



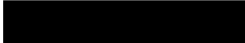
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il tribunale di Catanzaro, seconda sezione civile, in composizione monocratica, nella persona della dott.ssa Alessandra Petrolo, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 931/2016 R.G.A.C. vertente

TRA

Parte_1 (c.f.: *CodiceFiscale_1*), elettivamente 
 in Fiore,  presso lo studio dell'avv. 
che lo rappresenta e difende in giudizio giusta procura in atti;

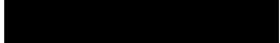
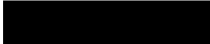
-attore-

CONTRO

Controparte_1 in persona del l.r.p.t., rappresentata e difesa, giusta procura in atti, dall'avv.  presso il cui studio, in Catanzaro (CZ) alla 
 elettivamente domicilia;

-convenuta-

NONCHÉ

Controparte_2 (P.IVA: *P.IVA_1*), in persona del l.r.p.t., rappresentata e difesa dall'avv.  presso il cui studio, in Lamezia Terme alla  elettivamente domicilia;

-terza chiamata-

NONCHÉ

CP_3 (c.f.: *CodiceFiscale_2*);

-terzo chiamato contumace-

Oggetto: risarcimento danni da responsabilità medica.



Conclusioni delle parti: all'udienza del 28.09.2021 i procuratori delle parti precisavano le proprie conclusioni, mediante lo scambio di “note di trattazione scritta”, dinanzi al giudice istruttore che assegnava la causa a sentenza, concedendo, ai sensi dell'art. 190 c.p.c., il termine di giorni 60 per il deposito delle comparse conclusionali ed il termine di ulteriori giorni 20 per il deposito delle memorie di replica.

Fatto e diritto

1. Con atto di citazione ritualmente notificato, **Parte_1** conveniva in giudizio **Controparte_1** per ivi sentire accertare e dichiarare il diritto al risarcimento delle lesioni subite a causa ed in occasione dell'intervento di “*sostituzione valvolare aortica con protesi meccanica St. Jude n.23 e sostituzione valvolare mitralica con protesi meccanica St. Jude n.29*” e anche di quelli successivi di “*toilette del cavo pleurico dx in minitoractomia*” e “*decorticazione del polmone destro*”, cui veniva sottoposto, rispettivamente, in data 29.8.2011, 9.9.2011 e 12.9.2011 ed imputabili, nella prospettazione attorea, all'inappropriata condotta medica tenuta dagli operatori sanitari, nonché della struttura ospedaliera in relazione al Virus nosocomiale dallo stesso contratto in occasione dei suddetti interventi.

A fondamento della domanda l'attore in epigrafe rappresentava che:

- in data 17.8.2011 veniva ricoverato presso la struttura ospedaliera convenuta con diagnosi di entrata “*Stenosi valvolare mitralica moderata con insufficienza lieve. Steno-insufficienza valvolare aortica severa. Severa disfunzione ventricolare sx (F.E. 35%)*”;
- in data 29.08.2011 veniva sottoposto ad intervento chirurgico di sostituzione valvolare aortica con protesi meccanica St Jude n 23 + sostituzione valvolare mitralica con protesi meccanica St. Jude n 29 e, durante la degenza, veniva segnalata iperpiressia con broncoaspirato positivo per *Pseudomonas aeruginosa*;
- che il successivo decorso post-operatorio in reparto di degenza è stato complicato da versamento pleurico *dx* a carattere purulento con esame colturale positivo per *pseudomonas aeruginosa*;
- che in data 09.09.2011 veniva sottoposto ad intervento chirurgico di toilette del cavo pleurico *dx* in minitoracotomia e, successivamente, in data



12.09.2011 veniva sottoposto ad intervento chirurgico di “*decorticazione del polmone dx*” in toracotomia;

- che allo stato presenta una grave diminuzione della capacità vocale, risultando da esami strumentali eseguiti, lesioni irreversibili alle corde vocali con conseguente *deficit* fonetico e problemi respiratori, oltre ad aver contratto, in occasione dei ricoveri suddetti, il virus accertato “*Pseudomonas Aeruginosa*”.

Sulla scorta di queste premesse l'attore concludeva come in epigrafe.

