

N. R.G. 12834/2020

**TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA**

TERZA SEZIONE CIVILE

**REPUBBLICA ITALIANA****IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Pietro Iovino  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **12834/2020** promossa da:

**ANITA** (C.F. \_\_\_\_\_), con il patrocinio dell'avv. CHIARINI GABRIELE e  
dell'avv. CARIGI MERIKA ( \_\_\_\_\_ ) VIA DELLA ROCCHETTA, 2 61029  
URBINO; elettivamente domiciliato in VIA DELLA ROCCHETTA, 2 1029 URBINO presso il  
difensore avv. CHIARINI GABRIELE

ATTORE/I

contro

**DOTT. ROSSI** (C.F. \_\_\_\_\_) con il patrocinio  
dell'avv. \_\_\_\_\_ elettivamente domiciliato in VIA \_\_\_\_\_  
presso il difensore avv. \_\_\_\_\_ N.

**CASA DI CURA PRIVATA** (C.F. \_\_\_\_\_), con il patrocinio dell'avv.  
, elettivamente domiciliato in VIA \_\_\_\_\_ presso il  
difensore avv. \_\_\_\_\_

**ASSICURAZIONI SPA** (C.F. \_\_\_\_\_), con il patrocinio dell'avv. e  
dell'avv. \_\_\_\_\_ ( ) VIA \_\_\_\_\_ 2  
; elettivamente domiciliato in VIA \_\_\_\_\_ , 2  
presso il difensore avv. \_\_\_\_\_

CONVENUTO/I

**CONCLUSIONI**

Le parti hanno concluso come da fogli di precisazione delle conclusioni DEPOSITATI  
TELEMATICAMENTE in vista dell'udienza a trattazione scritta del 11.11.2021.



**Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione**

1. ANITA ha agito in giudizio al fine di ottenere la condanna in solido dei resistenti per la refusione dei danni, patrimoniali e non patrimoniali, subiti all'esito dell'intervento chirurgico di restrizione gastrica, eseguito in data dal dott. prof. ROSSI presso la CASA DI CURA PRIVATA a seguito di ricovero presso la medesima struttura sanitaria. L'inadempimento e, quindi, la *malpractice* sanitaria è ricondotta all'errato posizionamento del bendaggio gastrico, applicato troppo in alto sullo stomaco, e alla mancata esecuzione della plastica dei pilastri diaframmatici per la cura dell'ernia iatale. A ciò, sintetizzando le dettagliate allegazioni, era seguito un difficoltoso e travagliato iter clinico, che l'aveva obbligata a numerosi accessi in ospedale ed ai due interventi, uno di rimozione del bendaggio ( ) e uno di iatoplastica e funduplicatio ( ), eseguiti in , che avevano la propria causa nell'errore iatrogeno imputato ai primi.
2. Sia la Struttura sia il medico hanno, altrettanto articolatamente, contestato nel merito l'accusa di *malpractice*; la Compagnia, rimettendosi alle difese di quest'ultimo, proprio assicurato, richiamava altresì i limiti ed i massimali di polizza.
3. Il giudizio, introdotto con ricorso ex art. 702bis cpc, ha visto il mutamento del rito a cagione della complessità della vicenda e vieppiù della necessità di meglio comprendere e considerare le difese delle parti in ordine all'agitato errore della cartella clinica, il deposito delle memorie ex art. 183/6 co., cpc ed all'esito, respinta ogni istanza istruttoria, l'assegnazione della causa a sentenza con concessione dei termini ex art. 190 cpc nella estensione massima.
  - 3.1 Preliminarmente occorre dar atto che l'odierno giudizio è stato preceduto dal procedimento ex art. 696 bis cpc RG 20588/19 G.D. Pres. , conclusosi con il deposito della consulenza da parte della dott.ssa (in prosecuzione anche solo CTU o ATP). Con la conseguenza che risulta soddisfatta la condizione di procedibilità.
  - 3.2 Sempre in via preliminare occorre evidenziare che non sussiste alcuna condivisibile ragione per invalidare l'operato del CTU, atteso che, da un lato, l'istanza di ricusazione è stata già respinta nell'ambito del procedimento para-cautelare, dall'altro, non sono allegati elementi tali da poter ritenere affetto da nullità l'operato della medesima, nullità che peraltro non è mai stata espressamente invocata, essendosi il resistente sanitario per lo più intrattenuto su aspetti dai quali desumere un preteso sospetto di non imparzialità dell'operato degli ausiliari, intendendo per essi sia il CTU sia gli ausiliari prescelti, che di per sé non è elemento sufficiente per invalidarne l'operato. Diversa questione è ovviamente la critica scientifica, che non ha nulla a che vedere con la terzietà del consulente.
4. Quanto alla natura della responsabilità della struttura sanitaria, essa deve essere pacificamente inquadrata nell'ambito della responsabilità contrattuale. Analogamente può dirsi per quella del medico operatore, liberamente scelto dalla parte quale sanitario di fiducia. Nello specifico deve, poi, rammentarsi, come verrà più diffusamente trattato *infra*, che la Casa di Cura ha operato in convenzione con il SSN e, quindi, il rapporto diretto e di origine elitario con la paziente non può essere messo seriamente in discussione, ciò sia in base alla legislazione vigente *ratione temporis* sia in base ai principi desumibili dalle recenti modifiche operate dalla cd Legge Gelli (art. 7, comma 1, della legge n. 24/2017 “*La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose*”), che benchè priva di efficacia retroattiva (cfr. Cass. 28994/19) ciò non di meno offre spunti per rafforzare il convincimento di una responsabilità di natura contrattuale della struttura, che resta così allo stato definitivamente codificata.



