N. R.G. 1128/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI ISERNIA

in persona del Giudice unico, dott.ssa Simona Di Paolo ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I grado, iscritta al n° 1128/2019 RG del Tribunale di Isernia, trattenuta in decisione all'udienza del 30.10.2025, promossa da

Parte_1 **,** rappresentata e difesa dagli avv. [redacted] e [redacted] ed elettivamente domiciliata presso lo studio dei difensori sito in Caserta, alla [redacted] giusta procura in atti

RICORRENTE

nei confronti di

Controparte_1 **,** in persona del legale rappresentante p.t., Dott. *Controparte_2* , rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] ed elettivamente domiciliato presso il suo studio sito in Capriati a Volturno (CE) [redacted] giusta in atti

RESISTENTE

e contro

Controparte_3 **,** in persona del Presidente rag. *Controparte_4* rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] e [redacted] ed elettivamente domiciliata presso lo studio della prima sito in Isernia [redacted] giusta procura in atti

RESISTENTE

e contro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

DOTT. *Controparte_5* **,** rappresentato e difesi dagli avv. [redacted] e [redacted] ed elettivamente domiciliati presso lo studio [redacted] a Napoli, alla [redacted] giusta procura in atti

RESISTENTE chiamato in causa

e contro

Controparte_6 in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avv. avv.ti [redacted] e [redacted] ed elettivamente domiciliata presso lo studio dei difensori sito in [redacted] (BA), giusta procura in atti

RESISTENTE chiamato in causa

avente ad oggetto: responsabilità professionale

conclusioni: come da verbale di udienza del 30.10.2025

FATTO E DIRITTO

Con ricorso depositato ai sensi dell'articolo 702 bis cpc, a seguito di accertamento tecnico preventivo ex art. 669 bis cpc, *Parte_1* ha citato in giudizio l' *Controparte_7* e la *[...]* *Controparte_3* , al fine di sentire accogliere le seguenti conclusioni: "1) accertare e dichiarare che tra la signora *Parte_1* e la *Controparte_3* è intercorso un contratto di spedalità nel periodo compreso tra il 16.1.2012 ed il 30.1.2012, a seguito del quale è stata sottoposta a "artrodesi con foraminotomia L4 L5 sin", nel corso del quale veniva erroneamente interrotta dai sanitari, una radice nervosa, il cui moncone prossimale si staccava a livello della radice L5 (come rilevato dai sanitari della *Controparte_1* cfr. cartella clinica doc. 41, fascicolo di parte procedimento per A.T.P.), come pure risultante dalla C.T.U. redatta nel procedimento R.G. 325/2018 del Tribunale di Isernia, procurando danni alla ricorrente meglio descritti in narrativa; 2) accertare e dichiarare che tra la signora *Parte_1* e la *Controparte_1* è intercorso un contratto di spedalità nel periodo compreso dall'11.10.2016 al 17.10.2016, per impianto di distanziatore interspinoso a livello L5-S1, ed ivi, a causa degli errori commissivi/omissivi dei sanitari, è stata affetta da infezione al sito chirurgico, come pure risultante dalla C.T.U. redatta nel procedimento R.G. 325/2018 del Tribunale di Isernia; 3) accertare e dichiarare che l'inadempimento contrattuale dei resistenti alle obbligazioni assunte, per gli eventi di cui ai precedenti punti nonché la connessione causale, riconducibili a colpa, negligenza ed imprudenza, addebitabile alle strutture ospedaliere resistenti ed ai sanitari ivi impiegati. Per l'effetto, accertare e dichiarare che gli inadempimenti lamentati hanno determinato a carico della signora *Pt_1* *[...]* le lesioni dedotte in narrativa, come pure risultante dalla C.T.U. redatta nel procedimento R.G. 325/2018 del Tribunale di Isernia; 4) accertare e dichiarare che i danni di cui in premessa occorsi alla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

signora *Parte_1* sono ascrivibili a: 4/a) *CP_3* *Controparte_3* in persona del suo legale rappresentante pro tempore, nella misura del 29% quale danno biologico permanente differenziale, oltre alla I.T.A. differenziale di 30 giorni ed alla I.T.P. di 30 giorni al 50%. Per l'effetto, accertare e dichiarare che il danno, in applicazione delle Tabelle del Tribunale di Milano, ammonta a complessivi Euro 216.582,00 [Euro 212.487,00 per danno biologico differenziale permanente + Euro 2.730,00 per danno da I.T.A. ed Euro 1.365,00 per danno da I.T.P.]; 4/b) *Controparte_1* in persona del suo legale rappresentante pro tempore, nella misura dell'11% quale danno biologico permanente, oltre alla I.T.A. differenziale di 30 giorni ed alla I.T.P. di 30 giorni al 50%. Per l'effetto, accertare e dichiarare che il danno, in applicazione delle Tabelle del Tribunale di Milano, ammonta a complessivi Euro 122.946,00 [Euro 118.626,00 per danno biologico differenziale permanente + Euro 2.880,00 per danno da I.T.A. ed Euro 1.440,00 per danno da I.T.P.]; 5) accertare e dichiarare il diritto della signora *Parte_1* alla personalizzazione del danno non patrimoniale nella misura di 1/3 di quello biologico permanente e temporaneo così come quantificato ai precedenti punti, o quella diversa misura ritenuta equa in giustizia; 6) accertare e dichiarare che le spese mediche sostenute dalla signora *Parte_1* per la vicenda oggetto di causa, ammontano ad Euro 5.293,58, di cui Euro 1.347,62 generatesi per l'inadempimento posto in essere dalla *Controparte_3* in persona del suo legale rappresentante pro tempore, e dal dott. *Controparte_5* ed Euro 3.945,96 generatesi per l'inadempimento posto in essere dalla *Controparte_1* 7) accertare e dichiarare che la signora *Pt_1* *[...]* dovrà sostenere spese per periodici cicli di riabilitazione motoria e per l'acquisto di ausili ortopedici quali busto ed ausili per la deambulazione, da quantificarsi in via equitativa, disponendo la relativa condanna, anche in via solidale ovvero in misura proporzionale al danno provocato; 8) condannare i resistenti, ognuno per quanto di ragione e ove sussistenti i presupposti, in via solidale, al pagamento in favore della signora *Parte_1* delle somme così come accertate in accoglimento delle richieste formulate ai precedenti punti, disponendo la maggiorazione nella misura di 1/3 ovvero quella misura che verrà ritenuta equa in giustizia, con relativa condanna; 9) accertare e dichiarare che a signora *Parte_1* ha diritto a vedersi rimborsate le spese sostenute per il procedimento per A.T.P., così come risultano e risulteranno dai relativi provvedimenti giudiziari, anche per la difesa legale (in applicazione del D.M. 55/2014) e tecnica di parte, con condanna solidale dei resistenti al relativo rimborso, il tutto da attribuirsi; 10) in ogni caso, condannare i resistenti in solido tra loro al pagamento delle spese e delle competenze del presente procedimento, comprensive di spese generali, C.P.A. ed I.V.A. come per legge, da attribuirsi".