Si costituiva in giudizio **Controparte_1** che evidenziava l'infondatezza in fatto ed in diritto della domanda attorea, stante la diligenza e puntualità dell'operato dei propri sanitari.

Chiedeva, ad ogni modo, di essere autorizzata alla chiamata in giudizio di [...] **Controparte_4** nei cui confronti proponeva domanda di garanzia, nonché del dott. **CP_3**, nei cui confronti dichiarava di volere agire in regresso.

Si costituiva in giudizio la compagnia assicurativa eccependo i termini di operatività della polizza e, comunque, chiedendo il rigetto della domanda attorea siccome destituita di fondamento.

Non si costituiva, invece il dott. **CP_3**, nonostante la regolarità della notifica.

La causa, istruita mediante il ricorso ad una consulenza tecnica d'ufficio medico – legale (redatta dal dott. **Persona_1**), veniva trattenuta in decisione all'udienza del 28.9.2021, con concessione dei termini previsti dall'art. 190 c.p.c..

2. Tanto premesso, per l'inquadramento giuridico della fattispecie si osserva preliminarmente che la causa è stata introdotta ante legge Gelli /Bianco e che comunque è stato esperito tentativo di mediazione cui la **CP_5** convenuta non ha aderito.

In assenza di una norma transitoria che autorizzi l'applicazione dello *ius superveniens* di cui alla L. n. 24 del 2017, c.d. legge Gelli-Bianco, ai fatti generatori di responsabilità pregressi rispetto alla sua entrata in vigore, deve ritenersi operante la regola generale di cui all'art. 11 disp. prel. cod. civ. (cfr. Cass., sez. III, 9.11.2017 n. 26517).

Da ciò deriva (cfr. Cassazione civile sentenza n. 28994/2019) che la fattispecie, da un punto di vista dell'inquadramento della responsabilità, continua ad essere regolata dai



principi del previgente quadro normativo e giurisprudenziale e, pertanto, l'obbligo direttamente gravante sulla struttura sanitaria convenuta deve considerarsi di natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., oltre che all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, anche, ai sensi dell'art. 1228 c.c. (disposizione con cui è stata estesa nell'ambito contrattuale la disciplina contenuta negli art. 2048 e 2049 c.c.: cfr. cass. n. 6756/2001), all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario (e ciò anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale: cfr. cass. n. 13066/2004).

La struttura medica risponde, quindi, a titolo contrattuale per la mancata o scorretta esecuzione di ciascuna delle prestazioni ricomprese nell'obbligazione assunta, ivi inclusa la prestazione medica principale.

La Suprema Corte (cfr. Cass. 28987/2019) ha precisato che il medico opera pur sempre nel contesto dei servizi resi dalla struttura presso cui svolge l'attività, che sia stabile o saltuaria, per cui la sua condotta negligente non può essere agevolmente "isolata" dal più ampio complesso delle scelte organizzative, di politica sanitaria e di razionalizzazione dei propri servizi operate dalla struttura, di cui il medico stesso è parte integrante; ne consegue che, se la struttura si avvale della "collaborazione" dei sanitari persone fisiche si trova a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati: la responsabilità di chi si avvale dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già in una colpa "in eligendo" degli ausiliari o "in vigilando" circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (cfr. Cass. 6243/2015), realizzandosi, e non potendo obliterarsi, l'avvilimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (cfr. Cass. 12833/2014).

È esclusa la responsabilità della struttura sanitaria solo nei casi del tutto eccezionali di inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile e oggettivamente improbabile devianza del comportamento del medico da quel programma condiviso di tutela della salute che accomuna egli alla struttura sanitaria (cfr. Cass. 28987/2019).



Sul piano processuale, in tema di responsabilità civile nell'attività medico - chirurgica, le conseguenze scaturenti dai principi appena evidenziati sono da ravvisarsi nel fatto che il paziente che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la dimostrazione dell'assenza di colpa e, cioè, la prova del fatto che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (cfr. cass. n. 10297/2004). Con la precisazione, altresì, che, pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore (cfr. cass. n. 9471/2004). Nondimeno, a fronte dell'allegazione dell'attore di inadempimento od inesatto adempimento, a carico del sanitario, o dell'ente, resta sempre l'onere probatorio relativo sia al grado di difficoltà della prestazione (cfr. cass. n. 23918/2006), sia all'inesistenza di colpa o di nesso causale; in proposito è stato anche ribadito che è a carico del debitore (sanitario e/o ente) dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (cfr. cass., sez. un., n. 577/2008).