**4.1** Dalla identificazione della responsabilità oggetto di causa quale responsabilità contrattuale consegue che, ai fini del riparto dell'onere probatorio, il paziente danneggiato deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o del contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e ad allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo invece a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (si vedano, ex multis, Cass., S.U., 11.01.2008, n. 577; Cass., 16.01.2009, n. 975; Cass., 12.12.2013, n. 27855; Cass., 26.02.2013, n. 4792; Cass., 20.10.2014 n. 22222; Cass., 20.10.2015, n. 21177, Cass 13.10.2017 n. 24073).

**4.2** L'attore danneggiato è, dunque, esonerato dal provare la negligenza del sanitario, potendosi limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali *species* dell'inadempimento degli obblighi assunti con il contatto sociale ovvero con il contratto di ospitalità (anche di recente Cass., sezione III, n. 26517 del 9.11.2017 ha ribadito che: “*in tema di responsabilità medica non è onere dell'attore provare la colpa del medico, ma è onere di quest'ultimo provare di avere tenuto una condotta diligente*”). Nel caso di specie, nell'accertamento di possibili profili di responsabilità, la principale questione controversa riguarda l'individuazione di un errore nelle modalità con cui è stata condotta l'operazione, della cui opportunità, adeguatezza e correttezza teoriche dal punto di vista medico nessuno dubita.

E', infatti, pacifico che l'intervento effettivamente eseguito di bendaggio gastrico era certamente quello indicato per contenere l'obesità patologica, dalla quale era ed è, affetta l'attrice.

**5.** Ciò posto, non residuano dubbi circa l'*an* del diritto al risarcimento del danno lamentato dal ricorrente, se pur nei limiti che si andranno ad esporre.

Infatti, in sede di perizia medico-legale, redatta nel corso di procedimento ex art. 696bis cpc (CTU dott.ssa con i propri ausiliari dott. e dott. entrambi chirurghi e pratici del settore della cd chirurgia bariatrica, non costituente autonoma disciplina specialistica), emerge, da un lato, la mancata esecuzione, preliminare all'intervento, di esami e visite raccomandate dalla prassi scientifica (“*Prima di sottoporsi all'intervento di bendaggio gastrico, il paziente dovrà effettuare una serie di esami clinici ed una visita preliminare con l'equipe medica, composta dal chirurgo, dal dietista e dallo psicologo.*”- cfr. CTU pag. 16), dall'altro e più specificamente, l'errata esecuzione dell'operazione di riduzione dell'ernia iatale, effettuata senza esecuzione della plastica dei pilastri, nonché, aspetto invero dirimente, l'errato posizionamento del bendaggio gastrico, avvenuti in nel , e l'incidenza causale della condotta del medico sui successivi interventi di rimozione del bendaggio del e di iatoplastica e funduplicatio del , tutti effettuati in .

