenti sulla persona del danneggiato” (questo il quadro di sintesi offerto da Cass. 1361/2014).

Appare doveroso concludere nel senso che spetta al giudice liquidare una unica somma di denaro a titolo di risarcimento del danno, comprensiva delle singole voci di danno in quanto afferenti ad interessi aventi autonoma rilevanza sul piano giuridico, ma ciò all'unico e limitato fine di esplicitare la *ratio decidendi* e non già per ripristinare in forma più o meno surrettizia la frammentazione del concetto di danno faticosamente rimossa e ricomposta in unità dall'elaborazione dottrinale e giurisprudenziale trasfusa nei noti arresti delle Sezioni Unite del 2008. In altri termini, occorrerà sempre tener presente che il danno biologico (cioè la lesione della salute), quello morale (cioè la sofferenza interiore) e quello dinamico-relazionale (altrimenti definibile "esistenziale", e consistente nella modifica peggiorativa della personalità da cui consegue uno sconvolgimento dell'esistenza, e in particolare delle abitudini di vita, con alterazione del modo di rapportarsi con gli altri nell'ambito della comune vita di relazione, sia

all'interno che all'esterno del nucleo familiare: v. Cass., Sez. Un., 11/11/2008, n. 26972; Cass., 12/6/2006, n. 13546; Cass., Sez. Un., 24/3/2006, n. 6572) costituiscono sì pregiudizi non patrimoniali ontologicamente diversi e tutti risarcibili, ma la loro liquidazione resta pur sempre unitaria. L'affermazione della loro autonomia sul piano concettuale, difatti, non contrasta *“col principio di unitarietà del danno non patrimoniale, sancito dalla sentenza n. 26972 del 2008 delle Sezioni Unite della Corte di cassazione, giacché quel principio impone una liquidazione unitaria del danno, ma non una considerazione atomistica dei suoi effetti”* (Cassazione civile sez. III, 20 novembre 2012, n. 20292). Le singole categorie concettuali sono perciò richiamabili solo per amor di precisione e completezza argomentativa, ma vanno ricondotte ad unità nella categoria del danno non patrimoniale, barriera logico-concettuale alla indebita duplicazione delle voci di danno.

I danni non patrimoniali patiti dall'attrice sono stati ampiamente provati; ed appaiono inquadrabili, secondo l'impostazione teorico-dogmatica ormai superata – e che senza adesione ma solo per comodità espositiva e ai fini di una miglior comprensione delle motivazioni della decisione qui si ripropone – nelle tradizionali categorie del danno biologico in senso stretto (lesione dell'integrità psicofisica e della salute), del danno morale soggettivo (sofferenza psichica patita in conseguenza dell'illecito) e del danno c.d. esistenziale (come sconvolgimento dell'assetto dell'esistenza della persona: v. *retro*); di tutti questi elementi il giudice può e deve tener conto procedendo alla c.d. personalizzazione del danno in ragione di tutte le circostanze del caso concreto, procedendo ad una liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di danno biologico standard, personalizzazione del danno biologico, danno morale, senza dar luogo a duplicazioni (cfr. Cassazione civile, sez. III, 12/09/2011, n. 18641; Cassazione civile, sez. III, 01/06/2010, n. 13431).

Ancor recentemente, pertanto, la Cassazione si è così, conclusivamente, espressa: *“Al danno biologico corrisponde una nozione unitaria, che tiene conto sia delle alterazioni nella fisiologia della persona riportate a seguito del sinistro sia delle conseguenze che queste alterazioni determinano nel compiere gli atti della vita quotidiana. Si è posto il quesito: “Se le conseguenze anatomo-fisiologiche della lesione della salute costituiscano fattori di cui tenere conto nella determinazione del grado percentuale di invalidità permanente, o della personalizzazione del risarcimento”. Sono stati affermati 4 principi di diritto: 1) “Il danno biologico è la lesione della integrità psico-fisica subita da una persona, comprensiva delle*

