



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale di Firenze

04 - Sezione Quarta Civile

nella persona del Giudice on. Liliana Anselmo, emette ai sensi dell'art. 702 *ter* c.p.c. la seguente

ORDINANZA

nella causa civile di I° Grado iscritta il 12.07.2019 al n. r.g. 10087/2019, promossa da:

Parte_1 , *Parte_2* e *Parte_3* , con il patrocinio
dell'avv. [REDACTED] e dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED] unitamente e disgiuntamente tra loro

-ricorrenti-

contro

Controparte_1 in persona del legale rappresentante p.t., con il
patrocinio dell'avv. [REDACTED] Siena

Controparte_2 in persona del legale
rappresentante p.t., con il patrocinio dell'avv. [REDACTED] Genova

Controparte_3

[...] , in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avv.
[REDACTED] Bologna

- resistenti-

e

Controparte_4 , con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]

Controparte_5 in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa
dall'avv. [REDACTED] e dall'avv. [REDACTED] unitamente e disgiuntamente
tra loro, del Foro di Firenze

-terzi chiamati-

Oggetto: responsabilità sanitaria

Conclusioni

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

Svolgimento del processo

Con ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c., depositato il 12.07.2019, i sigg.ri **Parte_1** e i sigg.ri **Pt_2** e **Parte_3** rispettivamente figlio e nipote della prima, hanno chiesto l'accertamento della responsabilità sanitaria delle **Controparte_6** e [...] **Controparte_7** nella causazione dei danni subiti dalla prima per l'intervento eseguito in data 27.03.2007 di artroprotesi totale del ginocchio destro presso la [...] **Controparte_1** a seguito del quale si è manifestata un'infezione da *Stafilococco Aureus* per curare la quale **Parte_1** si è ricoverata presso la **Controparte_8** [...] affrontando successivamente numerosi altri ricoveri ospedalieri, sia presso la **CP_8** [...] che presso [REDACTED] di La Spezia, nonostante i quali, in data 17.10.2013, subiva l'amputazione dell'arto al terzo medio superiore della coscia destra.

Per l'effetto, i ricorrenti hanno chiesto la condanna dei convenuti, in solido tra loro od in ipotesi ognuno per la propria quota di responsabilità, al risarcimento dei danni non patrimoniali (nelle componenti del danno biologico e di quello morale) e patrimoniali (danno futuro) patiti e *patiendi* dalla sig.ra **Parte_1** oltre al risarcimento del danno morale e relazionale che il figlio ed il nipote della sig.ra **Parte_1** avrebbero patito a seguito del "calvario" di sei anni affrontato dalla sig.ra **Parte_1** prima dell'amputazione e quindi del "calvario" successivo all'operazione, dovendosi loro occupare della sig.ra **Parte_1** non potendo questa permettersi un ausilio a pagamento.

Parte ricorrente precisa di aver già proposto ricorso ex art 696 *bis* c.p.c. nei confronti della sola **Controparte_1** e che, per effetto delle varie chiamate di causa, si è costituito il contraddittorio processuale anche con **Organizzazione_1** [...], con la **Controparte_8** con il dott. **Controparte_4** con il dott. **Controparte_9**, con il Dott. **CP_10** con [...] **CP_11** con **CP_12**

All'esito delle operazioni peritali, i CC.TT.UU. ivi nominati (dott. **Persona_1** e Dott. **Persona_2**) hanno depositato in data 15.04.2019 la consulenza medico legale accertativa della responsabilità delle strutture sanitarie (rispetto alle quali i CCTTUU hanno calcolato anche le percentuali di responsabilità ascrivibili a ciascuna delle strutture), per cui i ricorrenti agiscono in questa sede per ottenere la condanna delle case di cura al risarcimento dei danni; parte

ricorrente agisce direttamente anche nei riguardi di

[...]

Organizzazione_1

in quanto terza chiamata da

Controparte_1

[...] nel procedimento per CP_13

Si sono costituite in giudizio le due Case di Cura, articolando numerosi argomenti difensivi.

In particolare la Controparte_1 ha: -- eccepito l'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento dei danni azionato dai sigg.ri Parte_2 e Pt_3 e l'inammissibilità della loro domanda per mancato esperimento della procedura di mediazione; -- chiesto il rigetto delle domande attrici; -- chiesto di chiamare in causa il dott. Controparte_4, quale medico di fiducia della ricorrente, per sentirlo condannare in via esclusiva al pagamento della somma eventualmente riconosciuta a titolo risarcitorio, nonché la Controparte_8

[...] per sentirla condannare in via solidale a quanto dovuto, qualora venisse accolta la domanda attorea; -- previa autorizzazione a citare in causa la propria Compagnia assicurativa, ha chiesto di dichiarare la Controparte_14 tenuta a manlevarla e a tenerla indenne da quanto potrebbe essere condannata a pagare in favore dei ricorrenti.

La Controparte_8 ha rilevato, tra le molte questioni: -- la nullità della CTU svolta in fase di A.T.P. poiché, rispetto alle posizioni assunte dai CCTTUU nella bozza dagli stessi trasmessa ai CCTTPP, nelle conclusioni definite rassegnate nell'elaborato depositato nel fascicolo di A.T.P. sarebbero state modificate le quantificazioni dei danni accertati; --l'omessa considerazione da parte dei CCTTUU di fattori interruttivi del nesso di causalità, rappresentati dal rifiuto da parte di Parte_1 di sottoporsi ad un nuovo intervento di revisione/sostituzione dell'impianto protesico e l'essersi ricoverata anche presso l'ospedale pubblico di La Spezia; -- l'infondatezza delle domande risarcitorie avendo la sig.ra Parte_1 prestato il consenso alle terapie farmacologiche e agli interventi di cura posti in essere dalla struttura sanitaria che, comunque, sarebbero rispettose delle linee guida e dei protocolli operativi previsti per il caso di specie; ---l'eccessività del *quantum debeatur* richiesto; --- la non debenza del c.d. danno esistenziale, del danno da omesso assolvimento dell'onere informativo, del danno riflesso; --l'insussistenza del c.d. danno da perdita di chance domandato, da qualificarsi, piuttosto, come danno da lucro cessante ovvero danno futuro da perdita definitiva del bene; la [...] Controparte_8, in considerazione dell'ammontare della richiesta risarcitoria e del suo superamento della franchigia contrattuale, ha chiesto di citare in causa la Compagnia Assicurativa Controparte_15 per essere da questa manlevata; si deve dare atto sin d'ora che la notifica dell'atto di chiamata in causa non è poi stata effettuata nei riguardi della detta Compagnia Assicurativa.