Il perito incaricato ha posto in rilievo che <<*Dalla descrizione dell'intervento chirurgico che è stata ricavato dalla cartella clinica (allegata in atti) si legge che “si reperta epatomegalia con epatosteatosi e di ernia jatale” e dopo aver posizionato il bendaggio gastrico “si riduce l'ernia jatale”.*>> (cfr. CTU pag. 18) e ha accertato diversi profili di responsabilità professionale in capo al sanitario, ed in particolare, oltre a quanto già rilevato circa la fase pre-operatoria, ha riscontrato quali aspetti di assorbente rilievo che: “*Volendo giungere all'epicrisi della vicenda possiamo in estrema sintesi evidenziare le criticità del primo intervento:*

- *mancata plastica dei pilastri dopo riduzione dell'ernia jatale (evitando quindi un aumento di volume della stessa favorito dal posizionamento del bendaggio);*
- *malposizionamento con rotazione del bendaggio stesso come appare chiaramente nelle radiografie esaminate (eseguite 38 gg. dopo) e sopra riportate, che si sono accompagnate ad una “decubitazione” anteriore della tasca.”* (Cfr pag. 23 CTU in atti)

a ciò si aggiunge “*anche ritardo nell'asportazione del bendaggio malposto (che era già visibile 38 gg. dopo), che non portò al miglioramento auspicato perché troppo tardivamente intrapresa, già in*



presenza di un'ernia jatale che si era progressivamente incrementata ed era divenuta di grandi dimensioni.” (Cfr pag. 23-24 CTU in atti), come risulterebbe dall'esame R2291/2022, eseguito a 38 giorni dall'intervento.

**5.1.** Lo stesso CTU, chiamato ad illustrare eventuali profili di responsabilità

organizzativa e diretta della struttura sanitaria e dei medici, che successivamente hanno avuto in cura la paziente, ha evidenziato che *“Per quanto riguarda l'apporto di cure e interventi prestati successivamente all'intervento in questione, questi si resero necessari per il malposizionamento del banding e se qualche critica si può fare questa è rappresentata da un tardivo approccio chirurgico che ha determinato il consolidarsi e l'aggravarsi della sindrome da reflusso gastro-esofageo per la progressione e l'incremento del segmento di stomaco al di sopra di questo rendendo la correzione tecnica più difficoltosa e meno efficace. La struttura coinvolta tuttavia non ha potuto rispondere in contraddittorio a questa critica e un giudizio più approfondito esula dalle nostre finalità”* (cfr. CTU pagg. 31-32). Il riferimento corre ovviamente ai chirurghi di .

**5.2.** Il sanitario dott. prof. ROSSI ha sostenuto che la descrizione dell'intervento contenuto nella cartella clinica o meglio nel verbale operatorio, è errata, anche perché non corrispondente alla propria annale tecnica operatoria, essendo ipotizzabile un involontario errore da parte del redattore di essa, il secondo chirurgo dott. . Da ciò fa discendere una serie di conseguenze che metterebbero in crisi l'esattezza delle valutazioni operate dalla CTU e la necessità di una sua rinnovazione, alla quale si sono associate anche le restanti convenute.

**5.3.** D'altro canto anche la Struttura sanitaria ha contestato il contenuto della CTU, sulla base dell'errore della cartella clinica, allegato dal medico, limitandosi a sottolineare come in tale sede non siano emersi profili di responsabilità diretta relativi alla propria posizione, evidenziandosi profili di responsabilità professionale in capo al solo sanitario, sicché la struttura sarebbe chiamata a rispondere esclusivamente ai sensi dell'art. 1228 c.c., invocando a tal proposito anche un difetto di legittimazione passiva.