alterazioni fisio-psichiche, temporanee o permanenti, e della loro incidenza sullo svolgimento delle funzioni della vita e sugli aspetti personali dinamico-relazionali". 2) "Esso va accertato con criteri medico-legali e valutato in punti percentuali in base ad un accreditato "barème" medico-legale in cui il valore monetario del punto di invalidità permanente cresce proporzionalmente al crescere della percentuale di invalidità". 3) "Ai fini della sua unitaria liquidazione, devono formare oggetto di autonoma valutazione il pregiudizio da invalidità temporanea (da riconoscersi come danno da inabilità temporanea totale o parziale ove il danneggiato si sia sottoposto a periodi di cure necessarie per conservare o ridurre il grado di invalidità residuo al fatto lesivo o impedirne l'aumento, inteso come privazione della capacità psico-fisica in corrispondenza di ciascun periodo e in proporzione al grado effettivo di inabilità sofferto), e quello da invalidità permanente (con decorrenza dal momento della cessazione della malattia e della relativa stabilizzazione dei postumi)". 4) "Ai fini della liquidazione complessiva del danno non patrimoniale, deve tenersi conto altresì delle sofferenze morali soggettive, eventualmente patite dal soggetto in ciascuno degli indicati periodi". (Cassazione civile sez. III, 19/09/2022, n.27380).

Orbene, i danni non patrimoniali patiti dall'attrice sono stati ampiamente provati; ed appaiono inquadrabili, secondo l'impostazione teorico-dogmatica ormai superata – e che senza adesione ma solo per comodità espositiva e ai fini di una miglior comprensione delle motivazioni della decisione qui si ripropone – nelle tradizionali categorie del danno biologico in senso stretto (lesione dell' integrità psicofisica e della salute), del danno morale soggettivo (sofferenza psichica patita in conseguenza dell'illecito) e del danno c.d. esistenziale (consistente nella diminuzione della possibilità del soggetto di esprimere normalmente la sua personalità nell'ambiente sociale; o, per citare la giurisprudenza più accreditata, nello sconvolgimento dell'assetto dell'esistenza della persona: Cass. Sez. Un. 24 marzo 2006, n. 6572).

La sistemazione (auspicabilmente) definitiva della materia si deve all'intervento chiarificatore delle Sezioni Unite della Cassazione con le note sentenze dell'11 novembre 2008 (nn. 26972, 26973, 26975, su cui sterminata letteratura), in cui si è chiarito che il danno esistenziale è risarcibile nelle sole ipotesi di seria e duratura alterazione dell'assetto e della qualità della vita; che deve trattarsi di danno derivante da violazione dei diritti della personalità; che tale danno non costituisce categoria autonoma ma è solo una voce del danno non

patrimoniale. In altri termini, rileva solo quale elemento che il giudice può e deve valutare procedendo alla c.d. personalizzazione del danno in ragione di tutte le circostanze del caso concreto.

Allo stesso modo il giudice dovrà considerare la sofferenza psichica patita (danno morale soggettivo). È inammissibile, in quanto costituisce una duplicazione risarcitoria, la congiunta liquidazione in favore del danneggiato del risarcimento sia per il danno biologico, sia per il danno morale, il quale è una componente del danno biologico, posto che qualsiasi lesione della salute implica necessariamente una sofferenza fisica o psichica (Cassazione civile, sez. III, 24/10/2011, n. 21999). Dovrà pertanto procedersi ad una liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di danno biologico standard, personalizzazione del danno biologico, danno morale, senza dar luogo a duplicazioni (cfr. Cassazione civile, sez. III, 12/09/2011, n. 18641; Cassazione civile, sez. III, 01/06/2010, n. 13431).

In punto di danno biologico, non si ravvisano ragioni per discostarsi dalla quantificazione fornita dal CTU, le cui considerazioni si condividono in quanto correttamente motivate, immuni da vizi logici, ampie ed esaustive. Tale voce di danno andrà conseguentemente determinata nella misura del 7%, quantificata secondo le tabelle milanesi, e fatta oggetto di adeguata personalizzazione avuto riguardo al c.d. punto base ed all'età della danneggiata. In relazione a tale ultimo passaggio occorrerà, più in dettaglio, tener conto delle circostanze del caso concreto, quali la natura e l'entità delle lesioni, i postumi invalidanti, le inevitabili ripercussioni a livello psichico, includendovi pertanto quale necessaria componente anche il c.d. danno esistenziale o alla vita di relazione (per le considerazioni metodologiche che si sono svolte).

In definitiva, nell'unica voce di danno non patrimoniale ben potranno confluire tanto la componente del danno c.d. esistenziale, quanto quella del danno biologico. Di tali componenti il giudice di merito deve tener conto procedendo alla personalizzazione del danno, essendo inammissibile la loro separata quantificazione nella misura di una mera frazione di quanto da liquidarsi a titolo di risarcimento del danno biologico, posto che tale metodo di calcolo *“non consente di cogliere quale sia stato il punto di riferimento in concreto preso in considerazione ai fini della debita personalizzazione della liquidazione del danno morale ai cui fini, per potersi considerare congrua ed adeguata risposta soddisfattiva alla lesione della dignità umana,*

è necessario che possa evincersi in quali termini si sia tenuto conto della gravità del fatto, delle condizioni soggettive della persona, dell'entità della relativa sofferenza e del turbamento dello stato d'animo" (Cassazione civile, sez. III, 16/02/2012, n. 2228).