In assenza di detta prova, sussiste la responsabilità del medico e/o della struttura sanitaria.

Quanto, poi, all'accertamento del necessario nesso di causalità, si premettono i consolidati principi affermati dalla giurisprudenza di legittimità in materia di illecito civile, che questo giudice condivide.

La prova della sussistenza del nesso causale non segue, infatti, nel processo civile, gli stessi parametri applicati nell'accertamento della responsabilità penale. E ciò in quanto la causalità civile assume connotazioni proprie in virtù della diversa funzione svolta dal sistema della responsabilità civile: non già quella di sanzionare un comportamento colpevole a fronte della commissione di un reato, bensì, in primis,



quella di riparare un danno. Sul punto la recente giurisprudenza di legittimità ha infatti precisato che: *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all’interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione “ex ante” - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell’accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell’evidenza o del “più probabile che non”, mentre nel processo penale vige la regola della prova “oltre il ragionevole dubbio”. Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest’ultimo tenuto a espletare l’attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l’omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell’evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell’evento stesso.”* (Cass. civ. n. 16123/2010; cfr anche Cass. S.U. n. 576/2008). Di qui la necessità di accertare la relazione tra la condotta e l’evento sulla base della regola del “più probabile che non”, che impone di considerare sussistente il nesso causale quando, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si possa ritenere che l’opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto fondate possibilità di evitare il danno.

3. Tanto premesso, ritiene il giudicante che, alla luce della documentazione in atti e dei risultati raggiunti dal c.t.u., debba essere affermata la responsabilità professionale della struttura sanitaria convenuta, nei limiti di seguito indicati.

A fondamento della domanda di risarcimento del danno, l’attore ha dedotto due diversi inadempimenti qualificati asseritamente posti in essere dalla struttura convenuta e, precisamente:

- a) da un lato, la negligenza e imprudenza dei sanitari nell’esecuzione dell’intervento che avrebbe provocato la lesione irreversibile alle corde vocali con conseguente *deficit* fonetico e problemi respiratori;
- b) dall’altro lato, la responsabilità di CP_1 per la contrazione dell’infezione da *pseudomonas aeruginosa* da parte del Pt_1 durante la degenza.



Orbene, quanto alle lesioni asseritamente riportate a seguito dell'intervento chirurgico, va condiviso il giudizio del consulente d'ufficio in ordine alla correttezza scientifica ed alla perizia dell'intervento di sostituzione valvolare, eseguito dal dott. CP_3 , perché ampiamente e logicamente motivato nelle pagine 6 e 7 della relazione del 14 novembre 2018 e non oggetto di specifiche censure delle parti.

In particolare, il consulente d'ufficio ha affermato che: *“In data 29/08/2011 il paziente viene sottoposto a intervento di sostituzione valvolare aortica con protesi meccanica St Jude n 23 e sostituzione valvolare mitralica con protesi meccanica St Jude n 29 in anestesia generale così descritto in cartella clinica: “Sternotomia mediana. Apertura e sospensione del pericardio. Si osserva cuore aumentato di volume con cinesi compromessa. ... La valvola aortica si presenta totalmente calcificata con colate sul ventricolo e sulla giunzione mitro-aortica. Asportazione della valvola e decalcificazione dell'anulus. Atriotomia sinistra. La valvola mitralica presenta lembi ispessiti. Le commissure sono fuse parzialmente e l'apparato sottovalvolare è compromesso. ... Impianto di protesi meccanica St Jude n 29 ... al termine si conferma il corretto posizionamento ed orientamento della protesi artificiale ed il libero movimento dei dischi valvolari. Chiusura dell'atriotomia ... Impianto di protesi aortica meccanica St Jude n 23 ... al termine si conferma il corretto posizionamento ed orientamento della protesi artificiale ed il libero movimento dei dischi valvolari. Chiusura dell'aortotomia. ... Il cuore riprende il ritmo sinusale spontaneamente ... Si isola chirurgicamente arteria femorale comune sinistra e si posiziona contro pulsatore intraaortico ... Posizionamento di tre drenaggi in aspirazione e di due elettrodi per pacing ventricolare temporaneo”. Dunque, non risulta evidenziabile, anche sulla base della documentazione sanitaria presente in atti, una condotta censurabile dell'equipe chirurgica che ha effettuato in data 29/08/2011 l'intervento chirurgico di sostituzione valvolare, il quale viene eseguito in piena conformità con le regole d'arte e senza complicazioni tecniche o eventi avversi intra-operatori. L'esito chirurgico immediato può considerarsi ottimale in considerazione della situazione clinica di base.”.*

