



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
CORTE DI APPELLO DI FIRENZE
SEZIONE QUARTA CIVILE

La Corte di Appello di Firenze, Sezione Quarta Civile, in composizione collegiale, in persona dei Magistrati:

dott.ssa Dania Mori	Presidente
dott.ssa Maria Teresa Paternostro	Consigliere Relatore
dott.ssa Paola Caporali	Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di II Grado iscritta al n. r.g. **2199/2024** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. *[redacted]*
[redacted];

APPELLANTE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con
il patrocinio dell'avv. *[redacted]*;

APPELLATA
APPELLANTE INCIDENTALE

avverso

la sentenza n. 370/2024 del Tribunale di Arezzo, emessa e pubblicata il 3.4.2024;
con ordinanza del Consigliere istruttore emessa ex art. 352 c.p.c. in data 4.6.2026,
all'esito dell'udienza a trattazione scritta del 5.5.2026 ai sensi dell'art. 127 ter c.p.c., la
causa veniva trattenuta in decisione e riservata al Collegio sulle seguenti:

CONCLUSIONI

Per la parte appellante: *"Vogli l'Ecc.ma Corte di Appello di Firenze adita - disattesa e respinta ogni diversa e contraria eccezione, domanda anche riconvenzionale, difesa e*

istanza, anche istruttoria, in totale riforma della sentenza n 370/2024 pubblicata il 03.04.2024 emessa dal Tribunale di Arezzo nella causa civile iscritta al RG n 868/2021 - accogliere il presente gravame e, per l'effetto, dichiarare la responsabilità della convenuta appellata per le lesioni subite dall'appellante per tutti i motivi esposti in premessa e documentati e, conseguentemente, condannare la stessa appellata [...]

Controparte_1 in persona del legale rappresentante pro-tempore, a risarcire, in favore dell'appellante Parte_1 tutti i danni sofferti che si quantificano prudenzialmente in € 50.000,00 ovvero nella diversa somma, maggiore o minore, che verrà ritenuta e accertata di giustizia o di ragione, con rivalutazione e interessi legali di legge. In via Istruttoria di chiede il rinnovo della CTU. Si dichiara di non accettare qualsivoglia eventuale eccezione, domanda e istanza nuova, non formulata e non contenuta negli atti di causa della appellata. Con vittoria di spese e compensi di entrambi i gradi di giudizio”;

Per la parte appellata: "Voglia l'Ill.ma Corte d'Appello di Firenze, contrariis reiectis, in via preliminare nel rito accertare e dichiarare l'inammissibilità dell'appello, per i motivi di cui in premessa e per l'effetto respingere l'appello con conferma della sentenza del Tribunale di Arezzo, n. 370/2024 pubblicata il 3/04/2024 r.g. n. 868/2021 Rep. N. 491/2024 del 3/04/2024. Nel merito rigettare integralmente l'appello avversario, in quanto infondato in fatto ed in diritto e non provato, per i motivi di cui in premessa e per l'effetto confermare la sentenza del Tribunale di Arezzo, n. 370/2024 pubblicata il 3/04/2024 r.g. n. 868/2021 Rep. N. 491/2024 del 3/04/2024. In ogni caso e in accoglimento delle conclusioni formulate nel giudizio di primo grado Voglia, l'Ill.ma Autorità Adita, contrariis reiectis, in via preliminare si ribadisce di non accettare il contraddittorio sulle nuove domande e/o eccezioni e/o richieste formulate in sede di precisazioni delle conclusioni assolutamente irrituali ed inammissibili e precluse per i motivi di cui in premessa. Sempre in via preliminare accertare e dichiarare l'assenza di legittimazione passiva in capo all'esponente e per l'effetto respingere la domanda per i motivi di cui in premessa. Nel merito accertare e dichiarare come inammissibile, illegittima e infondata in fatto e in diritto e non provata la domanda proposta e per l'effetto respingerla, avendo i CCTTUU escluso ogni responsabilità dei sanitari che ebbero in cura controparte, per i motivi di cui in premessa. Con vittoria di spese e competenze. In ipotesi qualora risultasse fondata la domanda in ordine all'an debeatur accertare e dichiarare l'esorbitanza dell'ammontare dei danni richiesti e per l'effetto ridurla per i motivi di cui in premessa. Con vittoria di spese e competenze o quantomeno con totale loro compensazione. In ogni caso voglia condannare controparte al

pagamento e/o restituzione della somma di € 2.564,94=, corrisposta dall'esponente ai CCTTUU, per i motivi di cui in premessa. In ipotesi e in accoglimento dell'appello incidentale Voglia l'Ill.ma Corte d'Appello di Firenze riformare la sentenza del Tribunale di Arezzo n. 370/2024 pubblicata il 3/04/2024 r.g. n. 868/2021 Rep. N. 491/2024 del 3/04/2024 nella parte che ha disposto l'integrale compensazione delle spese di lite e conseguentemente condannare controparte alla rifusione delle spese tutte di lite del giudizio di primo grado, per i motivi di cui in premessa. In ogni caso con vittoria di competenze e spese del doppio grado di giudizio" In via istruttoria si contesta la richiesta di rinnovazione della CTU per i motivi di cui in premessa".

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, **Parte_1** conveniva in giudizio, dinanzi a questa Corte di Appello, l' **CP_1** **Parte_2** proponendo gravame avverso la sentenza n. 370/2024, emessa e pubblicata il 3.4.2024, con cui il Tribunale di Arezzo aveva respinto la sua domanda tesa ad ottenere il risarcimento dei danni patiti per la nefrectomia subita in conseguenza della malpractice del personale sanitario dell' **Parte_3** che eseguì su di lui il 4.3.2013 un intervento di litotrissia endoureterale intracorporea.

In primo grado, il **Pt_1** aveva convenuto in giudizio l' **Controparte_2** esponendo: che a seguito di ecografia all'addome, eseguita il 13.02.2013, gli era stata diagnosticata una calcolosi renale bilaterale con calcolo impegnato in uretere sx e idronefrosi di 1° grado; che in data 15.02.2013 si sottoponeva a TAC all'addome che evidenziava calcolo del diametro di 11 mm nel tratto prossimale all'uretere di sx.; che per la situazione riscontrata, in data 21.02.2013, si sottoponeva al duplice intervento di litotrissia extracorporea presso il reparto di urologia dell' **Pt_3** di Pisa che non risolveva la problematica; che successivamente si rivolgeva all'Ospedale di **Pt_3**, dove in data 04.03.2013 veniva sottoposto ad intervento di litotrissia laser in ureterosopia con posizionamento di stent "doppio J" a sx e catetere vescicale a 3 vie, dal dottor **Persona_1** urologo, direttore dell'U.O. di Urologia; il 20.03.2013 veniva nuovamente ricoverato, nel reparto di urologia dell' **Pt_3** di **Pt_3**, con diagnosi di Idronefrosi, dove gli veniva rimosso lo stent "doppio J" collocato in occasione dell'intervento di appena 15 gg. prima; che in data 25.03.2013 veniva sottoposto a ulteriore esame ecografico presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto, con il seguente esito: invariata idronefrosi di 1° grado segnalata a sx, con dilazione del tratto prossimale dell'uretere, con mancato rilevamento al colordoppler del flusso ureterale; che,