Si è costituita in giudizio l' *Controparte_7* , chiedendo, in via preliminare, la riunione del presente giudizio con il procedimento n RG. 8/2020 pendente sempre dinanzi al Tribunale di Isernia di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

accertamento negativo della responsabilità della CP_1 la conversione del rito sommario di cui all'art. 702 bis cpc in rito ordinario di cognizione; la dichiarazione di nullità della CTU espletata nel procedimento ex art. 696 bis cpc; il rigetto di ogni domanda di parte ricorrente; in via gradata la rinnovazione della CTU.

Si è costituita Controparte_3 , chiedendo, anzitutto, di poter chiamare in causa il prof. [...] CP_5 e formulando le seguenti conclusioni: "a) accertare e dichiarare che nessuna responsabilità è ascrivibile al prof. CP_5 e di riflesso a Controparte_3 b) nel caso di accoglimento delle domande della ricorrente: - accertare e dichiarare la concorrente responsabilità di Controparte_3 e di Controparte_8 nella causazione dei danni tutti di cui la ricorrente reclama il risarcimento ed ai fini del (eventuale) regresso tra coobbligati graduare le rispettive responsabilità; - liquidare in favore della ricorrente i danni rigorosamente accertati come conseguenza immediata e diretta dei fatti di cui è causa e contenere l'obbligo risarcitorio di [...] CP_3 nei limiti della quota di responsabilità ad essa in concreto ascrivibile; - condannare [...] Controparte_8 a rifondere Controparte_9 laddove in esecuzione dell'emananda sentenza e per il vincolo della solidarietà dovesse essere costretta a corrispondere alla ricorrente l'intero risarcimento; - condannare il prof. Controparte_5 nei limiti della quota parte di responsabilità e di danno che gli è ascrivibile, a rifondere Controparte_3 per quanto in esecuzione dell'emananda sentenza e per il vincolo della solidarietà dovesse essere costretta a pagare alla ricorrente. Spese in ogni caso rifuse".

Ammessane la chiamata, si è costituito il dottore Controparte_5 chiedendo, in via preliminare, di chiamare in causa la Controparte_10 eccependo la prescrizione dei diritti vantati dalla ricorrente e, sempre in via preliminare, l'improcedibilità del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. per non avere l'istante introdotto l'obbligatorio procedimento di mediazione nei confronti del Prof. CP_5 o dichiarare l'inammissibilità del ricorso ex art. 696 bis c.p.c., in quanto carente del requisito del fumus boni iuris, avente carattere esplorativo e, in ogni caso, non idoneo alla soluzione di tutte le questioni di fatto e diritto che si porrebbero nel giudizio di merito; nel merito, respingere le domande formulate dalla sig.ra Pt_1 nei confronti del Dott. Controparte_5 in quanto infondate in fatto e in diritto, sia nell'an, che nel quantum; "In subordine e nella denegata ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande risarcitorie avanzate dall'attore in danno del Prof. CP_5 accertare e dichiarare: - che l'odierno convenuto non potrebbe, in nessun caso, essere considerato esclusivo responsabile dei danni lamentati, né potrebbe essere chiamato a rispondere (sia nei rapporti esterni, che in quelli interni, delle dedotte obbligazioni solidali passive) della quota di responsabilità ascrivibile alla [redacted] CP_3 " di Bologna e, per l'effetto, condannare la convenuta per la propria quota di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

spettanza; - l'obbligo di manlevare, garantire e/o comunque di tenere indenne il Prof. *Controparte_5* a carico della *Controparte_10* di tutte le eventuali somme che, a titolo risarcitorio, lo stesso dovesse essere tenuto a pagare, in caso di eventuale soccombenza, integrale o parziale, per sorta, capitale, interessi, rivalutazione monetaria e spese di lite, con condanna della predetta compagnia assicurativa al pagamento di tali somme, in favore della ricorrente ovvero della *Controparte_3* nonché condannare la predetta compagnia assicurativa, in persona del legale rapp.te p.t., a tenere indenne il Prof. *CP_5* relativamente agli importi che quest'ultimo dovrà sopportare per spese di lite in favore dei procuratori antistatari ex art. 1917 c.c.; 6. in ogni caso condannare la *Controparte_3* ovvero la Sig.ra *Parte_1* al pagamento delle spese, competenze ed onorari di lite, oltre rimborso forfettario, i.v.a., c.p.a. ed accessori come per legge dovuti in favore dei procuratori antistatari".

Ammessane la chiamata, si è costituita la *Controparte_6* , chiedendo: "IN RITO Dichiarare la nullità dell'atto con cui *Controparte_6* è stata chiamata in giudizio per le ragioni esposte nel presente atto. IN PRINCIPALITÀ Assolvere *Controparte_6* *[...]* da ogni domanda da chiunque formulata nei suoi confronti nel presente giudizio, in quanto infondata in fatto e in diritto e comunque sprovvista di prova. IN VIA SUBORDINATA Nella assurda, denegata e non creduta ipotesi di accoglimento, anche solo parziale, delle avverse domande e pretese, ove venisse ritenuta anche solo in parte operativa la garanzia prestata dall'esponente con la polizza n. [redacted] Limitare l'esposizione di *Controparte_6* a. entro il limite del massimale della Polizza b. per la sola quota di danno eccedente i massimali previsti da qualsiasi altra polizza stipulata a copertura del medesimo rischio di responsabilità civile; c. in ogni caso, nel rispetto di tutti i termini e condizioni contrattuali specificati in atti".