In conclusione il consulente d'ufficio ha affermato che *“Per quanto attiene il deficit di motilità cordale con corde fisse in posizione paramediana, riscontrato 4 anni dopo l'intervento di sostituzione valvolare, la probabilità di correlarlo all'intervento stesso è molto bassa e sostanzialmente non può essere riconosciuto il nesso causale tra l'intervento chirurgico e il deficit di motilità cordale per mancanza del criterio cronologico e per assenza di documentazione che attesti la*



presenza di una sintomatologia cosiddetta a “Ponte” tra l’evento (intervento chirurgico) e la lesione (danno alle corde vocali)” (cfr. relazione peritale dott. Per_1 .9).

Per quanto concerne invece la responsabilità della struttura sanitaria per contrazione dell’infezione ospedaliera da parte dell’attore, il c.t.u. ha, di contro, osservato che il decorso post-operatorio è stato compromesso da un versamento pleurico a carattere purulento e, in particolare, da un empiema, originato da un’infezione ospedaliera.

L’ausiliario del giudice ha poi accertato che l’insorgenza dell’infezione può ritenersi di origine iatrogena quale conseguenza dell’intervento chirurgico del 29 agosto 2011, sebbene si sia stata effettuata una corretta terapia antibiotica sia come profilassi preoperatoria che in seguito all’intervento.

In particolare, il consulente ha osservato che tale contaminazione si è verificata nel corso del ricovero e si è resa evidente dopo 48 ore o più dal ricovero stesso ed ha, infine, concluso che la natura nosocomiale è, altresì, confermata *“dall’isolamento nel liquido toracico del lo Pseudomonas Aeruginosa, un bacillo Gram– che rientra tra quelli “ospedalieri” (cfr. relazione peritale dott. Per_1 . 9).*

Pertanto, il consulente ha evidenziato che l’infezione nosocomiale (empiema pleurico da Pseudomonas Aeruginosa) ha comportato un prolungamento della degenza ospedaliera, specificando che *“Il tempo medio di permanenza in ospedale dopo l’intervento chirurgico di sostituzione valvolare in assenza di complicanze è di solito di circa 7-10 gg. Nel nostro caso, quindi, il paziente doveva essere dimesso intorno al 5 settembre 2011, invece la permanenza si è prolungata fino al 05/10/2011 per il sovrapporsi dell’insorgenza di un empiema pleurico che ha richiesto un intervento di decorticazione (rimozione chirurgica di una cotenna pleurica che limita l’espansione del polmone)”*. Infine, il consulente ha chiarito che *“Per quanto riguarda la valutazione del danno biologico permanente conseguente a infezioni nosocomiali appare fondamentale lo stato anteriore, dovendo partire per forza dal fatto che il leso è un paziente che di per sé ha già in corso una diminuzione dell’integrità psico-fisica. Tuttavia, nel caso in discussione è evidente che l’empiema pleurico non ha determinato un aggravamento dei postumi permanenti che si sarebbero realizzati senza l’intervento dell’infezione. La lesione, in realtà, ha interessato un organo (pleura) diverso per funzione o anatomia da quello interessato da preesistenze patologiche (cuore); pertanto, trattandosi di menomazioni coesistenti, la valutazione sarà effettuata come nei soggetti “normali”. In*



questo caso gli esiti di decorticazione pleurica monolaterale sono stimati nella misura del 3-4%.”
(cfr. relazione peritale dott. **Per_1** . 10).

Nello specifico, le conclusioni della c.t.u. risultano precise, dettagliate e coerenti; si basano su elementi oggettivi; trovano conferma nei dati della letteratura medica riportata nella relazione, nella storia clinica e nella documentazione medica in atti; nel tipo di germe isolato (lo “*Pseudomonas aeruginosa*” di natura tipicamente ospedaliera); nell’evoluzione e manifestazione dell’infezione.