A fronte di tale assunto, ha dunque formulato domanda riconvenzionale trasversale, chiedendo la condanna del dott. prof. ROSSI a tenerla manlevata, con la rifusione delle spese che sarà chiamata a sostenere per il risarcimento del ricorrente.

**5.3.1** Omologa domanda di manleva nei confronti della propria Compagnia costituita è stata avanzata dal sanitario.

**5.4** A questo punto occorre considerare che, così come anche lungamente messo in evidenza dalla CTU, specie in quella parte della relazione dedicata all'esame delle osservazioni dei consulenti di parte (anche solo CTP), secondo la condivisibile giurisprudenza della Suprema Corte << *Le attestazioni contenute in una cartella clinica, redatta da un'azienda ospedaliera pubblica, o da un ente convenzionato con il servizio sanitario pubblico, hanno natura di certificazione amministrativa, cui è applicabile lo speciale regime di cui agli artt. 2699 e segg. cod. civ., per quanto attiene alle sole trascrizioni delle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, restando, invece, non coperte da fede privilegiata le valutazioni, le diagnosi o, comunque, le manifestazioni di scienza o di opinione in essa espresse.* >> (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 25568 del 30/11/2011 (Rv. 620437 – 01; conformemente Cass. Sez. L, Ordinanza n. 27471 del 20/11/2017 Rv. 646436 - 01).



Si tratta di una giurisprudenza consolidata (cfr. precedentemente Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7201 del 12/05/2003 Rv. 562887 – 01; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 1069 del 18/09/1980 Rv. 409152 - 01).

Da ciò discende che quanto contenuto nella cartella clinica e nel verbale operatorio che la compone, eccezion fatta per le valutazioni, le diagnosi o, comunque, le manifestazioni di scienza o di opinione ivi espresse, deve ritenersi fonte di prova privilegiata ed in applicazione dell'art. 2700 cc non passibile di prova contraria ma soltanto di querela di falso.

Pertanto, il rinvenimento di una ernia iatale e viepiù di una sua riduzione e tutto ciò che riguarda le operazioni praticate e descritte come tali nel verbale operatorio non possono essere messi in discussione attraverso elementi indiziari, quali quelli offerti in particolare dalla difesa del sanitario e comunque ripresi dalla Struttura o dalla Compagnia, circa la tecnica operatoria inveterata, le obiettività riscontrabili sulla persona della paziente o dagli esami radiologici successivi, in particolare la RX eseguita a distanza di gg. 38. Inoltre con riferimento a questi ultimi non va neppure trascurato, come anche ha posto in rilievo il CTU, che proprio l'assenza di un esame radiologico antecedente all'intervento costituisce un *vulnus* insanabile nella correttezza dell'adempimento del sanitario.

Ne discende altresì che nessuna prova testimoniale *in parte qua* può essere ammessa e nessuna CTU ulteriore appare utile né può essere espletata per indagare la verità di quanto emerge dalla cartella clinica e dal verbale operatorio, perché anche il nuovo consulente dovrebbe necessariamente avere come punto di partenza quanto descritto nel verbale operatorio e nella cartella clinica.

**5.4.1** Né può correttamente dubitarsi della **natura di struttura convenzionata con il SSN** dell'odierna Casa di Cura, come parrebbe voler fare la stessa, laddove sostiene che il convenzionamento non sussiste, rivendicando la propria natura privatistica né pubblica né privata convenzionata, con la conseguenza che la portata *fidefacente* della cartella clinica non potrebbe ricorrere.