informato sull'esito dell'esame ecografico, il dottor Per_1 aveva risposto che "flusso non c'era per momentanea ipotonia e che il flusso si sarebbe ripristinato a breve, rinviando un ulteriore controllo, presso la struttura di Pt_3, da lui diretta, a dopo circa un mese"; che in data 20.04.2013, si sottoponeva a TAC dell'apparato urinario presso l'Ospedale di Grosseto che evidenziava il seguente quadro clinico: "Idroureteronefrosi sx di 3° grado con ostruzione ureterale localizzata in corrispondenza della biforcazione dei vasi iliaci estermi di sx, dove si apprezza un calcolo di 4 mm situato a circa 7 cm dal giunto uretero-vescicale, 2 calcoli di 3 mm, 1 calcolo di 4 mm presente nel terzo ureterale superiore a 6 cm dal giunto pieloureterale; che quello stesso giorno contattava telefonicamente il dottor Per_1 il quale resosi conto della gravità del quadro clinico, affermava la necessità di un ricovero; che il 22.04.2013 veniva ricoverato presso il reparto di urologia dell'Ospedale di Pt_3 da dove, sottoposto a intervento, veniva dimesso il 24.4.2013 con la seguente situazione clinica: *"Dimettiamo il paziente ricoverato in urologia, perché affetto da litiasi ureterale multipla impattata su stenosi ureterale infiammatoria dell'uretere iliaco in esiti di ESWL e URS e portatore di doppio J sx. In data 22.04.2013 il pz è stato sottoposto ad intervento di URS sx impossibile per stenosi ureterale insormontabile (il calcolo era posizionato più alto della ostruzione). Contestualmente si è dunque posizionata nefrostomia sx"*; che in data 3.6.2013 veniva ricoverato presso l'Ospedale di Bologna con la seguente diagnosi "calcolosi ureterale sx lombare con stenosi" e il giorno successivo veniva eseguito il seguente intervento chirurgico: *"Citoscopia e uretero-pielografia ascendente sx che evidenzia uno stop completo dell'uretere al di sotto dell'incrocio con i vasi iliaci non superabile dalla guida. Si effettua quindi pielografia discendente trans-nefrostomica sx la quale evidenzia uno stop completo dell'uretere a livello di L3 non sondabile. Si posiziona il catetere nefrostomico percutaneo a sx in attesa di stabilire il tipo di intervento da attuarsi (se conservativo o demolitivo)"*; che il 22.06.2013 si ricoverava presso il di Roma, con la seguente diagnosi: "Stenosi ureterale" e sottoposto a pielografia discendente trans-nefrostomica che confermava arresto del mezzo di contrasto a livello del 3° prossimale dell'uretere sx; che il 25.07.2013, sempre presso il , veniva eseguito il tentativo di ricanalizzazione anterograda che risultava infruttuosa per stenosi a carico dell'uretere lombare a livello L3 ove non si apprezzava progressione del mezzo di contrasto né del filo grano tenero; che il giorno 05.09.2013 veniva ricoverato nel reparto di chirurgia dei trapianti dell'Ospedale di Siena, dove veniva sottoposto ad esame con iniezione di contrasto dall'accesso nefrostomico già posizionato che confermava un brusco stop al 3° prossimale

dell'uretere senza passaggio di mezzo di contrasto distalmente e quindi, dopo vari tentativi di superare con guida l'occlusione, si riposizionava una nefrostomia del tipo Flexima 8F; che il giorno successivo veniva sottoposto a manovra urolo-radiologica, che confermava stop insuperabile a circa 10 cm dal meato ureterale (che dista circa 10-12 cm dallo stop prossimale); che veniva eseguita, a completamento, anche ureterosopia, che avvalorava lo stop valutato in scopia; che il successivo esame di scintigrafia renale confermava la diagnosi e indicava l'esigenza di un prossimo intervento chirurgico di autotrapianto in elezione; che dopo alcuni ulteriori esami, sempre nel reparto di chirurgia dei trapianti di Siena (controllo catetere nefrostomico il 18.09.2013, scintigrafia il 20.09.2013), in data 20.11.2013, veniva sottoposto a intervento chirurgico, così descritto: *"Incisione cutanea obliqua tra l'estremo della 12° costola di sx e la sinsifi pubica. Isolamento dell'uretere di sx che presenta una stenosi invalicabile a 3 cm sotto il giunto pielo ureterale ed una seconda a livello dell'uretere terminale a 4 cm dallo sbocco in vescica. CP_3 con doppia legatura in lino 2.0 e sezione di arteria e vena renale. Perfusioni del rene al banco con soluzione ringher lattato fredda e autotrapianto del rene in fossa iliaca sx"*; che un esame di controllo ecocolordoppler in seconda giornata mostrava assenza di vascolarizzazione del rene (confermata da una TAC all'addome del 22.11.2013) sia della fase arteriosa, che di quella tardiva a carico del rene neo-trapiantato in fossa iliaca sx in presenza di uretero-stomia e drenaggio percutaneo omo-laterale con estremo distale in prossimità del polo superiore della milza; che lo stesso giorno veniva sottoposto all'ulteriore intervento chirurgico di asportazione del rene sx: *"Riapertura parziale di recente lombotomia estesa in fossa iliaca sx. Apertura della parete muscolare ad accesso al retro-peritoneo. Reperto di Graft renale autologo trapiantato in fossa iliaca non vascolarizzato per trombosi arteriosa. Doppia legatura in lino 2.0 e sezione di arteria e vena renale. Legatura in lino e sezione dell'uretere in corrispondenza della anastomosi. Drenaggio in aspirazione"*; che il referto istologico del pezzo operatorio confermava la trombosi dell'arteria e della vena renale, e la necrosi ischemica diffusa della corteccia renale; che la convalescenza occupava molti mesi e solo il 1.06.2014 poteva tornare alla propria professione di medico.

Sulla base di tale excursus clinico, l'attore deduceva che l'intervento litotrissia endo-ureterale intracorporea al quale era stato sottoposto presso l'Ospedale di Pt_3 consisteva nella introduzione attraverso l'uretra e la vescica, dapprima dello strumento "citoscopio", che serviva a individuare lo sbocco vescico-ureterale (nella specie di quello

di sinistra), per poi introdurre una sonda "ureterorenoscopia", con un filo-guida, che risaliva dalla vescica alle cavità renali, e una volta individuato il calcolo, levato il filo, veniva inserito lo strumento laser, che emetteva onde d'urto con la finalità di dissolvere il calcolo. A dire dello stesso, si tratta di uno strumento e di una pratica medica, normalmente usata in ambito specialistico urologico, che sviluppava calore e che, quindi, laddove non avesse raggiunto solo il calcolo ma fosse andata a colpire le pareti dell'uretere, per incuria, imperizia o negligenza, avrebbe potuto danneggiarle in modo irreversibile, cosa che era accaduta nel caso di specie.

Egli, quindi, prospettava che nella vicenda che lo aveva interessato vi era stata una condotta negligente e imperita dell'operatore sanitario che aveva causato una stenosi serrata e irreversibile di un ampio tratto dell'uretere di sx, che non era stato possibile ricanalizzare riportandolo alla sua normale funzionalità, quella cioè di condurre l'urina dal rene alla vescica. Di conseguenza, il rene sx, impossibilitato a eliminare il filtrato renale, attraverso l'uretere danneggiato ed ostruito, era diventato ipertrofico, aumentando il proprio volume, con danni agli organi deputati alla filtrazione. Dal danneggiamento irreversibile dell'uretere, già di per sé grave e incontrastabile, era poi derivata la perdita del rene sx.

Alla stregua di tale prospettazione, chiedeva che l' *Controparte_2* fosse condannata al risarcimento di tutti i danni patiti per la perdita del rene sinistro, conseguente alla malpractice sanitaria.

Nella resistenza dell'azienda convenuta, la causa veniva istruita a mezzo di CTU medico-legale, con successiva relazione a chiarimenti dei consulenti tecnici d'ufficio, e, all'esito, veniva decisa con la sentenza qui impugnata con la quale il Tribunale di Arezzo respingeva la domanda e compensava integralmente le spese di lite tra le parti.