Si è costituita in giudizio la società

Controparte_3

[...] quale Compagnia garante della

Controparte_1

(d'ora in poi

CP_3), eccependo: -- l'inammissibilità del giudizio radicato direttamente nei suoi confronti

dai ricorrenti per inoperatività dell'art. 12 della legge Gelli; --l'inammissibilità/improcedibilità

della domanda risarcitoria promossa dai sigg.ri Pt_2 per non aver mai ricevuto prima del

11.9.2019 alcuna domanda di risarcimento da tali soggetti e comunque l'intervenuta prescrizione

del loro diritto; --l'applicabilità nel caso di specie della clausola

Organizzazione_2

calcolata nella misura massima di euro 200.000 (per cui *"la quota di rischio espressa in valore economico*

che rimane a carico dell'assicurato, il quale vi fa fronte con proprie risorse finanziarie; ove concordata

l'applicazione di S.R.I. non si applicano altre franchigie o altri scoperti eventualmente previsti nella polizza") e

per l'effetto la CP_3 non dovrebbe rispondere di danni che vengano contenuti entro il detto

limite; -- la non estensione della garanzia della polizza nr 580683 ai medici non dipendenti della

struttura ma agenti in regime di libera professione, come è il dott.

Controparte_4

, già titolare di

una propria polizza assicurativa a primo rischio con massimale non inferiore ad euro

1.000.000,00, ed, in ogni caso, se non accolta l'eccezione, la Compagnia assicurativa ha dichiarato

di voler esercitare l'azione di rivalsa ex art 1916 c.c. nei confronti del dott.

CP_4

-- l'insussistenza

del nesso causale tra l'operato della

Controparte_8

e i danni lamentati; --l'eccessività

del *quantum debeatur*; --l'insussistenza dei danni patrimoniali per difetto di documentazione

intorno alle spese mediche e alle spese di assistenza.

I terzi chiamati in causa – dott.

Controparte_4

e la di lui Compagnia Assicurativa per

la

Controparte_16

– si sono costituiti in giudizio chiedendo il rigetto delle

domande proposte nei loro riguardi; in particolare il dott.

CP_4

ha chiesto, in subordine, di

accertare l'effettiva entità percentualistica dell'eventuale suo apporto causale alla verifica

zione dell'evento e quindi, di essere manlevato dalla propria compagnia dalle conseguenze della sua

eventuale condanna; la

Controparte_5

a richiamato i massimali di copertura e le franchigie

ivi applicate.

Disposti alcuni rinvii di ufficio in adempimento delle prescrizioni di legge previste per il

contenimento della Pandemia da COVID 19, sono state tenute le udienze del 18.9.2020 e del

26.10.2020 con modalità "cartolari" al fine di evidenziare le tematiche sulle quali i CCTTUU in

fase di A.T.P. non si sarebbero sufficientemente "soffermati".

Con ordinanza del 26.10.2020 è stato disposto il supplemento di CTU ad opera dei

medesimi consulenti nominati in fase di A.T.P. sugli aspetti evidenziati nel provvedimento che si

richiama integralmente e rispetto ai quali i CC.TT.UU. hanno fornito adeguate risposte che sono fatte proprie dal giudicante¹.

Depositata la relazione di consulenza – che ha confermato le conclusioni già rassegnate nella CTU depositata nel giudizio ex art. 696 bis c.p.c. - la causa è stata ritenuta matura per la decisione e le parti hanno rassegnato le conclusioni all'udienza (tenutasi con le modalità “a trattazione scritta”) del 13.09.2021; sono stati assegnati termini a ritroso per il deposito di note conclusive/riassuntive.

MOTIVI della DECISIONE

In via preliminare

1—Il diritto al risarcimento del danno morale e relazionale reclamato dai sigg.ri [...]

Pt_2 Pt_3 è prescritto.

Non risulta agli atti che i ricorrenti abbiano mai formulato alcuna domanda risarcitoria sia alla Controparte_1 né alla CP_3 né alla Controparte_8 [...] prima di quella formulata con la proposizione del ricorso ex art. 702 bis c.p.c. (12.07.2019); pertanto, in considerazione del termine quinquennale di prescrizione ex art. 2947 c.c. che decorre o dal mese di aprile del 2007 o comunque dalla data di intervento di amputazione della gamba destra della sig.ra Parte_1 del 17.10.2013, non può che rilevarsi l'ampio decorso del termine di legge (*“in tema di responsabilità medica, il diritto che i congiunti vantano, autonomamente sebbene in via riflessa,*

¹ I CCTTUU hanno motivato che l'iniziale quantificazione dei P.P. e della percentuale di responsabilità indicata nella consulenza di A.T.P. era stata effettuata solo a fini conciliativi, per cui in sede di merito sono pervenuti a conclusioni diverse ma sicuramente complete ed esaustive. In particolare hanno indicato le fonti delle argomentazioni che li hanno condotti a calcolare le basi di calcolo del danno differenziale, tenendo conto dell'ampia forbice offerta tra le valutazioni contrapposte delle parti (anche in relazione allo stato anteriore); questi hanno valutato il danno biologico nella persona anziana, non limitandolo alla sola valutazione distrettuale (cioè del danno funzionale del distretto corporeo menomato) ma rapportandolo alla valutazione multidimensionale, al funzionamento globale della persona, facendo riferimento a scale di valutazione funzionale usate in ambito clinico-geriatrico. Nella persona anziana, infatti, bisogna tenere conto degli effetti della menomazione distrettuale sull'intera omeostasi somato-psichica del soggetto, soprattutto ove la predetta sia caratterizzata ab intrinseco da uno “stato di fragilità.” L'adeguatezza dell'approccio valutativo multidimensionale nella valutazione medico legale del danno biologico nella persona anziana è stata recentemente confermata nel documento definitivo di consenso approvato il 31 gennaio 2020, promosso dalla CP_17. Nel caso in esame è stata seguita la metodologia valutativa proposta dalla CP_17 (Organizzazione_3 e contenuta nelle Linee guida pubblicate nell'anno 2016 che ha indicato l'utilizzo della scala canadese come riferimento geriatrico per la valutazione medico- legale del danno nell'anziano “ *al duplice scopo di definire con un linguaggio scientificamente accreditato le diverse condizioni di fragilità e può risultare particolarmente utile per individuare lo stato anteriore e quello susseguente all'evento valutativo*”. Rispetto all'approccio tradizionale, la Scuola medico legale milanese aveva elaborato un “metodo innovativo”, quello del danno biologico permanente differenziale incrementativo. Ciò premesso, in ossequio indicazioni metodologiche contenute nelle Linee guida, ritenute adeguate alla valutazione medico-legale del danno biologico nell'anziano nei casi di responsabilità sanitaria, considerato l'inquadramento dello “stato anteriore” e dello “stato susseguente” nell'ambito delle quattro categorie della scala canadese proposta nelle linee guida SIMLA, i CC.TT.UU. hanno indicato l'espressione numerico/percentuale dei valori estremi della forbice del danno biologico “differenziale” permanente, da intendersi come “unità di misura del danno” (che compete al medico legale nell'accertamento della causalità materiale), quale differenza tra: a) L'invalidità permanente complessiva presentata dalla vittima di malpractice (65%) e b) Il grado (ovviamente presumibile) di invalidità permanente della vittima se “non fosse stata erogata una prestazione sanitaria inappropriata” (30%).