A tale proposito, nella premessa che *in parte qua* nulla risulta espressamente contestato dalle restanti parti, il Tribunale non può non evidenziare come questa difesa si ponga in completa antitesi con quanto sostenuto nel corso del procedimento ex art. 669 bis cpc sia dal medico sia dalla Casa di Cura medesima e segnatamente dal richiamo del modulo “*DRG per il pagamento della prestazione da parte della Regione*” (cfr. comparsa ROSSI pag. 9 e doc. 21), dalla prescrizione del medico di base dott.ssa \_\_\_\_\_, che con la modulistica in esclusivo uso agli operatori del SSN prescrive (“*BANDING GASTRICO LAPAROSCOPICO PRESSO HOSPITAL \_\_\_\_\_*”) proprio il ricovero in convenzione presso la Struttura convenuta (cfr. comparsa ROSSI pag. 4 e doc. 18), dal doc. 20 prodotto dalla difesa ROSSI che contiene il riferimento -quanto alla provenienza della prestazione radiologica- a “*Tiket 100% \_\_\_\_\_*”, dal richiamo dello svolgimento dell'intervento in regime di convenzione (cfr. comparsa Casa di Cura pag. 22 –“*Il ricovero della paziente presso la Casa di Cura accreditata \_\_\_\_\_ avveniva per il tramite del Servizio Sanitario (su apposita richiesta di ricovero resa dal medico di famiglia della paziente, dott.ssa \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_);*” e doc. 1 pag. 3 riportante la suddetta prescrizione del medico di base e pag. 9 riportante il suddetto modulo DRG).

Quanto precede prova pienamente e non solo come verità meramente processuale, che l'intervento è avvenuto in regime di convezione con il SSN.

**5.5** In ordine alla responsabilità iatrogena comunque sussiste un ulteriore fondamentale elemento, che il CTU non ha mancato di porre in evidenza, ossia l'errato posizionamento del bendaggio gastrico, che è ragionevolmente testimoniato proprio dalla più volte invocata RX del 27.08.2015, eseguita a gg. 38 dall'intervento, la quale, come è dato leggere nel referto, indica uno scivolamento craniale del dispositivo (cfr. CTU pag. 20). Questo scivolamento e, quindi, malposizionamento, non è mai stato contestato e non è mai stato emendato dal prof. ROSSI, a svantaggio del quale peraltro ridonda anche



la inescusabile circostanza che non risultano rilasciate certificazioni sanitarie né prima né soprattutto dopo l'intervento, così integrandosi lacune, che si risolvono, in ragione della previsione di ordine generale dell'art. 2967 cc e per giurisprudenza costante della Suprema Corte, in danno del medico, onerato della prova della correttezza del proprio operato, *id est* del proprio esatto adempimento.

6. Ulteriore profilo controverso riguarda la quantificazione delle conseguenze lesive, dei postumi e conseguentemente del danno risarcibile.

6.1. La ricorrente ha chiesto, in primo luogo, il risarcimento del danno biologico permanente subito, come accertato in sede di CTU.

6.2. Il consulente ha, infatti, rilevato postumi invalidanti, stabilizzati e permanenti, consistiti in *“Il quadro di postumi oggi rilevabile: oltre alla cicatrice addominale non prevista per un semplice intervento laparoscopico, antiestetica, sono presenti maggiori aderenze intraaddominali, incontinenza cardiaca con marcata esofagite da reflusso in terapia farmacologica ed esiti cicatriziali periesofagei con sindrome disfagica. Si dovrà inoltre considerare il fallimento del calo ponderale.”* (Cfr pag. 27 della CTU in atti).

L'ausiliario ha altresì precisato come sia corretto inquadrare l'attuale e complessivo quadro clinico come solo parzialmente ma certamente connesso all'inadeguata condotta tecnica del dott. prof. ROSSI , posto che per altra parte lo stesso appare frutto di un non tempestivo intervento di rimozione del bendaggio gastrico, in parte comunque riconducibile anche a quest'ultimo, e degli interventi di iatoplastica e funduplicatio, operati in , che tuttavia si pongono in relazione causale con l'operato del primo, che ha determinato una serie di conseguenze patologiche peggiorative del quadro clinico-obiettivo della paziente fino a rendere necessario appunto un nuovo intervento di rimozione del banding e, poi, l'esecuzione di un intervento di iatoplastica e funduplicatio (cfr pag. 27 della CTU in atti).