A fondamento della decisione, il giudice di prime cure rilevava che la CTU esperita in corso di causa aveva consentito di accertare che, in relazione ai danni lamentati dall'attore, difettava il nesso di causalità giuridica tra la condotta del medico dell' [...] *Controparte_2*

e l'evento di necessaria asportazione del rene sinistro. Difatti, i consulenti incaricati avevano verificato che la gestione del caso non si discostava dalle indicazioni terapeutiche secondo linee guida vigenti nel 2013, anno di riferimento dell'evento in questione; che l'indicazione all'intervento, le tempistiche ed il rispetto degli accertamenti mandatori ad intervento, non faceva rilevare eccezioni con riguardo alle buone pratiche sanitarie ed alle LG del momento per quella fattispecie; che gli effetti della procedura, praticata senza documentate problematiche di sorta, si erano visti nel

lungo periodo perché il soggetto poteva aver avuto una risposta tissutale ureterale atipica di stabilizzazione a quella prassi mai censurata; che unica spiegazione plausibile della stenosi ureterale subtotale poteva essere una risposta infiammatoria – cicatriziale atipica in quel soggetto correlata “naturalmente” alla procedura invasiva ureterale, ovvero un esito imprevedibile ed imprevenibile in assenza di errori di sorta.

Inoltre – proseguiva quel giudice - all’esito dell’integrazione alla CTU, disposta in relazione alle doglianze di parte attrice relative all’erroneità della tecnica nonché alla mancanza di motivazione e di descrizione della procedura di intervento, il collegio peritale aveva chiarito che non emergeva nessuna erroneità della tecnica circa la procedura alla quale si riconduceva il danno; che pur nell’assenza descrittiva della prassi e di iconografica relativa, non si poteva sostenere, più probabilmente che non, che vi fossero state problematiche in corso di intervento ovvero errori procedurali, posto che la strumentazione adoperata era quella ordinaria e una eventuale sua incongruenza non era neppure ipotizzabile, fatto che in ogni caso non era risultato dagli atti; che l’evento stenotico ureterale rilevato a distanza di tempo poteva quindi rientrare anche in un esito atipico la cui origine era stata solo ipotizzata, il quale pur possibile e conosciuto in urologia era imprevedibile ed imprevenibile; che la stenosi ureterale sinistra che si manifestò successivamente alla prassi del 4.3.13 era da ritenere una complicazione della stessa in un caso che per la tipologia e molteplicità della litiasi accertata anche strumentalmente poteva essere ritenuto in ogni caso di particolare complessità e difficoltà di trattamento anche se la endoureterosopia era divenuta procedura routinaria in mani specialistiche urologiche.

Infine, il Tribunale compensava integralmente le spese di lite evidenziando al riguardo come i CCTU avessero dato atto della possibile non completa adeguatezza della gestione del controllo post operatorio della eventuale permanenza di frammenti litiasici intraureterali, prima della rimozione del presidio posizionato dopo la procedura endoscopica e poneva le spese di CTU a carico delle parti per il 50% ciascuna.

Avverso la suddetta decisione, proponeva tempestivo appello *Parte_1* affidato a tre motivi di gravame.

Con un primo motivo, l’appellante lamentava *“Erroneità e illegittimità della sentenza in punto di ripartizione dell’onere della prova tra paziente e struttura sanitaria”*.

Nello specifico, premetteva che la fattispecie oggetto di causa riguardava un’ipotesi di “responsabilità contrattuale medica” nella quale il paziente non era tenuto a provare l’inadempimento del sanitario e poteva, anche attraverso presunzioni, dimostrare che il

danno era una causa o una concausa diretta della condotta sanitaria. Una volta dimostrato il nesso causale, l'onere dell'esatto adempimento ricadeva sulla struttura sanitaria alla quale competeva provare che la prestazione richiesta dal paziente era stata espletata in conformità delle *leges artis*, ovvero secondo le regole della buona pratica medica.

Ciò premesso - a detta dell'appellante - la sentenza impugnata era affetta da errore in quanto, da un lato, in essa si era ritenuto non provato il nesso di causalità tra la condotta del medico e l'evento dannoso e, dall'altro lato, si era esclusa la responsabilità del medico per asserite "complicanze" che avrebbero causato l'evento dannoso.

A tal fine il *Pt_1* deduceva, sotto il primo profilo: che la stenosi del tratto iliaco dell'uretere sarebbe insorta immediatamente a seguito dell'intervento di litotrissia laser eseguito presso l'ospedale di *Pt_3* il 04.03.2013; tale intervento avrebbe dovuto solo frantumare i calcoli presenti nel rene sx mentre aveva causato la stenosi di un ampio tratto dell'uretere di sx con conseguente non corretta esecuzione dell'intervento; il rapporto di derivazione tra l'intervento di litotrissia e la stenosi ureterale sarebbe stato ampiamente documentato dal fatto che gli esami diagnostici precedenti al 04.03.2013 non avevano rilevato la presenza della stenosi che invece si evidenziava nella ecografia del 25.03.2013 e poi nella TAC del 20.04.2013.

Sotto il secondo profilo, l'appellante rilevava: che la pratica medica effettuata dal dott. *Per_1* - valutata dai CCTTUU come descritta poco e male nella cartella clinica - consisteva nella introduzione del "citoscopio" attraverso l'uretra e la vescica, nell'identificazione dello sbocco vescico-ureterale (nella specie di quello di sinistra), nella introduzione della sonda "ureterorenoscopia" con un filo-guida, nell'individuazione del calcolo, e, previa rimozione del filo, nell'inserimento dello strumento laser da cui si generano le onde d'urto; che ove lo strumento laser, invece di centrare i calcoli, avesse colpito le pareti dell'uretere, sarebbe stato capace di bruciarle e danneggiarle con esiti irreversibili, ciò che era verosimilmente avvenuto durante l'intervento del 4.3.2013; che la stessa CTU aveva rilevato che *"mancata bonifica dai calcoli residui preliminari all'intervento può aver favorito la complicanza trombotica foriera della necrosi"*; che l'intervento di litotrissia endo-ureterale era una procedura ormai standardizzata, definibile di routine, soprattutto in certi reparti specialistici qual è l'Unità Operativa di Urologia dell'ospedale di *Pt_3* diretta dal dott. *Persona_1* perché non particolarmente complesso o tale da presentare problemi di eccezionale difficoltà.

Infine, l'appellante evidenziava che la stenosi ureterale aveva comportato il

danneggiamento irreversibile dell'uretere, che a sua volta aveva causato la ureteronefrosi di 3° grado in corrispondenza della biforcazione dei vasi iliaci esterni refertata nei successivi esami strumentali (ecografia del 25.03.2013 e TAC del 20.04.2013).

Sulla base di tali rilievi, il Pt_1 censurava la decisione impugnata laddove il primo giudice, sulla scorta delle affermazioni dei CCTTUU, non supportate da elementi scientifici, aveva escluso la responsabilità del medico sull'assunto che il danno subito (nephrectomia) era stato causato da complicanze esterne non prevedibili né evitabili, individuate nella *"molteplicità e capacità lesiva legata alla scabrosità ed irregolarità della superficie dei frammenti litiasici riscontrati nel rene e nell'uretere sx che possono aver avuto un ruolo causale o concausale nell'innescare la flogosi parietale in corso di procedura e nel verificarsi della problematica stenotica post infiammatoria, fatto indipendente dalla pur corretta esecuzione della medesima"* arrivando a dire che *"il difficile caso di nefrolitiasi renale sx del sig. Pt_1 si è verificato per complicanza non certamente per un errore di metodo"*.