ad essere risarciti dalla medesima struttura dei danni subiti dal danneggiato principale, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale ed è pertanto soggetto alla prescrizione quinquennale prevista dall'art. 2947 c.c., non potendo essi giovarsi del termine più lungo del quale gode la vittima primaria in virtù del diverso inquadramento contrattuale, del rapporto tra la stessa ed il soggetto responsabile" v. Cass. Sez. III 20.03.2015 nr. 5590).

Inoltre i siggri **Pt_2** non potranno nemmeno essere risarciti "indirettamente" in quanto la domanda proposta da **Parte_1** anche in nome e per conto dei suoi congiunti "affinchè venga a loro riconosciuto un danno morale e relazionale derivante dalla sofferenza patita dai medesimi per i fatti per cui è causa" è altrettanto inammissibile; difatti la sig.ra **Parte_1** non può agire in nome e per conto dei parenti in quanto l'esercizio dei diritti di cui si discute, non personalissimi ma avente carattere e contenuto economico, non è stato comunque delegato alla sig.ra **Parte_1**

2---La domanda di risarcimento dei danni direttamente svolta dai ricorrenti nei riguardi di **CP_3** (compagnia assicurativa che presta la copertura alla struttura sanitaria coinvolta nella vicenda che ci occupa) formulata nel ricorso ex art. 702 bis c.p.c. sarebbe stata inammissibile non tanto per l'inoperatività dell'art. 12 della legge **Pt_4** (l. 24/2017) [avendo stabilito il comma 6° del cit. art. che l'azione diretta sarà consentita solo con l'emanazione e la cogenza dei decreti attuativi che disciplineranno l'obbligo assicurativo, conformemente a quanto previsto dall'art. 10 cit. legge] che non si applica alla fattispecie concreta essendo i fatti avvenuti prima dell'entrata in vigore della legge **Parte_5**, quanto piuttosto perché anche nella legge Balduzzi (l. nr. 189/2012) l'esercizio di tale facoltà era sempre sottoposta all'entrata in vigore del decreto ministeriale sulle polizze assicurative, nemmeno questo mai emesso ed entrato in vigore.

Sta di fatto che nelle conclusioni rassegnate dai ricorrenti nella nota scritta del 7.9.2021 la domanda non è stata reiterata ed è stata dunque rinunciata.

3---La domanda di manleva proposta dalla **Controparte_1** nei riguardi della **CP_3** nella comparsa di costituzione e risposta è stata notificata alla Compagnia Assicurativa (così superando l'omessa pronuncia sul punto da parte di questo giudice v. decreto del 22.11.2019) ed è ammissibile e potrà essere esaminata.

In fatto

I fatti presupposti nella domanda risarcitoria sono i seguenti e sono tratti dalla consulenza medico legale svoltasi in fase di A.T.P. che, relativamente alla ricostruzione cronologica dei fatti, non è stata contestata dalle parti.

*"In sintesi trattasi di donna dell'età di 79 anni all'epoca dell'esordio di questa vicenda clinica che per gonartrosi in data 27/03/2007 viene sottoposta presso la **Controparte_1** a protesizzazione completa. Quarantasette giorni dopo la paziente viene ricoverata presso l'ortopedia del **Organizzazione_4***

dell' **Org_5** di La Spezia per deiscenza di ferita; in degenza viene isolato MRSA. In data 16 /05/2007 la paziente viene ricoverata presso la **Controparte_8** da dove viene dimessa con sola terapia medica (Teicoplanina x 4 settimane + clindamicina x 6 settimane). La paziente rientra presso la medesima Casa di Cura il 12/06/2007, dove effettua pulizia chirurgica e viene trasferita con terapia antibiotica (teicoplanina x 2 settimane + levofloxacina x 2 mesi) in riabilitazione. Dimessa in data 14/07/2007, risulta prescritta in dimissione moxifloxacina 400 mg al giorno per una durata non precisata. In data 26/11/2007 la paziente rientra presso la stessa **CP_8** per gonalgia in sospetta infezione di protesi. Dal liquido sinoviale viene isolato MRSA. In dimissione alla paziente viene prescritta terapia antibiotica con la sola teicoplanina per 2 settimane. Di nuovo ricoverata presso la stessa CdC in data 18/02/2008 viene ripetuta artrocentesi che conferma la presenza di stafilococco aureo. A fine marzo 2008 rientra nuovamente presso la **CP_8** per rimozione di protesi e posizionamento di spaziatore. In dimissione confermata teicoplanina al solito dosaggio. La sostituzione avviene nel giugno dello stesso anno e la paziente viene dimessa con levofloxacina per durata imprecisata. Nella stessa giornata della dimissione (01/7/2008) la paziente viene ricoverata in [...]

Org_6 di La Spezia per episodio lipotimico; durante questa degenza viene segnalata la presenza di un ginocchio tumefatto, molle, ballottabile con perdita ematica in seconda giornata di degenza. A marzo del 2009 per dolore e limitazione funzionale sul ginocchio sinistro la paziente rientra alla CdC **CP_8** dove esegue protesizzazione ginocchio sinistro e conseguente programma riabilitativo. In questa degenza la paziente presenta indici infiammatori spiccatamente alterati. A settembre 2009 esegue scintigrafia che evidenzia la presenza di una protesi ipercaptante in tutti i suoi segmenti. Segue quindi silenzio documentale fino all'aprile 2010 quando viene documentata PCR alterata. Dieci mesi e 10 giorni dopo la scintigrafia, nell'agosto 2010 risulta su cartella infermieristica la segnalazione che la paziente fosse in terapia antibiotica per "osteomielite al ginocchio". A ottobre dello stesso anno la paziente viene per l'ennesima volta ricoverata alla **CP_8** per drenaggio spontaneo di materiale purulento dalla protesi. Sei mesi dopo, nel maggio 2011 la paziente risulta ricoverata presso [...]