6.2.1. Orbene, ci si trova evidentemente nel caso che la più recente giurisprudenza di legittimità (Cass. n. 28986/2019) definisce di *“menomazioni policrone concorrenti”*, ossia nell'ipotesi in cui lo stato patologico anteriore della vittima non ha concausato la lesione (da attribuire in concreto alla sola *malpractice* del medico), ma ha concausato il consolidarsi di postumi più gravi, rispetto a quelli che avrebbe patito la vittima, se fosse stata sana al momento dell'illecito.

In simili ipotesi, la Suprema Corte ha ritenuto che, in primo luogo *“di eventuali preesistenze si deve tenere conto nella liquidazione del risarcimento, non nella determinazione del grado percentuale di invalidità permanente, il quale va determinato sempre e comunque in base all'invalidità concreta e complessiva riscontrata in corpore, senza innalzamenti o riduzioni, i quali si tradurrebbero in una attività liquidativa esulante dai compiti dell'ausiliario medico-legale”*.

Inoltre, delle stesse *“si deve tenere conto, al momento della liquidazione, monetizzando l'invalidità accertata e quella ipotizzabile in caso di assenza dell'illecito, e sottraendo l'una dall'altra entità”*.

6.2.2. Quanto al primo passaggio - ossia alla quantificazione della percentuale di invalidità permanente, che funge da criterio di misurazione del danno risarcibile - dall'elaborato peritale risulta accertato che *“Il quadro menomativo oggi rilevato andrà quantificato per quanto riguarda la condotta dei resistenti nella misura del 15% inteso come danno biologico “iatrogeno”, mentre per quanto riguarda gli eventuali postumi relativi ai trattamenti successivi non sono stati analizzati soprattutto non sono parte in causa nella vicenda analizzata non essendovi stati su questi punti un contraddittorio e non sono stati accolti nell'analisi della vicenda sanitaria dai ricorrenti..... In caso di intervento ben riuscito, i postumi attesi sarebbero stati contenuti attorno ai 2 punti percentuali (cicatrici addominali rotondeggianti da infissione di trocar nel numero di 4) e minimali aderenze intraaddominali per la modestissima manipolazione chirurgica. Non si sarebbe inoltre verificato l'aumento dell'ernia jatale in caso di corretta plastica dei pilastri. La temporanea inabilità andrà*



conteggiata in gg. 36 al 100% (accessi al PS + ricoveri ospedalieri), gg. 15 al 75%, gg. 20 al 50% e ulteriori gg. 20 al 25%.” (Cfr pag. 24 e 27 CTU in atti).

**6.2.3.** Non potrà invece accordarsi alcuna dignità processualmente rilevante all'aumento della stima operata in sede di risposta alle osservazioni del CTP attoreo dott. \_\_\_\_\_, in quanto lo stesso (indicato nella forbice 20-22%) è stato basato su di un criterio meramente possibilistico e non probabilistico (<<Volendo quindi effettuare una valutazione del danno nel suo complesso utilizzando anche l'impiego del "criterio di possibilità scientifica....." >> cfr. CTU pag. 48). Né può pensarsi ad un mero *lapsus calami* del CTU, posto che altrove questi ha ben mostrato di conoscere la distinzione dal concetto di probabilità, criterio d'imputazione delle relazioni causali o concausali, fatto proprio dalla giurisprudenza della Suprema Corte in tema di nesso di causalità in ambito civilistico (cd criterio del più probabile che non). Questa valutazione in termini di mera "*possibilità scientifica*", si osserva in chiusura, non è stata oggetto di alcuna censura da parte di alcuna delle parti e non è sufficiente a ritenere possibile un incremento della percentuale di invalidità permanente oggi riconoscibile.