Con un secondo motivo, l'appellante deduceva la *"Erroneità e illegittimità della sentenza per aver ritenuto il comportamento dott. Per_1 adempiente alle pratiche sanitarie richieste dall'intervento"*.

A tal fine rilevava come fossero state immotivatamente tralasciate dal Tribunale le negligenze accertate dagli stessi CCTTUU nella condotta del medico, che avrebbero avuto un ruolo non trascurabile nell'esito negativo dell'intervento.

Nello specifico, si doleva che i periti, pur avendo rilevato l'incompletezza della cartella clinica ed una inadeguata gestione del controllo post-operatorio, erano giunti a conclusioni non supportate da elementi tecnici di riscontro che il giudice di prime cure aveva acriticamente recepito discostandosi dai principi elaborati dalla giurisprudenza di legittimità nella materia che indicavano come la non completa o imperfetta tenuta della cartella clinica costituisse di per sé un elemento di colpa che non poteva andare a detrimento del paziente, il quale, oltre ad aver subito un danno, non era in grado di poter dimostrare che questo fosse conseguenza di un errore. Inoltre, ciò spiegava rilevanza anche sotto il profilo causale, in quanto, in base all'orientamento della Suprema Corte, il paziente poteva fornire la prova del nesso di causalità tra la condotta del sanitario e l'evento dannoso anche attraverso l'incompletezza della cartella clinica, se la condotta del medico era astrattamente idonea a causare il danno e detta incompletezza aveva reso impossibile verificare il nesso causale.

Nel caso di specie – proseguiva l'appellante – rappresentava un dato tecnico certo l'incompletezza della cartella clinica sotto molteplici profili e tale circostanza era motivo sufficiente per ritenere l'inadempimento del chirurgo nella procedura dell'intervento del 04.03.2013, attesa l'astratta idoneità dell'intervento di litotrissia endo-ureterale intracorporea a provocare l'accertata lesione dell'uretere.

Con un terzo motivo, rubricato *"Erroneità della sentenza per non aver affermato l'obbligo della convenuta a risarcire il danno procurato al dott [Parte_1] per la malpractice dell'intervento del 04.03.2013 condotto dal dott [Per_1]"*, l'appellante censurava il mancato riconoscimento del danno a lui procurato dalla malpractice sanitaria.

Al riguardo sosteneva che il valore del 9% per la perdita del rene sarebbe stato indicato dai CCTUU sulla base di presupposti (parziale compromissione del rene) non verificati nella fattispecie e che la tabella SIMLA valutava tra il 16% ed il 25% la perdita anatomica o funzionale di un rene ove la condizione di monorene si era verificata in soggetto affetto da patologie sistemiche comportanti un concreto aumento del rischio per la funzionalità renale residua, condizione questa esistente in soggetti, come lui, dismetabolici e diabetici, in cui la perdita del rene sinistro determinava un grave aumento del rischio di insufficienza renale.

Per tali ragioni, previa rinnovazione della CTU medico-legale, veniva formulata da parte appellante richiesta di riforma integrale della sentenza gravata, in accoglimento delle conclusioni come in epigrafe trascritte, con condanna della controparte al pagamento delle spese del doppio grado di giudizio.

Ritualmente radicatosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio l' [Controparte_2] [...] la quale eccepiva preliminarmente l'inammissibilità dell'appello sia per l'assenza di una precisa indicazione dei motivi di gravame e sia per la irritualità e genericità delle conclusioni formulate, contenenti domande nuove; nel merito, contestava, sì come infondate, le censure mosse da parte appellante nei confronti della sentenza impugnata e proponeva a sua volta appello incidentale laddove in essa si era erroneamente ed illegittimamente disposta la compensazione delle spese di lite.

Esaurita la trattazione e acquisito il fascicolo di ufficio del procedimento di primo grado, la causa, mutato nel frattempo il Consigliere Istruttore (decreto del 7/11.3.2025), veniva trattenuta in decisione e riservata al Collegio con provvedimento del 4.6.2026 (a seguito di udienza cartolare del 5.5.2026), sulle conclusioni delle parti come in epigrafe precisate dinanzi al nuovo Consigliere istruttore.

1. Le eccezioni di inammissibilità dell'appello

Preliminarmente, è da rilevare che l'eccezione di inammissibilità dell'appello sollevata dall'azienda appellata ai sensi dell'art. 342 c.p.c. è destituita di fondamento.

Il gravame, per vero, si profila conforme ai requisiti essenziali di forma/contenuto espressi nell'articolo citato, dovendo ritenersi che l'onere di specificità dei motivi di appello possa considerarsi assolto quando, anche in assenza di una formalistica enunciazione o della redazione di un progetto alternativo di sentenza, le argomentazioni contrapposte dall'appellante a quelle esposte nella decisione gravata siano tali da inficiarne il fondamento logico giuridico (cfr. Cass. Civ. Sez. Unite, n. 27199 del 16.11.2017; Cass. Civ., Sez. 3, ordinanza n. 10916 del 5.05.2017; Cass. Sez. III, sentenza n. 18307 del 18.09.2015).

In concreto, l'atto di appello individua la statuizione oggetto di censura, le ragioni a sostegno dell'impugnazione proposta e formula, rispetto alle argomentazioni adottate dal primo giudice, pertinenti ragioni di dissenso.

L'azienda sanitaria ha eccepito altresì l'inammissibilità dell'appello in relazione alle conclusioni in esso formulate.

L'eccezione risulta del tutto generica laddove con essa si deduce che l'appellante avrebbe proposto domande e/o eccezioni nuove, senza indicare a quali domande ed eccezioni si fa riferimento e in cosa consisterebbe la novità.

Stesse considerazioni valgono per le pretese "conclusioni del tutto irrituali e generiche" laddove non è dato comprendere in cosa consisterebbe l'irritualità e la genericità stigmatizzata dall'appellata.

Quanto alla eccepita irrituale ed inammissibile modifica delle conclusioni precisate in appello rispetto a quelle rassegnate in primo grado, dove l'appellante aveva chiesto la condanna dell'azienda al risarcimento dei danni per perdita del rene sinistro quantificati in una somma pari ad € 200.000,00, il Collegio non ravvisa la pretesa novità, avuto riguardo al contenuto dell'atto di appello. Invero, il Pt_1 ha chiesto nella presente fase di gravame di dichiarare la responsabilità della convenuta appellata "per le lesioni subite" e tale conclusione non implica alcuna modifica sostanziale rispetto alla "perdita del rene sinistro" precedentemente indicata, dal momento che il fatto storico causativo del danno è lo stesso ed immutato è rimasto l'evento lesivo e il titolo contrattuale della responsabilità contestata. Inoltre, l'appellante ha chiesto di condannare l'appellata a risarcire i danni sofferti quantificati prudenzialmente nella somma di € 50.000,00

(ovvero nella diversa somma, maggiore o minore, che verrà ritenuta e accertata di giustizia o di ragione, con rivalutazione e interessi legali di legge) e tale inferiore importo rispetto a quello di € 200.000 precedentemente indicato non integra un *novum* ai sensi dell'art. 345 c.p.c. non solo perché è inferiore e quindi è perfettamente ricompreso nell'originario *petitum*, ma anche perché è accompagnato dalla formula "somma maggiore o minore che verrà ritenuta e accertata di giustizia o di ragione", che nel caso di specie appare del tutto appropriata essendovi una ragionevole incertezza sull'ammontare del danno effettivamente da liquidarsi.

2. Il perimetro della decisione

L'exkursus clinico descritto dall'attore/odierno appellante nell'atto introduttivo è pacifico ed è stato confermato anche dalla CTU espletata nel precedente grado di giudizio.