All'udienza del 23 marzo 2022 è stata disposta la riunione del fascicolo di cui al n RG 8/2020 a quello del presente giudizio (RG 1128/2019), stante le domande identiche e contrapposte tra loro e la possibilità di un conflitto di giudicati ed è stato disposto il mutamento del rito da sommario a cognizione ordinaria.

La causa è stata istruita mediante CTU (svolta, quindi, nuovamente anche in questa sede) e, pervenuta infine alla scrivente giudice, è stata trattenuta in decisione all'udienza del 30.10.2025, previa concessione alle parti dei termini ex art. 190 c.p.c. per comparse conclusionali e repliche.

***

Ricostruiti in questo modo i termini essenziali del contenzioso, in via pregiudiziale va evidenziato che è ormai preclusa la possibilità per il dott. *CP_5* terzo chiamato di ottenere la declaratoria dell'improcedibilità della domanda in virtù del mancato esperimento (anche nei suoi confronti) del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

tentativo obbligatorio di mediazione. Per evitare il coinvolgimento dei consociati in attività processuali inutili la Corte di Cassazione ha rimarcato, sul punto, che l'inesistenza della condizione di procedibilità può essere eccepita dalle parti o accertata in via officiosa dal giudice, ai sensi dell'art. 5, c. 1 bis, del d.lgs. n. 28/2010, entro e non oltre la prima udienza di trattazione (Cass. 10/11/2020 n. 25155). Si deve ritenere, coerentemente, che se all'eccezione non faccia seguito il rinvio della causa per l'espletamento dell'incombente l'attore abbia comunque diritto a ottenere una pronuncia sulla fondatezza delle proprie pretese. Per i motivi anzidetti su tali aspetti della vertenza le doglianze del terzo chiamato, non possono che essere disattese.

***

Deve, poi, rigettarsi l'eccezione di nullità della CTU sollevata da parte della *CP_1* per violazione del principio di necessaria collegialità ex art. 15 l. 24/2017, così come deve rigettarsi l'eccezione di prescrizione del diritto ad ottenere il risarcimento del danno sollevata da parte del dott. *CP_5* ritenendo che nei suoi confronti la responsabilità debba qualificarsi, alla luce della legge *Pt_2* – *Pt_3* , in termini di responsabilità extracontrattuale.

Sotto il primo aspetto va, infatti, rilevato che nel caso di specie che il CTU è stato coadiuvato, nell'espletamento del proprio incarico, da ausiliari neurochirurghi e infettivologi, proprio al fine di rispondere compiutamente alle richieste rivolte dal giudice istruttore.

Inoltre, deve rilevarsi che, nonostante sia stata citata più volte dalle parti, la legge Gelli-Bianco (L. 24/2017) sulla responsabilità medica si applica solo ai fatti avvenuti dopo il 1° aprile 2017. Le norme sostanziali, che influiscono su onere della prova e prescrizione, non operano, quindi, per eventi antecedenti, considerato che la citata legge non è retroattiva (Cass. n. 6134/2025 e Cass. n. 28994/2019). Nel caso di specie, quindi, essendo l'intervento avvenuto anteriormente all'entrata in vigore della *Parte_4* , non troverà applicazione la l.n. 24/2017, quantomeno per quanto attiene alle norme sostanziali.

Ne deriva, quindi, che, quanto alla natura della responsabilità professionale dell'istituto e dei sanitari che ebbero in cui la *Pt_1* che la stessa deve qualificarsi in termini di responsabilità contrattuale, stante il consolidato orientamento dei giudici di legittimità, secondo cui: "..quanto alla natura della responsabilità del medico convenzionato nei confronti dell'utente, con il quale non sussiste alcun vincolo negoziale o obbligatorio ex lege preesistente all'espletamento in concreto della prestazione curativa, è sufficiente osservare che essa è da ricondursi al "contatto sociale", tenuto conto dell'affidamento che egli crea per essere stato prescelto per rendere l'assistenza sanitaria dovuta e sulla base di una professione protetta. La sua prestazione e, per l'effetto, il contenuto della sua

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

responsabilità, per quanto non derivante dal contratto, ma da altra fonte (art. 1173 c.c.), ha un contenuto contrattuale." (Cass. 6243/2015).

Peraltro, la ricostruzione della responsabilità del medico in termini di responsabilità contrattuale opera anche (o nonostante) l'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (legge c.d. Balduzzi, questa sì, applicabile al caso di specie), abbia previsto che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile". Come chiarito, infatti, dai giudici di legittimità, il riferimento all'art. 2043 c.c. contenuto nella norma citata non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve (Cass. n. 8940/2014).

La ricostruzione dei fatti operatori e post-operatori riportata da parte attrice non viene contestata nella sua qualità di verità storica dalle parti convenute, opponendosi queste ultime, difatti, all'imputazione in punto di nesso causale, sostenuta da parte ricorrente, dell'inadempimento contrattuale delle due strutture convenute e alla conseguente qualificazione, operata in diritto, di una responsabilità ex art. 1218 cc in capo alle stesse. Va per l'appunto precisato che la domanda svolta da parte ricorrente in questa sede attiene: sul piano dell' an debeatur, all'accertamento dell'inadempimento o, comunque, del non corretto adempimento ex art. 1218 cc dell'obbligazione assunta ex contractu dalle strutture, per aver eseguito il primo intervento in violazione del canone di diligenza di cui all'art. 1176 cc presso la *Controparte_3* e per avere contratto l'infezione nosocomiale presso l'istituto *CP_1* conseguentemente, al preteso diritto al risarcimento dei danni derivanti dalle conseguenze, sia patrimoniali che non patrimoniali, "dirette e immediate" del fatto lesivo (c.d. danno evento), rappresentato quest'ultimo dall'esecuzione inesatta del primo intervento e dalla contrazione dell'infezione; attiene altresì, sul piano del quantum debeatur, alla valutazione del danno biologico e morale, derivante dal prolungato protrarsi dello stato di malattia.