**6.2.4.** Venendo invece al secondo passaggio - quello relativo alla concreta liquidazione del danno, nel rispetto di criteri che siano conformi ai principi generali di integralità e proporzionalità del risarcimento - la stessa giurisprudenza di legittimità ritiene che il danno biologico patito da persona già portatrice di postumi preesistenti debba consistere nella differenza "*tra le conseguenze complessivamente patite dalla vittima dell'infortunio (i postumi complessivi), e le più lievi conseguenze dannose che la vittima avrebbe invece teoricamente dovuto tollerare a causa della sua patologia pregressa, se l'infortunio non si fosse verificato.*" (Cfr. Cass. n. 28986/2019 cit.).

**6.2.5.** La Suprema Corte ha precisato altresì che "*Una volta stabilito il grado di invalidità permanente effettivo patito dalla vittima, e quello presumibile se il sinistro non si fosse verificato, la liquidazione del danno non può certo avvenire sottraendo brutalmente il secondo dal primo*", posto che il risarcimento del danno alla salute "*sia quando è disciplinato dalla legge, sia quando avvenga coi criteri introdotti dalla giurisprudenza, avviene comunque con modalità tali che il quantum debeatur cresce in modo più che proporzionale rispetto alla gravità dei postumi*" (cfr. Cass. *Ibidem*).

**6.2.6.** In concreto, seguendo le linee guida fornite dalla giurisprudenza citata dovrà procedersi al calcolo del danno biologico permanente risarcibile come conseguenza immediata e diretta della *malpractice* medica ai sensi dell'art. 1223 c.c., in primo luogo, stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo (risultante cioè dalla somma tra la menomazione preesistente e quella causata dall'illecito) e convertendola in denaro; in secondo luogo, stimando in punti percentuali l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito e convertendola in denaro; infine, sottraendo il secondo importo al primo.

**6.2.7.** Applicando nel caso di specie tali indicazioni e operando la conversione in denaro dei punti di invalidità con riferimento ai valori di cui alle Tabelle di Milano versione 2021, considerato che l'invalidità complessiva accertata sulla persona danneggiata, di anni 23, è stata quantificata in una percentuale del 15% (pari ad Euro 48.323,00 = 36.888+11.435), considerato che l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito è stata quantificata in una percentuale 2% (pari ad Euro 2.834 = 2.267+567), il danno biologico permanente va quantificato in complessivi Euro **45.489,00** (pari a 48.323,00 – 2.834,00 Euro).

**6.2.8.** Va invece rigettata l'ulteriore domanda di personalizzazione formulata dal ricorrente.

**6.2.9.** La misura *standard* del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dagli organi giudiziari di merito (nel caso di specie, le Tabelle di Milano aggiornate) può, infatti, essere aumentata, nella sua componente dinamico-relazionale, solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale, eccezionali e peculiari, posto che le conseguenze dannose da ritenersi



normali e indefettibili secondo l'*id quod plerumque accidit* (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento (*ex multis* Cass. civ. n. 23469/2018).

**6.2.10.** Orbene nel caso di specie il danneggiato non ha affatto provato alcuna conseguenza anomala, eccezionale e peculiare tale da indurre il riconoscimento della personalizzazione richiesta.

**6.3.** Il ricorrente ha chiesto altresì il risarcimento dei danni biologici subiti a titolo di invalidità temporanea, accertata dal CTU per complessivi gg. 36 al 100% (accessi al PS + ricoveri ospedalieri), gg. 20 al 75%, gg. 30 al 50% ed ulteriori gg. 40 al 25%.

**6.3.1.** Ciò posto, il danno da invalidità temporanea andrà liquidato, nella misura da ultimo richiesta (cfr. Conclusionale di replica pag. 7), in complessivi Euro **7.524,00**, così calcolati, in base ai criteri individuati dalla Tabella di Milano aggiornata e nel valore di €. 99,00/die per una invalidità al 100%:

- Per i 36 giorni di invalidità temporanea totale, la somma di 3.564,00 Euro;
- Per i 20 giorni di invalidità temporanea parziale al 75%, la somma di 1.485,00 Euro;
- Per i 30 giorni di invalidità temporanea parziale al 50%, la somma di 1.485,00 Euro;
- Per i 34 giorni di invalidità temporanea parziale al 25%, la somma di 990,00 Euro.