Pertanto, tali conclusioni non sono state oggetto di alcuna seria confutazione ad opera dei CTP della struttura convenuta.

Ne consegue che, per tali ragioni, può ritenersi univocamente (e pacificamente) accertata la causa delle lesioni patite dal **Pt_1** che ha dovuto, altresì, subire un intervento di “decorticazione del polmone destro”, a seguito della contrazione di una tipica infezione nosocomiale insorta dopo l’intervento chirurgico di doppia sostituzione valvolare eseguito in data 29 agosto 2011 presso la struttura convenuta “**Controparte_1**” .

Accertata la causa delle lesioni, non può, tuttavia, predicarsi una responsabilità del nosocomio fondata su un inaccettabile principio di responsabilità oggettiva; non possono porsi a carico dell’ospedale anche i casi di infezioni non evitabili, pur in presenza di una condotta immune da censure per quanto riguarda la sanificazione; anche nei casi di infezione nosocomiale si devono applicare gli stessi principi che regolano in generale la materia della responsabilità medica.

Orbene, con specifico riferimento all’onere della prova, deve rilevarsi che, qualora si tratti di responsabilità contrattuale (qual è, pacificamente, quella invocata dal paziente nei confronti della struttura sanitaria in virtù del contatto sociale), una volta accertato che il paziente abbia contratto una infezione nosocomiale, non vi può essere alcun dubbio che incomba sulla struttura ospedaliera l’onere di provare di avere adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta e consapevole sanificazione, al fine di evitare la contaminazione dei pazienti ad opera dei batteri c.d. nosocomiali; che, in tal caso, spetta, infatti, alla struttura sanitaria offrire la prova liberatoria e, cioè, dimostrare che il danno subito dal paziente si sia verificato per causa a sé non imputabile (cfr., da ultimo, Cass. Civ., sez. III, sentenza n. 28991 e Cass., Civ., sez.



III, sentenza n. 28989 del 2019); in particolare, una volta accertata la sussistenza del nesso causale, spetta alla struttura ospedaliera l'onere di dimostrare di avere diligentemente operato, sia sotto il profilo dell'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza di patologie infettive a carattere batterico, sia sotto il profilo del trattamento terapeutico prescritto e somministrato al paziente dal personale medico, successivamente alla contrazione dell'infezione.

Come sopra osservato, l'azione proposta dall'odierno attore ha natura contrattuale, ragione per cui - una volta comprovata la riconducibilità causale delle lesioni lamentate all'infezione nosocomiale da "*Pseudomonas aeruginosa*" - incombeva su quest'ultima l'onere di dimostrare di avere previsto, adottato e messo a disposizione del paziente tutte le attrezzature idonee ad evitare l'insorgenza della complicità infettiva postchirurgica *de qua*.

Invero, la normativa vigente e Linee guida raccomandano l'adozione di specifici protocolli per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

E pertanto, deve ritenersi che la profilassi antibiotica si aggiunge alle misure generali di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, affiancandole e completandole, ma non può sostituirsi ad esse.

Orbene, nel caso di specie, - a fronte della corretta profilassi antibiotica - manca però qualsiasi prova in ordine all'effettiva attuazione delle misure standard di prevenzione, non potendosi certamente ritenere sufficienti, a tal fine, i documenti depositati dalla struttura sanitaria.

Invero, dalla documentazione in atti non è possibile desumere l'effettiva adozione di alcuna delle misure standard sopra richiamate, come evidenziato anche dal c.t.u. che, sul punto, ha espressamente affermato "*Non è possibile valutare se la struttura sanitaria abbia fatto tutto il possibile per evitare il contagio in base alle indicazioni ampiamente condivise e pretese dalla lettura scientifica nonché delle vigenti previsioni normative per mancanza nei fascicoli di qualsivoglia documentazione che lo dimostri*" (cfr. relazione peritale dott. **Per_1** . 9).

In definitiva, il mancato raggiungimento della prova in ordine agli enunciati profili da parte della struttura sanitaria convenuta, ne comporta la responsabilità diretta nella



causazione dell'infezione, per non avere dimostrato di aver adottato e messo a disposizione del paziente tutte le attrezzature idonee ad evitare l'insorgenza della complicanza infettiva post-chirurgica *de qua*.