Ciò che è invece in contestazione è la responsabilità dell'azienda sanitaria convenuta, che è stata negata in primo grado e che questa Corte è chiamata nuovamente a valutare attraverso i motivi di appello proposti dal Pt_1

Il relativo accertamento passa attraverso le seguenti verifiche: la distribuzione dell'onere probatorio tra paziente e struttura sanitaria; l'assolvimento del rispettivo onus probandi delle parti; la determinazione del danno; la quantificazione delle conseguenze risarcibili.

Inoltre, fa parte del presente giudizio anche la verifica della correttezza del regime delle spese di lite adottato dal primo giudice.

3. Sulla distribuzione dell'onere probatorio e sul nesso causale

Viene in rilievo il primo motivo di gravame con cui l'appellante lamenta, anzitutto, l'erronea ripartizione da parte del primo giudice del regime dell'onere della prova tra paziente e struttura sanitaria.

Il motivo è fondato.

In base al consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità *"In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed*

inevitabile con l'ordinaria diligenza" (cfr. *ex plurimis*, Cass. Sez. 3, Sentenza n. 18392 del 26/07/2017; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 21177 del 20/10/2015; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 22222 del 20/10/2014; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 20547 del 30/09/2014).

Nel caso di specie, si ritiene che l'attore/odierno appellante abbia assolto all'onere su di lui gravante.

Dagli atti di causa e dagli accertamenti esperiti in sede di CTU medico-legale, emerge che: il **Pt_1** presentava un quadro di calcolosi renale con calcolo impegnato in uretere sinistro e idronefrosi di I° grado; in tutti gli esami strumentali eseguiti dal paziente prima dell'intervento di litotrissia endo ureterale intracorporea del 4.3.2014 non era mai stata rilevata la presenza della stenosi ureterale; la stenosi del tratto iliaco dell'uretere fu rilevata per la prima volta all'ecografia del 25.3.2013 e alla TAC del 20.4.2013, a breve distanza dall'intervento del 4.3.2014; la cartella clinica non riportava la descrizione dell'evento tecnico e delle scelte strumentali effettuate (calibro dell'ureterorenoscopia, partenza del Laser usato, tipo di fili guida e il calibre dello stent apposti a fine procedura); l'ecografia effettuata il 25.3.2013 evidenziava persistenza di idronefrosi di I° grado con dilatazione dell'uretere prossimale, non ectasia dell'uretere pelvico con mancato rilevamento al color doppler del flusso ureterale; la TAC eseguita il 20.04.2013 dimostrava la progressione del problema, ovvero una idroureteronefrosi sinistra divenuta di III° grado sempre per ostruzione ureterale in corrispondenza della biforcazione dei vasi iliaci esterni; il 22.04.2013 si aveva riscontro, in seguito a intervento di procedura URS sinistra risultata impossibile, di stenosi ureterale insormontabile (per cui era posizionata nefrostomia sinistra); a detta degli stessi CCTTUU (cfr. pag. 21 e 22 della relazione in atti) la procedura responsabile non poteva che essere stata quella del 4.3.13 ed inoltre non fu adeguata alle buone pratiche la gestione del controllo post operatorio della eventuale permanenza di frammenti litiasici intraureterali prima della rimozione del presidio posizionato dopo la procedura endoscopica (prima della rimozione dello stent ureterale sarebbe utile effettuare TC diretta addome di controllo per verificare l'assenza di frammenti residui post procedurali).

Sulla base di tali elementi di fatto, è possibile affermare che l'intervento di litotrissia laser in ureterosopia a cui fu sottoposto il **Pt_1** il 4.3.2013 presso l'Ospedale di **Pt_3** non solo non fu risolutivo della idronefrosi di I° grado, che risultava persistere anche dopo il trattamento, ma fu addirittura peggiorativa della problematica dal momento che si assisté nel volgere di breve tempo ad una progressione in senso

negativo stante la sua evoluzione in idroureteronefrosi sinistra divenuta di III° grado per ostruzione ureterale.

Inoltre, mette conto evidenziare che il Pt_1 attraverso i propri CTP, ha efficacemente illustrato come le stenosi ureterali possono presentare origine iatrogena dovuta ad esempio a difficoltà di risalita dell'uretroscopio durante la manovra oppure a perforazione ureterale. Gli stessi CCTTUU hanno affermato che la stenosi ureterale post endoscopia operativa è spesso associata a manovre complicate da substenosi già presenti all'atto dell'intervento o provocate dall'uso intraoperatori di cestelli o presidi di ritenzione e di rimozione dei frammenti litiasici (per esempio basket e/o cateterini configurati a spirale per evitare la retropulsione dei calcoli quale lo "stone cone") (cfr. pag. 23 della relazione in atti).

Per questa ragione, l'impossibilità di conoscere nel dettaglio particolari essenziali relativi alla procedura chirurgica effettuata, stante l'incompletezza della cartella clinica - in cui mancano i rilievi iconografici dell'intervento, manca la descrizione delle cosiddette manovre ancillari, manca il dettaglio del tipo di strumentazione utilizzata nella procedura - non può che ridondare a carico dell'azienda sanitaria.

Ed invero, come affermato dalla giurisprudenza di legittimità, con orientamento costante, *"In tema di responsabilità medica, la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato. Tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento dell'eventuale colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente"* (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6209 del 31/03/2016; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 27561 del 21/11/2017; Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 16737 del 17/06/2024).

È poi evidente che la difettosa tenuta della cartella clinica non è il comportamento censurato – donde l'infondatezza della censura di decadenza e/o preclusione sollevata dall'appellata – bensì un dato di fatto che gioca un ruolo sfavorevole sul piano probatorio nei confronti della parte tenuta a dimostrare di aver correttamente operato nell'esecuzione dell'intervento e che al tempo stesso agevola il danneggiato nella dimostrazione del nesso causale.

Alla luce delle considerazioni fin qui svolte, deve ritenersi che il peggioramento delle condizioni cliniche del Pt_1 si ponga in relazione causale con la condotta dei sanitari

dell'Ospedale di Pt_3 .

4. Sull'onere della prova gravante sull'azienda sanitaria

Dall'assolvimento dell'onere della prova gravante sul danneggiato, consegue che spettava alla struttura sanitaria dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, ai sensi dell'art. 1218 c.c.

L'appellante con il (restante) primo ed il secondo motivo di gravame censura *in parte qua* la sentenza di primo grado laddove in essa è stata esclusa la responsabilità del medico che eseguì l'intervento, e per esso della struttura sanitaria, nonostante l'assenza di prova in ordine al fatto che l'inadempimento non fosse dipeso da errore nell'esecuzione ma da circostanze imprevedute ed imprevedibili.

La prospettazione dell'appellante è fondata.

Il Collegio ritiene che non vi sia prova in atti del fatto che la prestazione sanitaria fu eseguita in conformità delle *leges artis*, ovvero delle regole della buona pratica medica all'epoca vigenti.

Se, come affermano i CCTTUU, nessuna problematica può essere ascritta alla metodica utilizzata, nessun rilievo può essere mosso all'indicazione all'intervento, alle sue tempistiche, al rispetto dei trattamenti mandatori ad intervento e alla durata dell'intervento, che si presenta compatibile con una procedura endoscopica correttamente condotta ed esente da apprezzabili problematiche e censure procedurali intraoperatorie, vi è tuttavia da constatare che riguardo alla concreta esecuzione tecnica della procedura - a fronte dell'accertata grave stenosi a livello dell'uretere lunga ben 14 cm - gli elementi a disposizione non consentono di ritenere assolto l'onere probatorio a carico della struttura sanitaria.