Organizzazione_7 dove dalla fistola ginocchio destro viene isolata Serratia ESBL+. A luglio la paziente risulta in carico alla dottoressa Artioli delle Malattie Infettive di La Spezia che, riscontrata in precedente degenza presso il suo reparto la presenza nel pus di Serratia sensibile solo ai carbapenemici e co trimoxazolo, aveva proposto la rimozione della protesi infetta. Rimozione che la sig.ra **Parte_1** a più riprese rifiutava. A dicembre 2011 la paziente viene ricoverata c/o la **Organizzazione_8** dell' **Org_5**

Org_5 di La Spezia per riacutizzazione di infezione cronica di protesi; durante questa degenza viene nuovamente isolato MRSA. La paziente viene dimessa con terapia antibiotica (Co-trimoxazolo+ciprofloxacina). Trascorrono circa 18 mesi, relativamente ai quali risulta documentata l'attività svolta dal Servizio Cure Domiciliari dell'**Orga**

Parte_6 (assistenza infermieristica e medicazioni) fin quando la paziente viene ricoverata presso il reparto di ortopedia del **Organizzazione_4** dell' **Org_5** di La Spezia dove, confermata la presenza di infezione cronica e riscontrata l'interessamento osteomielitico sia di femore che di tibia, si opta per l'amputazione.

*Da tampone da materiale suppurativo viene isolato di nuovo uno stafilococco aureo meticillino resistente. Con ciò si conclude la vicenda sanitaria della sig.ra **Parte_1** .*

Ritiene il Tribunale che la ricostruzione della vicenda clinica e la valutazione della condotta delle strutture sanitarie nel corso delle terapie debba basarsi sugli accertamenti collegiali peritali effettuati e sugli esiti degli stessi, conseguenti ad un pieno contraddittorio tecnico e espressivi di una logica e compiuta valutazione degli elementi tecnici emersi anche nella pregressa fase di A.T.P..

Le conclusioni della relazione di consulenza sono condivise e ogni eccezione in ordine alla nullità della stessa è priva di fondamento.

Del resto a fronte dell'allegazione dell'inadempimento rispetto all'obbligo di eseguire correttamente il trattamento spettava agli enti convenuti provare che i maggiori postumi riportati dalla paziente non erano imputabili ai sanitari delle strutture stesse e tale prova non è stata fornita.

I CCTTUU hanno evidenziato che il trattamento del caso in esame non richiedeva la risoluzione di problemi di speciale difficoltà: la tecnica chirurgica utilizzata e la natura della patologia trattata fanno rientrare le manovre sanitarie effettuate in capo alla sig.ra **Parte_1** nel novero delle prestazioni "medie".

Ciò premesso, i CCTTUU hanno individuato comportamenti censurabili in occasione degli interventi praticati con riferimento alla manifestazione e alla cura dell'infezione.

Circa l'Origine dell'infezione presso la **Controparte_1**

Rilevano i CCTTUU: *“.....pochi dubbi ci sono sull'origine dell'infezione: trascorrono meno di due mesi dall'intervento quando la ferita comincia a essere deiscete e l'isolamento è quello classico di un patogeno nosocomiale, lo stafilococco aureo meticillino resistente. Noto che secondo le linee guida più conservative e prudenti sulla tematica, si considerano correlate all'assistenza sanitaria tutte le infezioni che si manifestano entro tre mesi dall'intervento di protesizzazione, il caso della sig.ra **Parte_1** ricade in pieno non solo nel criterio temporale, ma anche in quello microbiologico. Lo stafilococco aureo infatti rappresenta la stragrande maggioranza dei casi di infezione protesica e la sua meticillino resistenza, nota l'epidemiologia italiana di questi ceppi, ne certifica la sua provenienza dall'habitat ospedaliero. Detto dell'origine veniamo ora ad affrontare la problematica dell'eventuale inadempimento colposo. Fermo restando che l'obiettivo di infezioni nosocomiali pari a zero è allo stato attuale delle conoscenze mediche non raggiungibile, bisogna specificare in quale contesto sia possibile stabilire se presso una struttura sanitaria sia stata effettivamente attuata ogni strategia per la prevenzione delle complicanze infettive, così da dispensare la struttura stessa da ogni addebito di inadempimento colposo. Visto che ovviamente ogni singolo*

*evento chirurgico non è valutabile in senso assoluto, per stabilire la correttezza di un processo complesso quale la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, occorre guardare ai risultati complessivi di tutto quanto messo in atto. Cioè, nella fattispecie della vicenda sanitaria della sig.ra **Parte_1** bisognerebbe che la struttura ove si intervenne con la prima protesizzazione fosse in grado di dimostrare che per quella determinata tipologia di infezione di sito chirurgico (protesi ortopediche), l'incidenza nel semestre antecedente e seguente l'intervento cui la paziente fu sottoposta, fu pari o al di sotto di quella attesa in letteratura internazionale. Ovviamente la raccolta avrebbe dovuto essere stata fatta ex ante, sistematicamente, in maniera prospettica e mirata secondo specifiche modalità di raccolta quali quelle specificate dagli ECDC".*

La **Controparte_1** non è stata in grado di produrre negli atti processuali questi dati per cui può ritenersi sussistente l'inadempimento della struttura sanitaria nell'aver causato l'infezione di cui trattasi.

Occorre dare atto che il trattamento dell'infezione della protesi del ginocchio con sostituzione della protesi in due tempi (rimozione della protesi infetta e posizionamento dello spaziatore, successivo posizionamento della neoprotesi), avrebbe avuto un tasso di successo riportato che varia dal 72 al 95% se non addirittura dall'82% al 100%, con risultato a medio termine con un tasso di successo superiore al 90% per l'infezione totale del ginocchio.

Posto che la lesione è rappresentata dall'infezione nosocomiale di protesi ortopedica del ginocchio destro da **CP_18** e tenuto conto che l'onere della prova del corretto adempimento è carico della struttura sanitaria, l'inadempimento è rappresentato dall'aver omesso l'effettuazione delle attività di prevenzione e vigilanza necessarie per ridurre il rischio d'infezione del sito chirurgico all'epoca esigibili sulla base delle evidenze scientifiche.