Va peraltro osservato che, derivando l'evento dannoso, non già da negligente esecuzione della prestazione professionale principale del medico, quale l'intervento chirurgico (non essendo emersi elementi di responsabilità in capo al dott. CP_3 che, in base alle conclusioni dei c.t.u., risulta aver effettuato l'intervento in modo corretto), bensì da obbligo gravante in linea principale sulla struttura sanitaria va affermata la responsabilità di Controparte_1 in relazione ai danni subiti dall'attore in occasione dell'intervento del 29 agosto 2011 ed esclusa quella del medico, con conseguente rigetto dell'azione di rivalsa della casa di cura nei confronti del professionista.

4. Tanto premesso, può passarsi alla quantificazione del danno.

Con riferimento al danno non patrimoniale, dall'espletata c.t.u. medico-legale, i cui esiti sono condivisi dal Tribunale in quanto congruamente motivata, è emerso, che, a seguito delle prestazioni sanitarie in questione, è residuata all'attore una invalidità permanente del 3-4 %.

È stato inoltre accertato un periodo di 30 giorni di inabilità temporanea assoluta al 100%.

Per procedere alla liquidazione devono applicarsi - conformemente al prevalente orientamento della giurisprudenza di legittimità (cfr., *ex multis*, Cass. n. 28990/19)- i criteri di cui al D.L. n. 158 del 2012, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 L. 8 novembre 2012, n. 189, il cui art. 3 prevede: *"Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo"*.

Applicate le tabelle per le cd. micropermanenti menzionate e tenuto conto dell'età dell'attore nel momento in cui si è manifestato l'intervento lesivo (2011), il danno non patrimoniale complessivo ammonta ad euro 6.031,61, così dettagliato:

Danno biologico permanente 3,5% euro 3.099,12



Invalidità temporanea totale al 100% euro 1.424,70

Danno morale (33,33%) euro 1.507,79;

La somma accordata, indicata all'attualità, è espressione di un debito di valore e pertanto, in applicazione dei principi sanciti dalle sezioni unite della cassazione con la sentenza n. 1712/1995, deve essere maggiorata con interessi compensativi al tasso legale, da calcolarsi sulla somma devalutata alla data dell'evento lesivo (da individuarsi nel 29.8.2011) e da tale momento rivalutata di anno in anno sulla base dell'indice *Org_*

[...] per un totale complessivo di € 6.517,83 (= 6.031,61+ € 486,22 a titolo di interessi compensativi).

Dalla data di pubblicazione della sentenza, che trasforma il debito di valore in debito di valuta, decorrono gli interessi legali sino all'effettivo soddisfo.

5. Accertata la responsabilità della struttura sanitaria convenuta e la fondatezza della domanda risarcitoria, si rende necessario procedere all'esame della domanda di garanzia formulata da *Controparte_1* nei confronti della propria compagnia assicurativa.

Come noto il contratto di assicurazione per responsabilità civile con clausola claims made (a richiesta fatta) si caratterizza per il fatto che la copertura è condizionata alla circostanza che il sinistro venga denunciato nel periodo di vigenza della polizza (o anche in un delimitato arco temporale successivo, ove sia pattuita la c.d. sunset close), laddove, secondo lo schema denominato "loss occurrence", o "insorgenza del danno", sul quale è conformato il modello delineato nell'art. 1917 c.c., la copertura opera in relazione a tutte le condotte, generatrici di domande risarcitorie, insorte nel periodo di durata del contratto. La dottrina e la giurisprudenza nel corso degli anni hanno ricondotto le clausole claims made in due grandi categorie: a) clausole c.d. miste o impure, che prevedono l'operatività della copertura assicurativa solo quando tanto il fatto illecito quanto la richiesta risarcitoria intervengano nel periodo di efficacia del contratto, con retrodatazione della garanzia, in taluni casi, alle condotte poste in essere anteriormente (in genere due o tre anni dalla stipula del contratto); b) clausole c.d. pure, destinate alla manleva di tutte le richieste risarcitorie inoltrate dal danneggiato all'assicurato e



da questi all'assicurazione nel periodo di efficacia della polizza, indipendentemente dalla data di commissione del fatto illecito.