Rilevata l'inapplicabilità, al caso di specie, della legge Gelli Bianco e considerato che la dedotta responsabilità del medico e della struttura va inquadrata nell'ambito della legislazione previgente (e dei relativi principi giurisprudenziali), e va quindi qualificata in termini di responsabilità contrattuale, deve rilevarsi che, per la Suprema Corte: "l'ospedale risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 cod. civ., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale" (Cass. n. 1620/2012), chiarendo altresì che la responsabilità della struttura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

permane nel caso in cui si avvalga dell'opera del sanitario, inteso "quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto (Cass. n. 13953/2007).

Da ciò deriva una duplice conseguenza: la prima è che il diritto fatto valere da parte attrice non si è prescritto, infatti il primo ricovero è avvenuto dal 16.1.2012 al 30.1.2012 presso la *Controparte_3 [...]* e dall'11.10.2016 al 17.10.2016 presso l'istituto *CP_1* e il ricorso è datato il 9.11.2019, pertanto non sono decorsi 10 anni; la seconda è che l'accertamento circa l'inesattezza della prestazione effettuata dal sanitario nell'esecuzione dell'intervento seguirà le regole dell'accertamento dell'inadempimento di un'obbligazione nascente da contratto e, di conseguenza, sul piano della ripartizione dell'onere della prova, seguirà le norme sull'inadempimento di cui all'art. 1218 cc. .

Secondo la regola per cui in tema di azione per il risarcimento dei danni derivanti da responsabilità contrattuale per inadempimento, spetta al creditore fornire esclusivamente la prova del titolo su cui si fonda l'obbligazione medesima, quella del suo eventuale termine di scadenza e di fornire semplice allegazione in atti dell'inadempimento o del non esatto adempimento della prestazione, così come chiarito da una recente pronuncia della Corte di Cassazione: "in tema di prova dell'inadempimento di una obbligazione, il creditore che agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno o per l'adempimento deve provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto ed il relativo termine di scadenza, limitandosi poi ad allegare la circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre al debitore convenuto spetta la prova del fatto estintivo dell'altrui pretesa, costituito dall'avvenuto adempimento (…). Anche quando sia dedotto l'inesatto adempimento dell'obbligazione al creditore istante spetta la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento, gravando ancora una volta sul debitore la prova dell'esatto adempimento, quale fatto estintivo della propria obbligazione" (Cass. n. 826/2015). In merito, parte ricorrente ha allegato le cartelle cliniche presso le due strutture convenute e i vari referti e certificazioni. A questo punto, per resistere alla domanda di inadempimento e conseguente risarcimento dei danni svolta da parte attrice, incombe in capo alle strutture convenute l'onere di provare il diligente adempimento ex art. 1176 co. 2 cc dell'obbligazione, idoneo a soddisfare l'interesse del creditore o, in alternativa, l'impossibilità sopravvenuta della prestazione derivante da causa a lui non imputabile ai sensi dell'art. 1218 cc. Si precisa a tal proposito che la diligenza specifica richiesta, che in tali ipotesi assume le vesti della c.d. perizia, "configura sia un criterio di imputazione dell'inadempimento sia un criterio di determinazione del contenuto della prestazione" (cfr. Cass. n. 665/1999). Tale impostazione consente di escludere dal contenuto della prestazione oggetto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

dell'obbligazione sanitaria il conseguimento del risultato voluto dal paziente, e ciò non tanto in derivazione del fatto che l'attività medica rappresenta un'obbligazione di mezzi tout court, così come sostenuto a lungo dalla giurisprudenza ma, piuttosto, in ragione della natura peculiare dell'attività medica in sé, che si presenta sempre come un'obbligazione al contempo di mezzi e di risultato, e nella quale è sempre possibile cogliere un risultato dovuto. Tale risultato, tuttavia, non si sostanzia nella guarigione clinica quanto, piuttosto, nel complesso di cure atte alla guarigione, sinteticamente definibili come "buona cura", secondo il parametro di diligenza richiesto. Logica conseguenza, derivante dalla complessiva ricostruzione del contenuto della prestazione medica idonea a soddisfare l'interesse del paziente/creditore, è a questo punto quella per cui non sussiste una sostanziale coincidenza tra il risultato inteso come buona cura e la soddisfazione dell'interesse alla guarigione perseguito dal paziente, poiché tra i due possono frapporsi e interagire fattori non sempre controllabili dall'operato umano.

L'accertamento della dinamica del fatto degli interventi, nel caso di specie, è stato effettuato con l'ausilio del parere tecnico di un Ctu, nominato – anche nel presente giudizio, in aggiunta alla consulenza già espletata in sede di atp - al preciso scopo di indagare sull'esecuzione della prestazione operatoria, al fine di consentire al Tribunale di effettuare una valutazione giuridica consapevole circa il rispetto del canone di diligenza richiesto dalla norma.

La perizia espletata nel corso del giudizio ha riguardato la valutazione in ordine all'intervento di artrodesi con barre e viti L4 -L5 effettuato nel gennaio 2012 presso *CP_3* ad opera del prof. *CP_5* (che era stato preceduto, nel luglio 2008, da intervento di stabilizzazione spinosa con dispositivi elastici L2 -L5 effettuato già dal prof. *CP_5* ma presso altra struttura), l'intervento di impianto di distanziatore interspinoso L5 -S1 del luglio 2016 e l'intervento di artrodesi con barre e viti L3 -S1 dell'ottobre 2016, entrambi effettuati presso *CP_1*

I risultati cui è giunto il nominato consulente insieme agli ausiliari, che questo giudice ritiene di dover integralmente richiamare e condividere in quanto immuni da vizi logici e suffragati da opportuni richiami alla letteratura medica, hanno portato a far ritenere responsabili dei danni patiti dalla *Pt_1* *[...]* gli odierni convenuti. Infatti, il consulente nominato conclude che: "sussistono profili di colpa a carico dei sanitari di *CP_3* (Prof. *CP_5* che hanno avuto in cura la Sig.ra *Parte_1* per overtreatment in occasione dell'intervento neurochirurgico di gennaio 2012. Hanno insistito nel trattamento di una presunta instabilità lombare non dimostrata anziché limitarsi a rimuovere il sistema di distrazione interspinosa, a praticare la microdiscectomia L4 -L5 e la foraminotomia. Sussistono profili di colpa a carico dei Sanitari della *CP_1* per aver continuato in trattamenti chirurgici non necessari e quindi aver aggravato la situazione preesistente e favorito la spondilodiscite. Sussiste una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

responsabilità gestionale organizzativa dell' *Controparte_7* per non aver dimostrato di aver fatto tutto il possibile in tema di "infection controll".