Sussiste altresì il nesso di causalità tra la citata infezione della protesi (lesione) e le conseguenze invalidanti della cronicizzazione dell'infezione con successiva amputazione (menomazioni) avuto riguardo al decorso clinico ed al successivo percorso assistenziale, atteso che (stante la natura contrattuale della responsabilità) la struttura non ha dimostrato, per quella determinata tipologia di infezione del sito chirurgico, che l'incidenza nel semestre antecedente e seguente l'intervento cui la paziente fu sottoposta, fu pari o al di sotto di quella attesa; ciò consegue all'applicazione del criterio *dell'id quod plerumque accidit* sulla base delle evidenze scientifiche; in altri termini, secondo rigoroso giudizio controfattuale, esisteva, sulla base delle evidenze scientifiche dell'epoca, un trattamento terapeutico alternativo, costituito dal c.d. trattamento di revisione e reimpianto in due tempi, che se fosse stato posto in essere (considerato il *gold standard* nella terapia della maggior parte delle infezioni protesiche) avrebbe molto probabilmente escluso la manifestazione dell'infezione; è stato stimato dai CC.TT.UU. che il trattamento alternativo avrebbe avuto un tasso di successo che varia dall'82% al 90%.

Ciò premesso, è stato apprezzato come “molto probabile” che siano causalmente correlabili all’infezione originatasi nella struttura le conseguenze pregiudizievoli ovvero le prevedibili ordinarie conseguenze menomative dell’impianto della neoprotesi (24/06/2008), intervento necessario per eradicare l’infezione della primitiva protesi impiantata il 27/03/2007, originatasi nella struttura sanitaria.

Circa il titolo della responsabilità, deve confermarsi che nella specie intercorrevva un contratto di ospedalità, per cui l’ente di cura risponde del suo inesatto inadempimento a titolo contrattuale, con la conseguenza che trovano applicazione il regime proprio e i principi delle obbligazioni da contratto d’opera intellettuale professionale relativamente alla diligenza e al grado della colpa (Cass. 22.1.199 nr 589 e successive tutte conformi); inoltre, applicando il principio della vicinanza della prova (Cass. SU nr. 13533 del 30.10.2001) nelle cause di responsabilità, deve affermarsi che il paziente che agisce in giudizio deduce e allega l’inesatto adempimento dell’obbligazione sanitaria e deve provare il contratto, restando a carico della struttura l’onere di provare l’esatto adempimento; deve per l’effetto essere affermata la responsabilità della **Controparte_1** in conseguenza della non corretta esecuzione della prestazione sanitaria, dovendosi ritenere, verosimilmente, che la paziente avrebbe riportato dei postumi permanenti di entità meno gravi rispetto a quelli riscontrati.

A tale riguardo i **P.P. del 12%** (su 35% di P.P. finale) ascritti dai CCTU in capo alla detta struttura sanitaria, vengono condivisi da questo giudice, oltre a gg **76 giorni di ITT e 20 giorni i ITP al 75%**.

Si tenga conto sin d’ora, infatti, che la base di calcolo (v. infra) è rappresentato dal c.d. **danno biologico permanente differenziale incrementativo** apprezzato dai CCTU nella forbice tra il 65% di P.P. e il 30% di P.P. (v. pagg. 16 e 17 della CTU del 18.06.2021), **pari al 35%**. Tale conclusione risponde all’esigenza di non far gravare sulla struttura sanitaria le conseguenze che, sotto il profilo della causalità giuridica, prescindono dal loro intervento.

Nel calcolo relativo alla quantificazione del danno alla salute nel caso di danno iatrogeno si ritiene di applicare il criterio per cui il danno non deve essere calcolato applicando l’importo tabellare ad esso corrispondente bensì calcolando la differenza sui relativi valori monetari; in particolare sottraendo dal valore economico corrispondente all’invalidità complessivamente raggiunta il gradiente invalidante che sarebbe comunque residuo in ipotesi di corretta esecuzione del trattamento sanitario (cfr. Cass. Sez. III[^], 31.5.2018 nr. 13765 e Cass. Sez. III[^] 19.3.2014 nr. 6341).

Anche il Tribunale di Firenze, sez. II, 22 maggio 2014, ha aderito a tale criterio, secondo cui il danno iatrogeno differenziale prodotto da colpa medica, insistente su una pregressa situazione di salute già compromessa del paziente, deve essere stimato nell'esatta misura rispondente alla differenza tra il valore monetario previsto dalle tabelle di Milano in corrispondenza del punto percentuale di invalidità permanente complessivamente residua e quello spettante per i minori postumi che sarebbero, invece, reliquati in ipotesi di corretta esecuzione dell'intervento chirurgico, costituenti conseguenza di causa indipendente da quella per cui è causa.

Pertanto il calcolo (considerando le Tabelle di Milano 2021) è il seguente: il 65% di P.P. (pari ad euro 447.385,00) viene diminuito del 30% di P.P. di danno iatrogeno pari ad euro 115.102,00, per cui la differenza è di euro 332.283,00. La percentuale del 12% di euro 332.283,00 corrisponde ad euro 113.925,60 ($332.283,00/35\% = 9493,8 \times 12$), aumentata del 20% per la personalizzazione pari ad euro 22.785,12 si giunge ad euro 136.710,72; per l'invalidità temporanea totale si liquida euro 7.600 e per quella parziale al 75% euro 1.500; definitivamente la

Controparte_1 è tenuta al pagamento della somma finale di **euro 145.810,72**.

Si è tenuto conto dell'età di 79 anni della sig.ra Parte_1 nel 2007 e dell'aumento del 20% quale percentuale di personalizzazione che questo giudice riconosce per la particolare maggiore sofferenza patita dalla ricorrente correlata sia alla tarda età della sig.ra Parte_1 che al particolare sviluppo che la vicenda di *malpractice* ha avuto nel tempo, anche se occorre tener conto che l'incidenza di tale tipo di danno sulla vita dinamico- relazionale è minimo, proprio in considerazione dell'età stessa; si tenga conto che il massimo previsto dalle Tabelle di Milano è del 25%).