In proposito i CCTTUU hanno infatti segnalato: quanto alla descrizione dell'intervento, che mancano i rilievi iconografici riguardanti sia le manovre ancillari (pielografia retrograda per definizione di roadmap prima dell'introduzione dell'ureterorenoscopio, che a fine procedura per escludere lesioni ureterali); in merito agli strumenti utilizzati per la procedura, che *"dagli atti non è possibile "seguire" in maniera perfetta l'evento tecnico e le scelte strumentali effettuate (calibro dell'ureterorenoscopio, potenza del Laser usato, tipo di filo guida e il calibre dello stent apposti a fine procedura) per motivare gli esiti della prassi endoscopica"* (cfr. pag. 22 della relazione in atti) ed hanno concluso: **"Se danni iatrogeni occorsero nella procedura restarono misconosciuti"** (n.d.r. grassetto dell'estensore) aggiungendo che: *"Non adeguata alle*

buone pratiche può ritenersi la gestione del controllo post operatorio della eventuale permanenza di frammenti litiasici intraureterali prima della rimozione del presidio posizionato dopo la procedura endoscopica (prima della rimozione dello stent ureterale sarebbe utile effettuare TC diretta addome di controllo per verificare l'assenza di frammenti residuali post procedurali)" (cfr. pag. 22 della relazione in atti)

Ora in presenza di un tale quadro, non può certamente ritenersi assolto l'onere della prova posto a carico della struttura sanitaria, la quale avrebbe dovuto dimostrare che la procedura si svolse secondo le regole della buona tecnica fornendo anzitutto una cartella clinica completa delle indicazioni necessarie a ricostruire nei suoi passaggi chiave l'iter operatorio, laddove, per contro, mancano informazioni (quali il calibro dell'ureterorenoscopia, potenza del Laser usato, il tipo di filo guida e il calibro dello stent apposti a fine procedura) da ritenersi fondamentali e particolarmente rilevanti ai fini delle verifiche richieste a tal fine, checché ne dicano i CCTTUU che ipotizzano apoditticamente, senza alcun tipo di riscontro, *"che la strumentazione adoperata era quella ordinaria e una eventuale sua incongruenza non era neppure ipotizzabile"*, salvo poi aggiungere *"che in ogni caso non è risultato dagli atti"* (cfr. pag. 38 della relazione a chiarimenti), confermando quindi la lacunosità della documentazione clinica e la natura congetturale delle loro affermazioni.

Nel caso di specie, dunque, la struttura non ha fornito la prova che le si richiedeva ed anzi la difettosa tenuta della cartella clinica ridonda a suo carico in quanto essa è destinata ad operare in senso negativo ai fini della valutazione della condotta del sanitario e dell'accertamento della relativa colpa (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 6209 del 31/03/2016).

A fronte di tali considerazioni, risulta non condivisibile l'iter motivazionale del giudice di prime cure che ha recepito acriticamente le valutazioni dei CCTTUU in base alle quali la stenosi ureterale sinistra che si manifestò successivamente alla prassi del 4.3.13 sarebbe da ritenere *"una complicazione delle stesse in un caso che per la tipologia e molteplicità della litiasi accertata anche strumentalmente poteva essere ritenuto in ogni caso di particolare complessità e difficoltà di trattamento anche se la endoureteroscopia è divenuta procedura routinaria in mani specialistiche urologiche"* (cfr. pag. 25 della relazione in atti).

Una tale conclusione, in primo luogo, non si concilia affatto con la mancanza di una completa descrizione della tecnica operatoria e della strumentazione utilizzata; del resto, gli stessi CCTTUU non hanno escluso l'eventualità di danni iatrogeni, affermando

che, se ve ne furono, questi rimasero "misconosciuti", a sottolineare proprio l'impossibilità, in quelle condizioni, di risalire alle loro cause.

Quanto alla supposta natura di "complicazione" della stenosi ureterale sinistra insorta nel **Pt_1** i periti fanno discendere tale connotazione dalla "tipologia e molteplicità della litiasi accertata anche strumentalmente" e dalla conseguente possibilità che il caso "fosse ritenuto (...) di particolare complessità e difficoltà di trattamento".

Il Collegio osserva come si tratti di motivazione insoddisfacente sotto il profilo scientifico in quanto non risulta fornita in concreto alcuna particolare descrizione della litiasi che affliggeva il **Pt_1** tale da giustificare un coerente giudizio di particolare complessità e difficoltà del trattamento. Quanto i CCTUU affermano in sede di chiarimenti relativamente al fatto che il giudizio di complessità si fonderebbe sulla necessità di due precedenti trattamenti ESWL con secondo gravato da infezione post procedurale (cfr. pag. 39 della relazione a chiarimenti) non appare dirimente dal momento che i due precedenti infruttuosi trattamenti sul paziente, che gli stessi periti definiscono non indicati per quel tipo di litiasi, non hanno risolto ma neppure aggravato il quadro patologico preesistente (litiasi sottogiuntale sinistra di 11 mm di diametro longitudinale). Inoltre, gli stessi periti definiscono la "endoureteroscopia" procedura divenuta routinaria in mani specialistiche urologiche.

Orbene, l'intervento fu eseguito nel caso di specie dal dott. **Per_1** il quale è da presumersi fosse un professionista particolarmente esperto nella procedura endoscopica in questione, trattandosi del direttore dell'U.O. di Urologia dell' **Parte_3** . Per cui, nel caso di specie sarebbe stata molto più confacente alla situazione una connotazione "di routine" dell'intervento praticato al paziente.

E' opportuno sul punto richiamare l'orientamento della giurisprudenza di legittimità in base al quale *"In caso di prestazione professionale medico-chirurgica di "routine", spetta al professionista superare la presunzione che le complicanze siano state determinate dalla sua responsabilità, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento; ne consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "complicanze intraoperatorie", ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio"* (cfr. Cass. Civ. Sez.

3, Sentenza n. 24074 del 13/10/2017; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 12516 del 17/06/2016).

In ogni caso, il Collegio rileva che il ricorso alla nozione di complicità – senza aver dimostrato in concreto la imprevedibilità ed inevitabilità dell'evento - non può giovare all'azienda appellata e ciò in quanto *"Nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicità", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile"* (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 13328 del 30/06/2015).

Infine, pure non condivisibile è l'ulteriore passaggio motivazionale della sentenza impugnata nel quale il giudice di prime cure, per mandare esente da responsabilità l'azienda convenuta, richiama la relazione dei CCTUU nella parte in cui costoro affermano che *"la molteplicità e la certa capacità lesiva legata alla scabrosità ed irregolarità della superficie dei frammenti litiasici riscontrati nel rene e nell'uretere a sinistra possono effettivamente aver avuto un ruolo causale o concausale nell'innescare la flogosi parietale in corso di procedura e quindi nel verificarsi della problematica stenotica post infiammatoria"*.

In disparte il fatto che si tratta di considerazioni basate su una mera ipotesi priva di elementi di riscontro (tant'è che tale gli stessi CTU parlano di origine "solo ipotizzata": cfr. pag. 38 della relazione a chiarimenti) e neppure supportata da valide indicazioni di carattere statistico – laddove l'appellante fa, per contro, significativamente notare come, se così fosse, tutti i pazienti che eliminano i calcoli di ossalato di calcio, che hanno l'aspetto c.d. "ricci di castagne" dovrebbero sviluppare una stenosi dell'uretere – resta il fatto che una tale conclusione viene affermata da parte dei CCTUU sul presupposto – nient'affatto verificato, per quanto già detto dianzi – che vi sia stata una corretta esecuzione della procedura endoscopica da parte dei sanitari del nosocomio di Pt_3. Anche nel rispondere alle osservazioni dei CT di parte attrice, laddove affermano che quella traumatica sulla mucosa in presenza di calcoli frammentati, appare la spiegazione più plausibile nella fattispecie, aggiungono *"posto che dagli atti non emergono passaggi*

censurabili per quanto attiene al metodo adoperato ed alla durata della prassi". Il che induce a circoscrivere significativamente la portata di una tale ipotesi, che i periti formulano dando per acquisita soltanto la correttezza del metodo adoperato e della durata della prassi (ma non anche la correttezza della sua esecuzione).