Inoltre, su richiesta di riesame della documentazione allegata da *CP_1* per rivalutare, alla luce di quanto documentato, la idoneità o meno delle procedure messe in atto nella prevenzione delle ICA, si conferma che la *CP_1* non ha fornito la "prova liberatoria" di avere organizzato un efficace sistema di controllo delle infezioni ospedaliere, limitandosi ad allegare "per lo più di protocolli, procedure, documenti di indirizzo, articoli sulle ICA…" ma "non dimostra di avere costruito nel tempo un efficace sistema di "control infection" ".

Le conclusioni del Ctu depongono, quindi, per la sussistenza della responsabilità medica delle strutture convenute e del medico chiamato in causa e, pertanto, le domande proposte dall'attrice sono da accogliersi.

Ciò posto in punto di an e passando al profilo del quantum, va evidenziato che il CTU ha correttamente fatto riferimento al danno "incrementativo" ossia di un danno "da aggravamento": la non corretta esecuzione degli interventi da parte della *Controparte_11* e della *CP_1* (oltre che del dott. *CP_5* hanno, di fatto, aggravato le condizioni della paziente spostando il grado di invalidità che sarebbe residuato in capo alla stessa laddove l'intervento fosse stato eseguito correttamente.

A tal riguardo, il CTU ha rappresentato che "La valutazione del danno residuato, interessando un sistema anatomo-funzionale unico, deve essere necessariamente unitaria essendo i postumi residuati inscindibili. Una volta accertato il danno complessivo unitario può essere addebitato percentualmente alle parti.

A dicembre 2011 (prima dell'intervento chirurgico di gennaio 2012) la paziente era già in una condizione clinica di patologia discale 2° classe (voce 326 Tabella Simla) valutabile in un range che va dal 6% al 12%. Nel caso in esame si può stimare un danno biologico permanente del 12%.

Nella valutazione del danno complessivo residuato allo stato nella paziente si tiene conto della patologia discale lombare 3° classe (voce 327 Tabella SIMLA range valutativo 13%-20%), degli esiti della chirurgia artrodesica lombare (codice menomazione SIMLA 322, range valutativo 12-20%) e del disturbo cronico dell'adattamento (codice menomazione SIMLA 17 range valutativo 6-10% attribuibile 6%).

Trattandosi di menomazioni plurime monocrone, con impatto invalidante in parte sovrapponibili, non si procede alla semplice sommatoria delle percentuali previste bensì ad una valutazione complessiva che ha come riferimento le valutazioni tabellari dei singoli danni e la globale incidenza sulla integrità psico-fisica del leso. Nel caso in esame, seguendo la criteriologia sopra richiamata, si realizza un danno biologico permanente valutabile nella misura del 32%.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

Poiché a dicembre 2011 preesisteva una riduzione dell'integrità psicofisica valutabile in termini di danno biologico permanente nella misura del 12%, il danno biologico permanente risarcibile va valutato nella misura del 20% con danno incrementativo dal 13% al 32%. Il maggior danno del 20% va suddiviso in parti uguali tra *Controparte_3* e *Controparte_7* "

Sulla quantificazione di tale tipologia di danno è, di recente, intervenuto un recente arresto dei giudici di legittimità che, con la sentenza n. 28986/2019, confermata anche da Cass. n. 17555/2020 ha stabilito che "in tema di liquidazione del danno alla salute, l'apprezzamento delle menomazioni preesistenti "concorrenti" in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto stimando, prima, in punti percentuali l'invalidità complessiva, risultante cioè dalla menomazione preesistente sommata a quella causata dall'illecito e poi quella preesistente all'illecito, convertendo entrambe le percentuali in una somma di denaro, con la precisazione che in tutti quei casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di condurre una vita normale lo stato di invalidità anteriore al sinistro dovrà essere considerato pari al cento per cento; procedendo infine a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto".

Mentre, per quanto attiene all'invalidità temporanea, il CTU ha stimato "a carico di *CP_3* va riconosciuto un periodo di inabilità temporanea biologica totale di giorni 30 e un periodo di inabilità temporanea biologica parziale al 50% di giorni 30 a seguito dell'intervento chirurgico del gennaio 2012. A carico di [redacted] va riconosciuto un periodo di inabilità temporanea biologica totale di giorni 30, un periodo di inabilità temporanea biologica parziale al 50% di giorni 30 e al 40% di giorni 210 a seguito dei trattamenti chirurgici inutili e all'insorgenza della spondilodiscite".

Per quanto attiene all'invalidità permanente, dovrà, quindi, calcolarsi l'entità del danno al 32% e sottrarsi il danno quantificato al 12%.

In questa prospettiva bisogna muovere dai valori minimi previsti dalle tabelle milanesi per il 2024.

Con riferimento a un grado di invalidità assimilabile a quello della *Pt_1* quasi quarantaseienne al momento del ricovero presso la *Controparte_11*, i relativi parametri indicano in € 5.246,57 l'ammontare del punto base di invalidità in caso di danno al 32% e in € 2.851,87 l'ammontare del punto base di invalidità in caso di danno al 12%.

L'importo relativo a ogni giorno di inabilità temporanea assoluta viene liquidato, nella misura forfetaria minima di € 115,00.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

Tenuto conto dei postumi accertati dal CTU, del valore del richiamato punto di invalidità e dell'età dell'infortunata, il danno alla salute di carattere permanente subito dall'istante può essere quantificato, ai valori minimi, in € 130.115,00 in caso di danno al 32% e in € 26.522,00 in caso di danno al 12%. La differenza tra i due valori sarà, quindi, pari ad € 103.593,00, cui si deve sommare la cifra dovuta per l'invalidità temporanea rispettivamente a carico della clinica *CP_3* (pari ad € 5.175,00) e a carico della *CP_1* (pari ad € 14.835,00).