All'importo sopra liquidato va riconosciuto il danno derivante dal mancato tempestivo godimento dell'equivalente pecuniario che, in difetto di diversi elementi probatori, si ritiene di compensare adottando quale parametro quello degli interessi legali da calcolarsi, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite della Suprema Corte (n. 1712/95), sulla somma via via rivalutata dalla produzione dell'evento di danno sino a oggi, tempo della liquidazione. Così, tenuto conto di questo criterio - previa devalutazione alla data del fatto della somma espressa in moneta attuale - vanno aggiunti alla somma rivalutata annualmente gli interessi compensativi nella misura legale dall'evento fino alla data odierna. Da oggi, giorno della liquidazione, all'effettivo saldo decorrono gli interessi legali sulla somma sopra liquidata complessivamente.

Sulla domanda di manleva rivolta da Controparte_1 avverso la CP_3

Tra la Controparte_1 e la CP_3 era al tempo operante il contratto di assicurazione nr. 580683 che prevedeva un massimale di polizza per sinistro limitato ad euro 5.000.000,00 e per ogni sinistro una S.I.R. Organizzazione_2) di euro 200.000,00, per cui, visto che il danno posto a carico della struttura sanitaria è inferiore a tale limite, opera detta clausola; la polizza assicurativa recita a tale riguardo (*..la quota di rischio espressa in valore economico che rimane a carico dell'assicurato, il quale vi fa fronte con proprie risorse finanziarie; ove concordata l'applicazione di S.I.R., non si applicano altri scoperti o franchigie eventualmente previste nella polizza*)” (v. doc. nr 14); la domanda di manleva avanzata dalla Controparte_1 viene pertanto rigettata alla luce dell'importo liquidato, inferiore ai 200.000,00 euro.

Circa la Gestione dell'infezione da parte della Controparte_8

[...]

I CC.TT.UU. hanno valutato che nell'infezione precoce di protesi di ginocchio da stafilococco aureo l'approccio corretto sarebbe stato una terapia antibiotica mirata al dosaggio massimale e la pulizia chirurgica estremamente precoce; infatti le infezioni precoci di protesi di ginocchio da stafilococco aureo con terapia conservativa, cioè senza la rimozione dell'apparecchio protesico (pulizia chirurgica + terapia antibiotica), si risolvono in circa il 33% dei casi.

Nel caso della sig.ra Parte_1 la diagnosi eziologica viene fatta a metà maggio 2007 presso CP_3 di La Spezia, dal quale la paziente si autodimise per essere ricoverata nel reparto di Ortopedia della Controparte_8 dove inizialmente il dott. CP_4 si limitò ad impostare terapia antibiotica, ritenuta dai CCTTUU ampiamente sottodosata e ciò rappresenta una inadeguatezza terapeutica. Il secondo aspetto di un non corretto approccio alla conservazione di una protesi infetta è rappresentato dalla non precoce pulizia chirurgica. Nel caso della sig.ra Parte_1 questa venne attuata ai limiti temporali dell'accettabilità. Si considerano infatti “precoci” e suscettibili di trattamento conservativo le infezioni manifestatesi entro tre mesi; essendo quindi stata eseguita la pulizia chirurgica dell'articolazione del ginocchio della paziente in data 12 giugno, due mesi e quindici giorni dopo l'intervento chirurgico, ci si ritrova ai limiti di quanto indicato da letteratura scientifica. Anche in questa operazione sono state registrate dai CCTTUU delle carenze di cura (v. quanto riferito in CTU circa l'approccio alla terapia antibiotica post intervento e anche in fase di dimissioni, tant'è che ad ottobre dello stesso anno 2007 la paziente presentava una recidiva di infezione di protesi e venne nuovamente ricoverata al CP_8 ; dalla cartella clinica del febbraio 2008 non emerge che la paziente fosse

in trattamento antibiotico; inoltre la paziente venne dimessa senza alcuna terapia antibiotica ed in questa condizione venne sottoposta all'intervento chirurgico per la rimozione della protesi e contestuale posizionamento dello spaziatore).

Anche questa fase della gestione dell'infezione da parte dei sanitari della **CP_8**, dopo il fallito tentativo di eradicazione precoce, presenta numerosi aspetti **FORTEMENTE** ed **ANALITICAMENTE** censurati dai **CP_19** che condussero all'inevitabile amputazione dell'arto.

In sintesi, per tutta la durata della presa in carico ortopedico/infettivologica della paziente da parte dei sanitari della **Controparte_8**, mai furono attuati protocolli di trattamento antibiotico previsti dalla letteratura internazionale per la gestione delle protesi di ginocchio infette. In particolare mai alla paziente furono somministrati antibiotici al corretto dosaggio e per tempi compatibili con una possibilità anche solo remota di guarire dalla grave infezione protesica di cui soffriva. Inoltre, l'intervento di rimozione della protesi avvenne con oltre un semestre di ritardo, rispetto a quanto sancito dalla buona pratica clinica e non avvenne sotto adeguato trattamento antibiotico, esponendo la paziente a reinfezione certa. La gestione dell'infezione dal mese di maggio 2007 al mese di ottobre 2010, totalmente in capo alla **Controparte_8** [...] fu caratterizzata, a partire dall'iniziale inidonea terapia conservativa, da plurime, reiterate, inadeguatezze terapeutiche, che nella prima fase preclusero alla paziente un 33% di possibilità di risultato favorevole con la sola terapia conservativa (antibiotico terapia e pulizia chirurgica senza rimozione della protesi) e successivamente, (in particolare l'aver effettuato il secondo intervento di protesizzazione senza adeguato trattamento antibiotico), condizionarono la persistenza dell'infezione anche dopo la sostituzione dell'apparecchio protesico.

I CC.TT.UU. hanno posto in luce e con estrema chiarezza – con giudizio condiviso da questo giudice - l'inadempimento che anche tale struttura sanitaria pose in essere rispetto ai propri obblighi di cura e di assistenza, stante la persistenza dell'infezione anche dopo la sostituzione ovvero della cronicizzazione dell'infezione della protesi e dunque la sussistenza del nesso causale tra l'inappropriatezza assistenziale e l'infezione cronica della protesi. Parimenti anche i reliquati disfunzionali invalidanti accertati durante l'indagine tecnica (menomazione a carico dell'apparato locomotore) sono causalmente correlabili all'infezione cronica della protesi.

Si attribuisce, pertanto, la restante parte del cosiddetto "danno iatrogeno" del **23% di P.P.** rispetto alla base di calcolo del 35% di P.P., alla **Controparte_8**, responsabile di un percorso assistenziale inappropriato per modi e tempi di intervento dal 2007 al 2011, al quale è causalmente correlabile l'infezione cronica della protesi ed il conseguente reliquato menomativo,

oltre a 51 giorni di ITT, 50 giorni di ITP al 75%, 25 giorni di ITP al 50 %, 25 giorni di ITP al 25%).