Ne consegue, che, non avendo la struttura sanitaria assolto all'onere probatorio su di essa gravante, deve essere affermata la responsabilità dell' Parte_4

5. L'evento di danno

La stenosi ureterale causa dalla malpractice medica si pone senz'altro in rapporto di causalità con la perdita del rene sinistro da parte del Pt_1

Gli eventi successivi all'intervento del 4.3.2013 indicano come già alla TAC del 20.4.2013 si evidenziasse una "Idro-uretero-nefrosi SN di terzo grado con ostruzione ureterale localizzata in corrispondenza della biforcazione dei vasi iliaci esterni di sn (...)". Nella relazione di dimissioni del 24.4.2013 dell' Pt_3 di Pt_3 dove il Pt_1 fu ricoverato il 22.4.2013, si attesta che l'intervento di URS sinistra era impossibile "per stenosi ureterale insormontabile"; nel corso dell'intervento eseguito presso l'Ospedale di Bologna il successivo 3.6.2013 si evidenziò "uno stop completo dell'uretere a livello di L3 non sondabile"; presso il [REDACTED] il 22.6.2013, la pielografia discendente trans nefrostomica documentava "arresto del mezzo di contrasto a livello del III° prossimale dell'uretere sinistro"; il successivo 24.7.2013 risultava infruttuoso, presso lo stesso policlinico, il tentativo di ricanalizzazione anterograda "per stenosi a carico dell'uretere lombare a livello di L3"; l'intervento chirurgico in data 06.09.2013 presso il reparto di Chirurgia dei Trapianti dell' Pt_3 di Siena attestava "Stop insuperabile a circa 10 cm dal meato ureterale"; presso lo stesso presidio il 19.11.2013 si eseguiva "nephrectomia sx con doppia legatura in lino 2.0 e sezione di arteria e vena renale. Perfusioni del rene al banco con soluzione Ringer lattato fredda e autotrapianto del rene in fossa iliaca sx"; i controlli successivi evidenziavano assenza di vascolarizzazione del rene neo-trapiantato; in data 22.11.2013 era quindi eseguito trattamento chirurgico di asportazione del rene sinistro e il referto istologico confermava la trombosi dell'arteria e della vena renale con necrosi ischemica diffusa della corticale renale.

La stenosi ureterale ha causato il danneggiamento irreversibile dell'uretere e la ureteronefrosi di 3° grado in corrispondenza della biforcazione dei vasi iliaci esterni.

I CCTTUU hanno affermato che le scelte successive in ambito chirurgico sono state condizionate e obbligate dal pregiudizio anatomico-patologico renale sopravvenuto

correlabile alla procedura endoscopica che insieme alla litiasi multipla certamente aveva ancor più danneggiato il rene (cfr. pag. 24 della relazione di CTU in atti).

Hanno quindi aggiunto che *"Nella fattispecie quindi sia l'eventuale confezionamento di plastica ricostruttiva del tratto stenotico con uretere ileale che l'autotrapianto erano certamente interventi complessi, da effettuare in Centri di eccellenza chirurgica così come avvenuto per Siena, interventi che potevano certamente comportare complicanze (...) quali la perdita precoce o tardiva della funzionalità del rene trattato. Nel caso si è purtroppo verificata la necrosi ischemica post chirurgica dopo autotrapianto del rene per trombosi vascolare artero-venosa verificata dall'esame anatomico patologico dell'organo; complicanza sicuramente aggiuntiva alla condizione di sofferenza patita dal rene per la molteplice e complessa litiasi accertata, condizioni mandatorie della scelta terapeutica adottata"* (cfr. pag. 24 della relazione di CTU in atti)

Ed infine, hanno concluso: *"L'irriducibilità della complicazione infiammatoria ureterale richiese infine di scelte chirurgiche complesse finalizzate al reimpianto dell'organo già danneggiato, che più probabilmente che non anche la mancata bonifica dai calcoli residui preliminarmente all'intervento può aver favorito la complicanza trombotica foriera della necrosi in un soggetto che già aveva presentato un episodio infettivo post procedurale a Pisa dopo ESWL"* (cfr. pag. 26 della relazione in atti).

Tanto premesso in fatto, può ritenersi accertata sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, alla stregua di quanto disposto dall'art. 1227, comma 1, c.c.), l'efficienza eziologica della condotta medica rispetto all'evento, in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento), così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 15991 del 21/07/2011; cfr. da ultimo, Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 17006 del 24/06/2025).

6. Sulle conseguenze risarcibili

Siamo in presenza di conseguenze dannose che, sotto il profilo della causalità giuridica, possono ascriversi almeno in parte, con stima che si reputa equo determinare nella misura del 30%, alla condotta dei sanitari dell' *Controparte_4* i quali, in base a quanto accertato dai CCTTUU, prima di procedere all'intervento di autotrapianto del rene sinistro (intervento fallito per trombosi dell'arteria renale e di conseguenza era effettuata nefrectomia sinistra), omisero di eseguire una bonifica del rene, preliminarmente

all'intervento, dalle formazioni litiasiche ancora presenti a vari livelli (cfr. pag. 20 e pag. 25-26 della relazione in atti).

Ciò premesso, i CCTTUU hanno valutato il danno biologico permanente, determinato dalla perdita del rene sinistro, nella misura del 9% *"alla luce della funzione dell'adelfo, dello stato anteriore dell'organo certamente già compromesso sul piano anatomico - funzionale dal dismetabolismo uricemico, dalla micronagiopatia diabetica e dalla uropatia ostruttiva per la nefrolitiasi complessa accertata e necessaria delle prassi sanitarie di Pt_3 "*.

L'appellante, con il terzo motivo di gravame, ha contestato tale valutazione esponendo che in base alla tabella SIMLA la "Perdita anatomica o funzionale di un rene, con adelfo normo funzionale" è valutata nella misura del 15% e che quelle che i CCTTUU indicano come preesistenti compromissioni, oltre a non essere verificate, addirittura determinerebbero una valutazione superiore del danno tra il 16% ed il 25% che è quella che la tabella SIMLA prevede *"in presenza di patologie sistemiche comportanti concreti aumenti del rischio per la funzionalità renale residua (ad es. ipertensione arteriosa, diabete mellito, diverse endocrinopatie e malattie metaboliche)"*.

In sede di risposta alle osservazioni i CCTTUU hanno giustificato la riduzione *"per la preesistenza di affezioni metaboliche avanzate"* (cfr. pag. 36 della relazione in atti).

Il Collegio non condivide tale valutazione dal momento che, da un lato, non è emerso che le pregresse condizioni del Pt_1 abbiano avuto un ruolo concausale nella determinazione dell'evento di danno, dall'altro, dalla tabella SIMLA emerge che alla presenza di eventuali patologie sistemiche comportanti un aumento del rischio per la funzionalità renale residua corrisponde un aumento della percentuale di danno e non una diminuzione.

Per cui il valore tabellare a cui far riferimento è quello del 15%.

Per quanto concerne l'inabilità temporanea i CCTTUU l'hanno stimata in 440 giorni di cui 40 giorni a 75%, 60 giorni al 50% e 340 giorni al 25%.