Il CTU ha, inoltre, rappresentato che i postumi subìti "non incidono infine in concreto su altre attività non lavorative che esulino dalle normali attività esistenziali ma che, comunque, incidono sulla sua attività di casalinga. È, perciò, ragionevole ritenere che le lesioni abbiano provocato ripercussioni nella vita quotidiana in grado di giustificare il riconoscimento in favore dell'infortunata di un importo aggiuntivo pari al 15% dei valori minimi contemplati del sistema tabellare milanese.

Il danno alla salute dipeso dall'evento equivale, pertanto, a € 119.131,95 [(€ 103.593,00 x 15): 100 + € 103.593,00].

La potenziale integrazione della fattispecie delittuosa delle lesioni colpose, tale da far presumere l'insorgenza di una più accentuata sensazione di dolore in occasione degli interventi cui la *Pt_1* fu sottoposta, giustifica l'aumento del 30% delle voci risarcitorie appena considerate a titolo di danno morale. Il relativo pregiudizio in termini monetari corrisponde a € 35.739,58 (€ 119.131,95 x 30%). Il danno non patrimoniale patito dall'attrice, pertanto, ai valori attuali va quantificato in € 154.871,53 (€ 119.131,95 + € 35.739,58).

Sulla tale somma riconosciuta a titolo di risarcimento del danno, devalutata alla data dell'evento iniziale (14.1.2012) e pari, pertanto, ad € 123.897,22 dovranno calcolarsi gli interessi e rivalutazione a partire dalla data dell'evento iniziale e fino alla data odierna, pari a € 26.642,70, cosicchè, il danno complessivamente riconosciuto in sede civilista a *Parte_1* a titolo di danno non patrimoniale per invalidità permanente, ammonta ad € 181.514,23, già comprensivo di interessi e rivalutazione alla data del deposito del presente provvedimento. Dalla data del deposito e fino all'effettivo soddisfo decorrono, invece, gli interessi legali.

Tale somma dovrà essere sopportata in solido tra la *Controparte_11* e l *Controparte_7* in pari quota per quanto attiene ai rapporti interni.

Quanto all'azione cd. di regresso anticipato svolta da *CP_3* nei confronti del dott. *CP_5* va rilevato che essa presuppone il già avvenuto accertamento della responsabilità di entrambi i condebitori, la qual cosa nel caso concreto è stata svolta nei passaggi precedenti con esito positivo in ordine sia alla sussistenza della responsabilità del dr. *CP_5* sia alla responsabilità della struttura

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

per quanto concerne l'organizzazione, la gestione e il controllo sulla preparazione dei sanitari che a qualsiasi titolo svolgano le proprie prestazioni all'interno della stessa.

L'azione di regresso riguarda, quindi, i rapporti interni fra i condebitori secondo quanto disposto dall'art. 1299 c.c. in materia di disciplina generale delle obbligazioni solidali (Trib. Bergamo, n. 2280/2017).

Ciò posto, il danno alla salute provocato al paziente dal medico che opera (come dipendente o anche solo come collaboratore) all'interno dell'organizzazione di una struttura sanitaria privata costituisce un rischio tipico dell'attività di tale impresa, che compie scelte ed organizza autonomamente le risorse materiali ed umane di cui deve necessariamente dotarsi per poter adempiere le prestazioni oggetto dei contratti di spedalità che conclude con i pazienti. Sicché, nel caso in cui il medico di cui si è avvalsa la struttura ospedaliera abbia eseguito un intervento chirurgico inadeguato, causativo di un danno all'integrità psicofisica del paziente, la concorrente responsabilità dell'istituto di cura consiste nel non avere esercitato un adeguato e preventivo controllo sulla preparazione professionale dei medici che lavorano (a qualsiasi titolo) presso l'ente stesso, controllo il cui adempimento rientra negli specifici obblighi gravanti sulla struttura ospedaliera, quale soggetto tenuto alla complessiva gestione ed organizzazione dell'impresa sanitaria (in tal senso Tribunale di Milano n. 4155/2014 e n. 12511/2016).

Ne consegue che la domanda di regresso svolta da *CP_3* può essere solo parzialmente accolta nella misura del 50% (della quota di responsabilità imputabile a *CP_3*), stante la presunzione di parità della colpa di cui all'art. 2055 c.c. e di parità delle obbligazioni fra condebitori sociali di cui all'art. 1298 c.c., poiché la prestazione sanitaria causativa del danno da parte del medico è stata svolta all'interno della struttura ospedaliera con il consenso e la consapevolezza di quest'ultima.

Alla somma dovuta in solido tra *CP_3* e la *CP_1* a titolo di danno non patrimoniale per invalidità permanente, deve sommarsi, quanto a *CP_3* la somma dovuta per l'invalidità temporanea, pari ad € 5.175,00 e le spese mediche a questi imputabili secondo il CTU, pari ad € 1.347,62, per un totale di € 6.522,62.

Su tale somma, devalutata alla data dell'evento (14.1.2012) andranno calcolati interessi e rivalutazione, pari ad € 1.122,10. Ne deriva che *CP_3* sarà tenuta, inoltre, al risarcimento della somma di € 7.644,72 già comprensiva di interessi e rivalutazione. Dalla data del deposito del presente provvedimento e fino all'effettivo soddisfo decorrono, invece, gli interessi legali.

Alla somma dovuta in solido tra *CP_3* e la *CP_1* a titolo di danno non patrimoniale per invalidità permanente, deve sommarsi, quanto all' *Controparte_7* , la somma dovuta per l'invalidità temporanea, pari ad € 14.835,00 e le spese mediche a questi imputabili secondo il CTU, pari ad € 3.945,96, per un totale di € 18.780,96.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

Su tale somma, devalutata alla data dell'evento (11.10.2016) andranno calcolati interessi e rivalutazione, pari ad € 2.216,78. Ne deriva che la [redacted] sarà tenuta, inoltre, al risarcimento della somma di € 20.997,74 già comprensiva di interessi e rivalutazione. Dalla data del deposito del presente provvedimento e fino all'effettivo soddisfo decorrono, invece, gli interessi legali.