Il danno riferibile alla responsabilità della *Controparte_8* viene liquidato in **euro 272.753,88** [il 65% di P.P. pari ad euro 447.385,00 va diminuito del 30% di P.P. di danno iatrogeno pari ad euro 115.102,00; la differenza è di euro 332.283,00; la percentuale del 23% di euro 332.283,00 corrisponde ad euro 218.357,40 ($332.283,00/35\% = 9.493,8 \times 23$), aumentata del 20% per la personalizzazione si giunge ad euro 262.028,88; per l'invalidità temporanea totale si liquida euro 5100, per quella parziale al 75% euro 3.750,, per quella parziale al 50% euro 1.250, per quella parziale al 25% euro 625.].

Viene riconosciuto il danno derivante dal mancato tempestivo godimento dell'equivalente pecuniario che, in difetto di diversi elementi probatori, si ritiene di compensare adottando quale parametro quello degli interessi legali da calcolarsi, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite della Suprema Corte (n. 1712/95), sulla somma via via rivalutata dalla produzione dell'evento di danno sino a oggi, tempo della liquidazione. Così, tenuto conto di questo criterio, - previa devalutazione alla data del fatto della somma espressa in moneta attuale - vanno aggiunti alla somma rivalutata annualmente gli interessi compensativi nella misura legale dall'evento fino alla data odierna. Da oggi, giorno della liquidazione, all'effettivo saldo decorrono gli interessi legali sulla somma sopra liquidata complessivamente.

Circa l'operato professionale del dott. *Controparte_4* .

La signora *Parte_1* fu presa in cura dal 16 maggio 2007 all'ottobre del 2010 dal Dr. *CP_4* della *Controparte_8* e ogni scelta terapeutica è stata da questi adottata, tanto che questi è da ritenersi, nel rapporto con la *Controparte_8* [...] (solo) con la quale collaborava, il responsabile (essendosi personalmente interessato ed occupato in qualità di capo equipe delle cure da prestare e dell'assistenza da fornire).

Nei suoi confronti, tuttavia, la *Controparte_8* non ha formulato alcuna domanda nella "memoria di costituzione" del 21.11.2019.

La domanda di condanna, invece, formulata dalla *Controparte_1* nei riguardi del dott. *CP_4* deve essere rigettata, in quanto i CC.TT.UU. hanno ben distinto le responsabilità da imputare alle singole Case di Cura e per quanto riguarda le condotte ascrivibili alla [...] *Controparte_1* l'operato del dott. *CP_4* è del tutto irrilevante.

Per l'effetto la domanda di manleva proposta dal dott. *CP_4* avverso la Compagnia Assicurativa *Controparte_5* on deve essere esaminata.

Le spese processuali sia del Dott. CP_4 che della sua Compagnia assicurativa vengono integralmente compensate (attesa la quota parte di responsabilità attribuibile al medico per quanto occorso alla ricorrente).

Circa il rifiuto della sig.ra Parte_1 a sottoporsi a nuovi interventi di protesizzazione

Occorre dare atto che dal 2011 la ricorrente venne presa in carico nel reparto malattie infettive del Organizzazione_4 dell' CP_20 di La Spezia dove a più riprese fu invitata a sottoporsi ad un terzo intervento di protesizzazione che la paziente sempre rifiutò (6 maggio, 14 luglio, 21 dicembre 2011). I CCTTUU a riguardo non solo hanno evidenziato che sarebbe *“arduo esprimersi sulle possibilità di successo di questo terzo intervento date le condizioni dell'articolazione dopo la lunga malattia e l'età della paziente, ma è possibile ipotizzare che se correttamente condotto, la vicenda clinica si sarebbe potuta concludere, nella peggiore delle ipotesi, con l'artrodesi dell'articolazione di ginocchio”*; ad ogni modo l'amputazione si rese anche necessaria anche a seguito delle conseguenze connesse alla mobilitazione della protesi in seguito a caduta, dopo riaccensione da qualche mese del processo infettivo.

Per completezza espositiva d'indagine tecnica i CC.TT.UU. hanno prospettato la (mera) possibilità scientifica, al verificarsi di una serie di condizioni “teoriche”, di un esito più favorevole (artrodesi) rispetto all'amputazione, in caso di accettazione del rischio di un nuovo intervento chirurgico da parte della paziente. In altri termini, considerate le numerose variabili in gioco (età, condizioni cliniche, comorbidità ecc.) necessarie a supportare un giudizio prognostico in termini probabilistici, è stata prospettata soltanto un'ipotesi (e non poteva essere altrimenti), avendo ritenuto accettabili le motivazioni del rifiuto, tenuto conto, fra l'altro, delle condizioni dell'articolazione dopo la lunga malattia e dell'età della paziente che rendevano giustificabile la mancata esposizione ad un ulteriore rischio di “danno-evento” pregiudizievole correlato al trattamento chirurgico. D'altra parte la recente giurisprudenza della Suprema Corte, in ossequio al principio secondo cui nessuno può essere sottoposto ad un trattamento sanitario senza consenso, nega che possa incidere sul risarcimento del danno spettante alla vittima la scelta di quest'ultima di non sottoporsi ad un intervento chirurgico al fine di ridurre l'entità del danno risentito (v. Cass. Sez III sentenza del 15.1.2020 nr. 515 *”In tema di liquidazione del danno alla persona, è da considerarsi irrilevante il rifiuto del danneggiato di sottoporsi ad un intervento chirurgico al fine di diminuire l'entità del danno, atteso che non può essere configurato alcun obbligo a suo carico di sottoporsi all'intervento stesso, non essendo quel rifiuto inquadrabile nell'ipotesi di concorso colposo del creditore, previsto dall'art. 1227 c.c. e che, al contrario, ritenerlo obbligato, implicherebbe punirlo per aver esercitato un diritto riconosciuto dalla Costituzione”*).

Si rinvia alla ctu per ogni ulteriore approfondimento, anche in relazione alle condivisibili risposte espresse dai ctu a fronte delle osservazioni dei ctp.