Trova applicazione nel caso di specie la T.U.N. come di recente affermato dalla Suprema Corte che, investita di rinvio pregiudiziale ai sensi dell'art. 363 bis c.p.c. ha stabilito il principio di diritto in base al quale «la Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12/2025, in quanto da riconoscersi quale parametro della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute conforme alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., trova applicazione generalizzata in via

indiretta, cioè non in forza di diretta efficacia normativa, bensì come parametro del potere del giudice di cui a tali norme, con riferimento a liquidazioni formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta e, dunque, a sinistri causativi di danno biologico verificatisi prima del 5 marzo 2025 e pur non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti e da responsabilità sanitaria. Il giudice, nella liquidazione del danno alla salute da effettuarsi nel caso concreto, potrà, dunque, discostarsene – eventualmente anche reputando di applicare una tabella ‘pretoria’ - solo in forza di una motivazione che dia puntualmente conto di circostanze del tutto peculiari, più rilevanti nell’ambito regolato oggettivamente, *ratione materiae*, dalla **CP_5** (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 8630 del 7/4/2026).

Non rinvenendosi ragioni per discostarsi dalla T.U.N., il danno deve essere determinato sulla base dei parametri offerti da tale tabella, con possibilità di aumento percentuale per il danno morale, da un minimo (del 27,8% al 37,8%).

Si ritiene che nel caso di specie debba trovare applicazione l’aumento massimo.

Invero, le circostanze del caso concreto inducono a considerare non solo la grave condizione di menomazione in cui si è venuto a trovare il danneggiato a seguito della malpractice sanitaria ma anche l’intensa afflizione morale dovuta ai numerosi interventi chirurgici a cui si è dovuto sottoporre.

Nel caso di specie, i criteri dettati dalla T.U.N., parametrati all’età del danneggiato al momento del sinistro (55 anni), al grado di invalidità permanente riconosciuto (15%) e ai giorni ed alle percentuali di inabilità temporanea accertati, considerato l’aumento massimo per il danno morale, consentono di determinare un danno complessivo finale pari a € 81.753,96 già rivalutati ad oggi (di cui € 69.942,11 a titolo di danno biologico permanente e € 11.811,85 a titolo di danno da inabilità temporanea).

Da tale danno va poi detratta la quota del 30% per la concausa dovuta all’omessa bonifica del rene, preliminare all’intervento di autotrapianto del rene sinistro, per un totale di € 57.227,77 (€ 81.753,96 – 30%).

7. Le conclusioni

In conclusione, in accoglimento della domanda proposta dal **Pt_1** e in riforma della sentenza impugnata, l’**Controparte_2** deve essere condannata a risarcire all’attore/odierno appellante il danno non patrimoniale subito per la somma, già rivalutata ad oggi, di € 57.227,77, oltre interessi al tasso di legge sulla somma devalutata alla data del sinistro (4.3.2013) e rivalutata anno per anno sino ad oggi, con

assorbimento ogni ulteriore richiesta e/o istanza assorbita.

8. L'appello incidentale e le spese di lite

L'appello incidentale proposto dall'azienda appellata rimane assorbito dalla nuova regolamentazione delle spese processuali, che si impone in conseguenza della riforma della sentenza impugnata.

Allo stesso modo rimane assorbita la domanda di restituzione del 50% delle spese di CTU formulata da Pt_5

In proposito, occorre richiamare il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, in forza del quale: *"Il giudice di appello, allorché riformi in tutto o in parte la sentenza impugnata, deve procedere d'ufficio, quale conseguenza della pronuncia di merito adottata, ad un nuovo regolamento delle spese processuali, il cui onere va attribuito e ripartito tenendo presente l'esito complessivo della lite poiché la valutazione della soccombenza opera, ai fini della liquidazione delle spese, in base ad un criterio unitario e globale, mentre, in caso di conferma della sentenza impugnata, la decisione sulle spese può essere modificata soltanto se il relativo capo della sentenza abbia costituito oggetto di specifico motivo d'impugnazione"* (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Ordinanza n. 9064 del 12/04/2018; Cass. Civ. Sez. L, Sentenza n. 11423 del 01/06/2016).

Ciò premesso, avuto riguardo all'esito complessivo del giudizio che ha visto riconosciuta la responsabilità della convenuta/appellata per il 70% ricorrono i presupposti per compensare per 1/3 le spese di lite, con condanna dell'azienda sanitaria a rifondere all'attore/appellante i rimanenti 2/3 per entrambi i gradi di giudizio.

La liquidazione, in misura intera, deve avvenire sulla base del compenso per gli avvocati in ambito civile come stabilito dal D.M. 55/2014, e successivi aggiornamenti, considerati il valore della controversia (accertato e ricompreso nello scaglione di riferimento da € 52.001 a € 260.000) e l'impegno difensivo (medio) prestato: quanto al primo grado, in complessivi € 14.103,00 per compensi (di cui € 2.552,00 per la fase di studio, € 1.628,00 per la fase introduttiva, € 5.670,00 per la fase di trattazione e € 4.253,00 per la fase decisoria) ed € 786,00 per esborsi, rimborso forfetario del 15%, CAP e IVA, come per legge; quanto al presente grado di appello, esclusa la fase di trattazione per assenza di attività istruttoria (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 10206 del 16/04/2021) in complessivi € 9.991,00 per compensi (di cui € 2.977,00 per la fase di studio, € 1.911,00 per la fase introduttiva e € 5.103,00 per la fase decisoria) e in € 804,00 per esborsi, oltre rimborso forfetario del 15%, CAP e IVA, come per legge.

In base al principio di causalità, si ritiene di porre definitivamente le spese della CTU svolta in primo grado per 2/3 a carico dell' **CP_1** appellata e per 1/3 a carico del **Pt_1**

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando, disattesa e/o assorbita ogni contraria domanda, eccezione, istanza e deduzione, sull'appello principale proposto da **Parte_1** e sull'appello incidentale proposto da **Controparte_2** contro la sentenza n. 370/2024 del Tribunale di Arezzo, emessa e pubblicata il 3.4.2024, in riforma della decisione impugnata, così provvede:

- 1) accerta e dichiara la responsabilità dell' **Controparte_2** per il danno non patrimoniale riportato da **Parte_1** in seguito un intervento di litotrissia endoureterale intracorporea, eseguito sullo stesso il 4.3.2013 presso l'Ospedale di **Pt_3** e, per l'effetto,
- 2) esclusa la quota del 30% ascrivibile a concorso del terzo, condanna l' **[...]** **Controparte_2** a risarcire al **Pt_1** la somma di € 57.227,77, oltre interessi al tasso di legge sulla somma devalutata alla data del sinistro (4.3.2013) e rivalutata anno per anno sino ad oggi, con assorbimento ogni ulteriore richiesta e/o istanza assorbita;
- 3) dichiara assorbito l'appello incidentale proposto da **Controparte_2**
- 4) compensa per 1/3 le spese di lite tra le parti e condanna l' **Controparte_2** **[...]** a rifondere a **Parte_1** i restanti 2/3 relative ad entrambi i gradi di giudizio, liquidate, per intero, in base al calcolo specificato in parte motiva;
- 5) pone definitivamente le spese di CTU per 2/3 a carico dell' **Controparte_2** **[...]** e per 1/3 a carico del **Pt_1**

Firenze, così deciso il 15.7.2026 su relazione della dott.ssa Maria Teresa Paternostro.

Il Consigliere est.

Maria Teresa Paternostro

La Presidente

Dania Mori

Nota

La divulgazione del presente provvedimento, al di fuori dell'ambito strettamente processuale, è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy ex D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.