Per quanto attiene alle spese future, il CTU ha rilevato che "è possibile che la perizianda abbia bisogno di terapie riabilitative e/o protesiche ma queste sono erogate di norma dal SSR, salvo eccezionali prestazioni extra LEA, che allo stato non sono prevedibili".

L'attrice ha, infine, diritto a vedersi rimborsate le spese sostenute per il procedimento per A.T.P. per € 6.090,40 e le spese sostenute per la difesa legale (in applicazione del D.M. 55/2014) e tecnica di parte, relative a tale fase, liquidate come da dispositivo.

Non essendo stata proposta tempestivamente domanda alla perdita di capacità di lavoro specifica, la stessa non può essere oggetto di valutazione.

Venendo, infine, all'esame dei rapporti tra il dott. *CP_5* e la terza chiamata *[...] CP_6* il terzo chiamato *CP_5* ha rappresentato di aver stipulato con la *Controparte_12* la polizza n. [redacted] a copertura dei rischi professionali connessi alla responsabilità civile per un massimale pari a € 2.000.000,00 e dalla quale, pertanto, ha chiesto di essere manlevato, avendo tale polizza copertura dal 2.12.2011 al 2.12.2012 ed essendo l'intervento chirurgico della *Pt_1* risalente al 16.01.2012.

Al riguardo, va dichiarata l'inoperatività della polizza assicurativa stipulata dall *CP_5* la quale prevedeva la forma del "claim made", ossia esplicava la propria validità unicamente per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta dall'assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione a condizione che tali richieste fossero conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante lo stesso periodo di assicurazione (art. 16 condizioni di assicurazione).

In altre parole, si prevede un duplice limite: da un lato la denuncia deve ricadere nel periodo di operatività della polizza e, dall'altro lato, deve riferirsi a fatti e comportamenti colposi posti in essere dall'assicurato durante il medesimo periodo di assicurazione.

Va, anzitutto, rilevato che la Cassazione ha stabilito – in via generale - che "la clausola "claims made" inserita in un contratto di assicurazione della responsabilità civile stipulato da un'azienda ospedaliera, per effetto della quale la copertura esclusiva è prestata solo se tanto il danno causato dall'assicurato, quanto la richiesta di risarcimento formulata dal terzo, avvengano nel periodo di durata dell'assicurazione, è un patto atipico immeritevole di tutela ex art. 1322, comma 2, c.c., atteso che realizza un ingiusto e sproporzionato vantaggio dell'assicuratore, e pone l'assicurato in una condizione di indeterminata e non controllabile soggezione" (Cass. n. 10506/2017).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

Il dott. *Pt_5* fin dalla prima memoria, avrebbe sollevato la violazione dell'art. 1341 c.c. della limitazione operata dalla clausola in questione. Tale norma prevede la nullità della clausola, unilateralmente predisposte e non espressamente approvate per iscritto, che prevedano "limitazioni di responsabilità" del predisponente, limitazione che ricorre quando il patto contrattuale riduca gli obblighi posti a carico di quello o dalla legge, o da altre clausole contrattuali.

Tuttavia, la Cassazione, con la sentenza richiamata (n. 10506/2017) ha ritenuto che tale violazione non sussisterebbe, sia perché non esiste una clausola "claim's made tipica", se non sul piano della c.d. tipicità commerciale; sia perché il parametro di valutazione della vessatorietà d'una clausola riduttiva della responsabilità del predisponente può essere solo la legge o un patto contrattuale concreto e contenuto nel medesimo contratto. Ciò nonostante, nella medesima pronuncia, la Cassazione ha sostenuto, facendo richiamo ai principi già stabiliti dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 9140 del 6 maggio 2016, che dette clausole debbano essere sottoposte ad un sindacato in concreto sulla meritevolezza, avuto riguardo al "risultato" finale perseguito.

Le Sezioni Unite, infatti, con la pronuncia richiamata, avevano stabilito che: (a) la clausola claim's made, nella parte in cui consente la copertura di fatti commessi dall'assicurato prima della stipula del contratto, non è nulla, e non rende nullo il contratto di assicurazione per inesistenza del rischio, ai sensi dell'art. 1895 c.c.; (b) la clausola claim's made, nella parte in cui subordina l'indennizzabilità del sinistro alla circostanza che il terzo danneggiato abbia chiesto all'assicurato il risarcimento entro i termini di vigenza del contratto, delimita l'oggetto di questo, e non la responsabilità dell'assicuratore, e di conseguenza non è vessatoria; (c) la clausola claim's made, pur non essendo vessatoria, potrebbe tuttavia risultare in singoli casi specifici non diretta a "realizzare interessi meritevoli di tutela secondo l'ordinamento giuridico", ai sensi dell'art. 1322 c.c..

I giudici di legittimità hanno, poi, rilevato che tale valutazione debba essere compiuta in concreto e non in astratto, valutando:

(c') se la clausola subordini l'indennizzo alla circostanza che sia il danno, sia la richiesta di risarcimento da parte del terzo avvengano nella vigenza del contratto;

(c") la qualità delle parti;

(c") la circostanza che la clausola possa esporre l'assicurato a "buchi di garanzia".

Ebbene, la clausola claim's made in questione, non può ritenersi immeritevole di tutela ex art.1322 c.c., poiché, a differenza del caso affrontato dalla Cassazione nella sentenza n. 10506/2017, in cui, invece, si escludeva il diritto all'indennizzo per i danni causati dall'assicurato in costanza di contratto ma dei quali il terzo danneggiato avesse chiesto il pagamento dopo la scadenza del contratto (c.d. "le richieste postume"), nell'ipotesi per cui è causa, la limitazione non afferirebbe a "richieste postume" ma a

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

“eventi pregressi” rispetto la stipulazione della polizza non creando, quindi, alcun buco di garanzia proprio perché detti eventi sono coperti dalla vigenza di altra polizza assicurativa o, comunque, dall’estensione della garanzia anche ad eventi colposi occorsi fino a 60 mesi prima dalla data di decorrenza della polizza in questione.