Sul danno differenziale incrementativo

Con riguardo al tema dell'imputabilità risarcitoria dell' "incremento" per danno iatrogeno, viene richiamata la giurisprudenza della Corte di cassazione che si è mossa prevalentemente attraverso un richiamo ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 c.p., in virtù dei quali se alla produzione dell'evento di danno concorrono la condotta dell'uomo e cause naturali o pregresse, il responsabile non può pretendere nessuna riduzione di responsabilità, in quanto una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può esservi solo tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una condotta umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile (v. *Cass. Civ.*, 28 marzo 2007, n. 7577).

Dopo alcune oscillazioni della giurisprudenza (v. *Cass. Civ.*, sez. III, 16 gennaio 2009, n. 975, in tema di colpa medica, là dove ha evocato la necessità, proprio in caso di concorso tra preesistenti condizioni costituenti fattore causale incidente e condotta imperita dei sanitari la necessità di "procedere alla specifica identificazione della parte di danno rapportabile all'uno o all'altra, eventualmente con criterio equitativo"), la Corte di cassazione (v. *sentenza* 21 luglio 2011 n. 15991 e 20996/2012) ha meglio specificato la differenziazione dei due diversi livelli di causalità da tenere presente: quello tra la condotta illecita e la concreta lesione dell'interesse (c.d. causalità materiale, art. 40 c.p.), e quello tra quest'ultima ed i danni che ne sono derivati (c.d. causalità giuridica, art. 1223 c.c.:), con la conseguenza che il giudice deve accertare, sul piano della causalità materiale, l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p., così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica.

Ciò al fine di ascrivere all'autore della condotta, "responsabile tout court" sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì alla pregressa situazione patologica del danneggiato.

Sul danno patrimoniale

Nel ricorso introduttivo si introduce la domanda di risarcimento del danno patrimoniale futuro derivante dal fatto che la sig.ra **Parte_1** si sarebbe dovuta avvalere di un assistente domiciliare continuativo o di un infermiere per attendere alle proprie esigenze di vita; tuttavia non sono stati prodotti in giudizio documenti delle spese già sostenute dal 2013 ad oggi,

eccettuato un preventivo (doc nr. 37) elaborato dalla **Organizzazione_9** [...] in data 27.6.2019, che non è stato confermato né tantomeno è stato seguito dalla conclusione del contratto di “assistenza domiciliare”; ad oggi non è stato dato atto nemmeno se la sig.ra **Parte_1** dimora presso qualche R.S.A. o altro istituto di cura.

La domanda viene pertanto rigettata.

Sulle richieste istruttorie

Le considerazioni esposte rendono evidente la superfluità di ogni ulteriore attività istruttoria, articolata su prove costituenti o non pertinenti o irrilevanti ai fini del decidere, tenuto conto degli esiti della ctu e dei dati acquisiti attraverso la documentazione prodotta.

Sulle spese processuali

Le spese seguono la regola della soccombenza e vanno liquidate come da dispositivo, tenuto conto degli importi riconosciuti e del parziale rigetto delle domande proposte dai ricorrenti.

Le spese processuali inerenti il rapporto processuale concernente le richieste di manleva assicurativa possono essere compensate tra loro, così come quelle sostenute dal dott. **CP_4** per la propria difesa per le considerazioni sopra espresse.

Le spese tecniche (CCTUU e CTP) sostenute da **Parte_1** sono poste a carico delle strutture sanitarie, in solido tra loro.

Sulla domanda di condanna al risarcimento dei danni ex art 96 c.p.c.

Il caso concreto si è rivelato alquanto complesso sia per le questioni giuridiche affrontate che per la difficile operazione di quantificazione del danno, circostanze che escludono la sussistenza dei presupposti di legge per affermare una tale responsabilità nei riguardi delle convenute strutture sanitarie; pertanto la domanda è rigettata.

P.Q.M.

Il Tribunale di Firenze, quarta sezione civile, definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa o assorbita ogni diversa domanda o eccezione:

1—dichiara prescritto il diritto al risarcimento del danno (morale e relazionale) reclamato dai sigg.ri **Parte_2** e **Parte_3**

2—dà atto della rinuncia da parte ricorrente alla domanda formulata direttamente nei riguardi della **Controparte_3**, che, comunque, sarebbe stata dichiarata inammissibile;

3---ritenuta la responsabilità medico-sanitaria nei riguardi della ricorrente sig.ra **Parte_1** di entrambe le strutture sanitarie convenute ovvero della **Controparte_1** e della [...] **Controparte_8** entrambe in persona del legale rappresentante p.t., le

condanna in solido tra loro, a corrispondere in favore della sig.ra **Parte_1** a titolo di risarcimento dei danni, la somma complessiva di **€ 418.564,60**, oltre interessi compensativi nella misura legale sulla somma riconosciuta devalutata al marzo 2007 e via via rivalutata annualmente sino alla data della sentenza e gli interessi legali dalla sentenza al saldo.

4---le spese processuali di parte ricorrente sono liquidate nella misura di euro 26.000 per compenso professionale (comprese quelle per la fase di A.T.P.), oltre le spese vive se dovute, iva e rimborso forfettario come per legge e sono poste a carico delle due strutture sanitarie convenute, in solido tra loro;

5---le spese di CCTTUU (sia della fase di ATP che della presente fase di merito) e di CTP sono poste a carico delle due strutture sanitarie convenute, in solido tra loro;

6---accerta e dichiara che la **Controparte_1** è responsabile del danno subito dalla sig.ra **Parte_1** nella misura di euro 145.810,72, oltre accessori di legge, mentre la [...] **Controparte_8** lo è nella misura di euro 272.753,88, oltre, entrambe, gli accessori di legge; ciò valga nella regolazione dei rapporti interni dei condebitori (solidali verso terzi).

7---la domanda rivolta dalla **Controparte_1** avverso la **CP_3** [...] **Controparte_21** – in persona del legale rappresentante p.t. non è accolta; le spese processuali della detta Compagnia vengono integralmente compensate.

8---rigetta la domanda di condanna formulata dalla **Controparte_1** **CP_1** nei riguardi del dott. **Controparte_4** e per l'effetto nulla deve provvedersi in ordine alla domanda di garanzia svolta dal dott. **CP_4** nei riguardi della Compagnia Assicurativa **Controparte_5** le spese processuali del dott. **CP_4** e della Compagnia **Controparte_5** vengono integralmente compensate.

9---Rigetta la domanda di condanna ex art. 96 terzo comma c.p.c. formulata da parte ricorrente. Si comunichi.

Firenze 18 ottobre 2021

Il Giudice on.

Liliana Anselmo