Occorre allora considerare la rilevanza assunta, ai fini di tale valutazione, della localizzazione delle lesioni e delle limitazioni funzionali che esse hanno implicato, anche in considerazione dell'età della danneggiata, con conseguente proporzionale disagio alla vita di relazione, di ridotta capacità di autonoma gestione della persona, e soprattutto della documentata cessazione dell'attività lavorativa (ancorché non oggetto di specifica domanda di risarcimento del danno da perdita della capacità lavorativa) con le conseguenti ripercussioni di ordine psichico.

Il danno non patrimoniale patito dall'attrice appare pertanto, alla stregua dei predetti criteri, quantificabile nell'importo di complessivi Euro **45.000,00** tenuto conto dell'età del soggetto (58 anni), della menomazione a carico della sfera psichica e relazionale e dunque considerando globalmente la compromissione della validità psico-fisica del soggetto danneggiato rispetto alle funzioni cui si estrinseca l'efficienza della persona, i pregiudizi anatomico-funzionali nella loro forma statica, gli aspetti dinamico-relazionali e l'insieme delle conseguenze negative nella vita quotidiana del danneggiato che in via standardizzata derivano da un determinato tipo di lesione.

Non è possibile procedere ad alcuna ulteriore personalizzazione, come chiarito dalla Cassazione. *"In tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegare e provate dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento."* (Cassazione civile sez. III, 07/02/2025, n.3114); *"La liquidazione delle conseguenze "normali" del danno viene già ricompresa nel risarcimento tabellare; solo le conseguenze "peculiari" devono essere oggetto di specifica prova e possono determinare una maggiorazione."* (Cassazione civile sez. III, 04/11/2025, n.29135). Le lesioni subite dalla sig.ra **Pt_1** per quanto gravose, non sembrano

conseguenze anomale, inconsuete, statisticamente infrequenti, del tipo di sinistro verificatosi (che, ricordiamolo, consiste nella evitabile complicazione, e nei relativi postumi, di un intervento chirurgico che andava comunque eseguito).

5.2. Le spese mediche – Euro 6.947,64 – sono congrue e non contestate. Quanto a quelle future richieste, la domanda non appare suscettibile di accoglimento. I CTU hanno espressamente escluso le spese mediche future, affermando: *"Per quanto riguarda le spese future, pur riconoscendo alla perizianda la saltuaria necessità di dover effettuare cure fisioterapiche per il futuro, si deve ricordare che la valutazione medicolegale delle spese di cura si basa su due elementi cardinali: la necessità e la congruità...tutte le prestazioni effettuate dopo la stabilizzazione medico legale dello stato di malattia, tenendo in doverosa considerazione le spese mediche da sostenere sarebbero necessarie anche se l'intervento di artroprotesi fosse stato esente da qualsivoglia complicanza in quanto necessarie soprattutto a causa delle condizioni cliniche pregresse e non imputabili alle condotte censurabili dei convenuti, vengono a perdere le caratteristiche di necessità"*. In sostanza, poiché avrebbe dovuto sostenerle comunque anche se l'intervento fosse stato perfettamente eseguito e senza alcuna complicazione, non ci sono i presupposti per imputarle ai convenuti.

La sussistenza di profili di soccombenza reciproca (v. ad esempio la riduzione del *quantum* richiesto in corso di causa, alla luce dell'istruttoria svolta) e la oggettiva complessità delle valutazioni da compiere giustificano l'integrale compensazione delle spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

Accerta e dichiara la responsabilità dei convenuti in solido in ordine ai danni patiti dall'attrice, per le ragioni e nei modi e termini di cui in motivazione; e per l'effetto

Condanna i convenuti Controparte_1, [...]

Controparte_2 Controparte_6 in solido tra loro – e con reciproca rivalsa in ragione delle singole quote di responsabilità di cui in parte motiva – al risarcimento dei danni patiti dall'attrice, che si liquidano per le ragioni di cui in motivazione in Euro 45.000,00 per danno non patrimoniale ed Euro 6.947,64 per danno patrimoniale, con interessi e rivalutazione dalla domanda al soddisfo;

Spese interamente compensate.

Piacenza, 4 aprile 2026

Il Giudice

dott. Antonino Fazio