...omissis...





modifiche ai contenuti di polizza”, che contiene una espressa deroga all’art. 7.8 delle condizioni generali di assicurazione.

**11.1** Come richiesto la manleva dovrà essere limitata allo sola quota di responsabilità riconosciuta in capo al medico, che per quanto già detto va individuata nel 50%, e dovrà comprendere anche le spese sostenute dall’assicurato per far fronte alla mediazione, al procedimento per ATP e al presente giudizio, come liquidate in dispositivo ed assente notula, in applicazione dell’art. 1917, 3<sup>a</sup> co., cc. Come richiesto, la Compagnia sarà tenuta al pagamento diretto nei confronti di parte attorea ex art. 1917, 2<sup>a</sup> co., cc.

**12.** Le spese di lite per il presente giudizio, nonché quelle sostenute per il procedimento in sede di mediazione ed ATP ex 669bis cpc, seguono la soccombenza e sono liquidate in dispositivo, applicando i valori medi, corrispondenti al valore della causa, indicati dal D.M. 55/2014 per le quattro fasi previste, senza alcun aumento in ragione dell’unicità delle difese svolte dai convenuti. Le spese per CTP relativamente alla fase stragiudiziale e per ATP possono essere ritenute congrue e giustificate nel minor importo di €. 8.000,00 + IVA, se dovuta e nell’aliquota sostenuta, rispetto al maggior importo documentato, apparendo, per la quota residua domandata, eccessive e sproporzionate.

P.Q.M.

Il Tribunale, ogni altra contraria domanda ed eccezione respinta o assorbita, definitivamente pronunciando così provvede:

- 1) condanna i convenuti DOTT. PROF. ROSSI \_\_\_\_\_, CASA DI CURA PRIVATA \_\_\_\_\_ SRL e \_\_\_\_\_ Assicurazioni spa, quest’ultima limitatamente alla quota del 50% imputabile al primo, al pagamento in solido in favore della ricorrente ANITA, a titolo risarcitorio, della somma complessiva di Euro 45.489,00 + 7.524,00, liquidata come in motivazione, oltre rivalutazione ed interessi come ivi indicati, oltre alle spese di lite che quantifica in 4.500,00 Euro per CTU svolta nel corso dell’ATP, in 8.000,00 Euro (+ IVA, se dovuta e nell’aliquota sostenuta) per CTP, in 59,15 (Mediazione) + 286,00+15,50 (ATP) + 549,00 (Merito) Euro per spese vive documentate, in 1.500,00 (Mediazione) + 5.800,00 (ATP) + 13.430,00 Euro a titolo di compensi professionali, oltre alle spese generali al 15%, oltre IVA e CPA, se dovuti e nelle aliquote legali;
- 2) rigetta la domanda riconvenzionale trasversale della CASA DI CURA PRIVATA \_\_\_\_\_ SRL nei confronti di DOTT. PROF. ROSSI \_\_\_\_\_ ;
- 3) accoglie la domanda riconvenzionale trasversale del DOTT. PROF. ROSSI \_\_\_\_\_ nei confronti di \_\_\_\_\_ Assicurazioni spa, che per l’effetto condanna con i limiti per scoperto e per massimale indicati in parte motiva, a tener indenne e manlevare il primo dal pagamento delle somme di cui alla condanna contenuta nel punto n. 1), oltre al pagamento delle spese per far fronte alla mediazione, al procedimento per ATP e al presente giudizio, che si liquidano rispettivamente in 800,00 (Mediazione) + 5.000,00 (ATP) + 13.430,00 Euro a titolo di compensi professionali, oltre alle spese generali al 15%, oltre IVA e CPA, se dovuti e nelle aliquote legali, da distrarsi in favore del procuratore dichiaratosi antistatario;
- 4) pronuncia esecutiva *ex lege*.

Bologna, 16.05.2022

Il Giudice