Tanto premesso, sul punto va rilevato che con la sentenza a S.U. n. 9140 del 06/05/2016 la Suprema Corte ha statuito che *“Nel contratto di assicurazione della responsabilità civile la clausola che subordina l’operatività della copertura assicurativa alla circostanza che tanto il fatto illecito quanto la richiesta risarcitoria intervengano entro il periodo di efficacia del contratto, o comunque entro determinati periodi di tempo preventivamente individuati (cd. clausola “claims made” mista o impura), non è vessatoria, ma, in presenza di determinate condizioni, può essere dichiarata nulla per difetto di meritevolezza ovvero - ove applicabile la disciplina del d.lgs. n. 206 del 2005 - per il fatto di determinare a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e obblighi contrattuali; la relativa valutazione va effettuata dal giudice di merito ed è incensurabile in sede di legittimità quando congruamente motivata”*. La Suprema Corte con tale decisivo arresto ha risolto la *vexata questio* relativa alla natura della clausola come limitativa della responsabilità, per gli effetti dell’art. 1341 c.c., ovvero dell’oggetto del contratto, tenendo conto che, in linea generale, per clausole limitative della responsabilità si intendono quelle che limitano le conseguenze della colpa o dell’inadempimento o che escludono il rischio garantito, mentre attengono all’oggetto del contratto le clausole che riguardano il contenuto e i limiti della garanzia assicurativa e, pertanto, specificano il rischio garantito (Cass. civ. 7 agosto 2014, n. 17783; Cass. civ. 7 aprile 2010, n. 8235; Cass. civ. 10 novembre 2009, n. 23741), affermando che *“In siffatta prospettiva si predica che si ha delimitazione dell’oggetto quando la clausola negoziale ha lo scopo di stabilire gli obblighi concretamente assunti dalle parti, laddove è delimitativa della responsabilità quella che ha l’effetto di escludere una responsabilità che, rientrando, in tesi, nell’oggetto, sarebbe altrimenti insorta*.

Sul punto sono nuovamente intervenute le Sezioni Unite con la sentenza 22437 del 2018 che hanno riconsiderato la questione della clausola claims made (e di clausole simili) sotto un profilo qui rilevante: hanno cioè ritenuto che l’inserimento in un contratto di assicurazione di una clausola del tipo claims made non stravolge il tipo contrattuale, comportandone l’atipicità.

Da siffatta collocazione del modello *“claims made”* nell’area della tipicità legale, consegue che, rispetto al singolo contratto di assicurazione, non si impone un test di



meritevolezza degli interessi perseguiti dalle parti, ai sensi dell'art. 1322 c.c., comma 2 (che presuppone l'atipicità), e la tutela invocabile dal contraente assicurato agisce invece sul solo piano della libera determinazione del contenuto contrattuale e della “causa concreta” del contratto (e, cioè dello scopo pratico del negozio, quale sintesi degli interessi che lo stesso negozio è concretamente diretto a realizzare), e concerne il rispetto, in detta determinazione, dei “limiti imposti dalla legge”, ai sensi dell'art. 1322 c.c., comma 1; siffatto test, necessario per ogni intervento conformativo sul contratto inerente al tipo (in ragione del suo farsi concreto regolamento dell'assetto di interessi perseguiti dai contraenti), può investire, in termini di effettività, diversi piani, dalla fase che precede la conclusione del contratto (v. obblighi informativi sul contenuto del contratto) sino a quella dell'attuazione del rapporto (v. facoltà di recesso, da parte dell'assicuratore, al verificarsi del sinistro compreso nei rischi assicurati), con attivazione dei rimedi pertinenti ai profili implicati; a tal fine va dato massimo rilievo all'equilibrio sinallagmatico tra le prestazioni, occorrendo accertare se vi sia stato un “arbitrario squilibrio giuridico” tra rischio assicurato e premio” (c.f.r. Cass. Sez. Un. 22437/2018).

Nel caso in esame nessuna osservazione specifica è stata svolta dall'assicurata in relazione all'eventuale squilibrio degli interessi e all'insufficienza del periodo di copertura assicurativa, tale da determinare la carenza della causa in concreto, ciò con riferimento, a titolo di esempio, all'aspetto - richiamato nella medesima sentenza della Corte di Cassazione - della determinazione del premio di polizza, limitandosi ad eccepire la vessatorietà della clausola e, quindi, inefficace poiché non sottoscritta dalle parti ai sensi dell'art. 1341, comma 2, c.c..

Alla luce dei superiori principi – e, si ribadisce, in assenza di specifici elementi di valutazione concretamente dedotti in giudizio sul punto - può affermarsi, nel caso di specie, la piena validità della clausola *claims made* contenuta nell'art. 23 delle condizioni contrattuali allegate alla polizza per la R.C. Rischi Diversi n. M04076006.12, stipulata da [REDACTED] S.p.A. in data 22.03.2011, dal seguente tenore “*l'assicurazione vale per la richiesta di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato e da questi denunciato alla Società nel corso del periodo di assicurazione, a condizione*



che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il medesimo periodo”.

Occorre, peraltro, evidenziare che la clausola in contestazione, come correttamente evidenziato dalla terza chiamata, risulta debitamente sottoscritta ai sensi degli artt.1341 e 1342 c.c. (cfr. doc. 2 allegato al fascicolo della terza chiamata [...])

Controparte_2 .

Ebbene, considerato che, pur essendo il fatto/sinistro (ricovero e intervento di sostituzione valvolare sul Sig. *Pt_1* avvenuto durante il periodo di vigenza del contratto, nessuna denuncia di richiesta di risarcimento danni è pervenuta alla società *CP_2* da parte dell'assicurata prima della data di cessazione della polizza (22.3.2015). Deve, pertanto, affermarsi l'inoperatività della polizza stipulata da [REDACTED] S.p.A. e conseguentemente deve rigettarsi la domanda di manleva proposta dalla *CP_* di cura convenuta.

6. Quanto alla regolamentazione delle spese di causa, a fronte della parziale reciproca soccombenza di parte attrice e della *CP_5* convenuta (non essendo stata accolta la domanda risarcitoria proposta dall'attore con riferimento alla non corretta esecuzione dell'intervento chirurgico ed essendo state notevolmente ridimensionate le richieste avanzate da quest'ultimo), appare equo disporre la compensazione delle spese del processo fra le parti, ivi comprese quelle relative alla c.t.u. (cfr. Cassazione civile sez. II, 03/10/2019, n.24724, secondo cui vi è soccombenza reciproca tra le parti anche qualora sia stata proposta un'unica domanda, articolata in un unico capo, e il giudice abbia accolto solo parzialmente la domanda con riferimento al *quantum* richiesto).

Considerata la controversa natura della questione esaminata (relativa all'interpretazione non univoca delle clausole delle polizze assicurative), appare corretto disporre la compensazione delle spese di causa anche in relazione alla chiamata in causa operata dalla Casa di cura convenuta nei confronti della [...]

Controparte_2

Le spese di lite nei rapporti tra parte convenuta e il terzo chiamato contumace, dott. *CP_3* , possono essere dichiarate irripetibili.

P.Q.M.



Il tribunale di Catanzaro, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza, eccezione e difesa respinte, nel contraddittorio tra le parti:

1. in parziale accoglimento della domanda attorea, dichiara l'evento dannoso ascrivibile a **Controparte_1** in persona del legale rappresentante p.t., nei limiti indicati in parte motiva e, per l'effetto, condanna **CP_1** [...] in persona del legale rappresentante p.t., al pagamento, in favore di **Parte_1** della complessiva somma di € 6.517,83 in moneta attuale e già comprensiva degli interessi compensativi, oltre agli interessi legali dalla data della pubblicazione della presente sentenza al soddisfo;
2. rigetta la domanda di rivalsa proposta da **Controparte_1** nei confronti del dott. **CP_3** ;
3. rigetta la domanda di manleva proposta da **Controparte_1** nei confronti della **Controparte_2**
4. compensa le spese processuali fra l'attore e **Controparte_1**
5. compensa le spese fra **Controparte_1** e **Controparte_2** [...] in relazione alla domanda di garanzia;
6. nulla va disposto sulle spese del rapporto tra convenuta e terzo chiamato, dott. **CP_3** data la contumacia di quest'ultimo.

Catanzaro, 13 gennaio 2022

Il giudice

dott.ssa Alessandra Petrolo