Il terzo chiamato *CP_5* si duole, poi, della nullità clausola claims made, adducendo che la medesima realizzerebbe uno squilibrio tra gli obblighi e i diritti delle parti, perché circoscriverebbe temporalmente la garanzia postuma, escludendo tutti i danni che non vengano denunciati nel periodo di copertura della polizza venendo a determinare “un buco di copertura assicurativa”.

La nullità della clausola in questione deriverebbe dal fatto che, nell’escludere le richieste postume, verrebbe elusa la causa concreta del contratto ponendo l’assicurato in una posizione di indeterminata soggezione rispetto all’altra.

Tale clausola, infatti, fa dipendere la prestazione dell’assicuratore della responsabilità civile non solo da un evento futuro ed incerto ascrivibile a colpa dell’assicurato ma, altresì, da un ulteriore evento futuro ed incerto dipendente dalla volontà del terzo danneggiato: la richiesta di risarcimento.

La questione, nello specifico, e financhè le stesse argomentazioni addotte dall’assicurato a sostegno delle proprie tesi e fondate, sostanzialmente sull’assenza di una clausola di ultrattività, sono state oggetto di valutazione da parte della Corte di Cassazione nella recente pronuncia n. 15447/2025, in cui i giudici di legittimità hanno affermato che le prese di posizione, utilizzate dall’attrice a sostegno delle proprie tesi, “sono state duramente criticate dalla dottrina che le ha ritenute contrastanti con la pronuncia delle Sezioni Unite di appena un anno prima (Cass., Sez. Un., 6/06/2016, n. 9140), la quale aveva ritenuto necessario un accertamento caso per caso e non sanzionabile con una declaratoria di indifferenziata immeritevolezza la clausola claims made che non contemplasse anche una garanzia postuma, ossia una previsione che garantisse l'assicurato anche per le denunce pervenute per un più o meno ampio periodo successivo alla scadenza del contratto, e tale da rinnegare l’utilità del ricorso alla clausola claims made, perché l’assicuratore si troverebbe esposto ad una obbligazione di garanzia ben più ampia di quella prevista dal comma 1° comma dell’art. 1917 cod.civ., e sono state superate dalla giurisprudenza successiva – v. Cass., Sez. Un., n. 22437/2018 – che ha escluso che la mera mancata previsione di una sunset clause porti alla nullità per difetto di causa concreta. In particolare, ha sottolineato, ai fini che qui interessano, che la stessa legislazione di settore presenta <<multiformi calibrature, modellando l'assicurazione "claims made" secondo varianti peculiari (ad es., la deeming clause e/o la sunset clause) anche tra loro interagenti, così da mostrare una significativa elasticità di adattamento rispetto alla concretezza degli interessi da soddisfare. Sillogismo che connette atipicità della clausola claims made "pura" e sua validazione ordinamentale, senza scendere nel concreto della

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

peculiare vicenda contrattuale dedotta in giudizio" e confermato l'impianto della precedente pronuncia n. 9140/2016, recuperando le argomentazioni ivi svolte, sebbene nell'ottica superata del giudizio di meritevolezza dell'esercizio dell'autonomia privata, "le quali non evaporano per il solo fatto che quel giudizio più non si imponga come tale">>.

Il fatto che nel contratto fosse prevista una clausola claims made impura, destinata ad operare con riferimento a comportamenti dell'assicurato rientranti nel periodo di efficacia della polizza e purchè le richieste risarcitorie fossero nello stesso periodo di vigenza della polizza, non implica di per sé una mancanza di corrispettività tra premio e diritto all'indennizzo e l'assenza di una cd. sunset clause non rende di per sé il contratto nullo per difetto di causa in concreto, come evidenziato dalla Corte di Cassazione nella recente pronuncia del 2025.

La valutazione dell'equilibrio sinallagmatico del contratto, che attiene all'assetto dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto, deve valutarsi al momento della stipulazione del negozio.

A tal fine, deve rilevarsi che nel contratto per cui è causa, è prevista la retroattività della copertura assicurativa anche a fatti commessi fino a 60 mesi prima della data di decorrenza della polizza, solo nel caso in cui il rischio sia già stato assicurato, senza soluzione di continuità, con altre polizze precedentemente stipulate dal contraente/assicurato con la società e sempre che le richieste di risarcimento siano state presentate, per la prima volta all'assicurato, nel periodo di efficacia della polizza così ampliando, da un lato, il contenuto dell'obbligazione indennitaria a vantaggio dell'assicurato, rispetto al modello classico dell'assicurazione contro i danni, poiché la copertura assicurativa richiede che la richiesta di risarcimento sia inoltrata nel periodo di vigenza della polizza, anche per fatti antecedenti la stipulazione del contratto, consentendo di tener conto del dato fenomenologico per cui, in ambito professionale, è frequente che l'errore causativo del danno non sia immediatamente percepibile dal danneggiato.

Alla retroattività così estesa non si affianca, nella specie, anche l'ultrattività della polizza essendo condizione necessaria che la richiesta risarcitoria pervenga entro il periodo di vigenza della polizza.

L'equilibrio sinallgmatico, rimesso alla volontà delle parti che, in ragione del premio pagato possono modulare con la previsione di altre clausole, la copertura assicurativa, risulta quindi rispettato: da un lato, l'assicuratore si accolla, a determinate condizioni, il rischio di coprire eventi dannosi cagionati fino a ben 60 mesi prima rispetto alla data di vigenza della copertura assicurativa e, dall'altro lato, limita temporalmente la stessa alle sole richieste risarcitorie che siano intervenute entro il periodo di vigenza della polizza.

Tale tipologia di contratto è caratterizzata, quindi, dalla maggiore alea per l'assicurato di vedersi non indennizzati i sinistri che vengono a verificarsi in prossimità della scadenza della polizza (qualora entro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

tale termine non venga altresì formulata la richiesta risarcitoria), a fronte della maggiore alea che grava sull'assicuratore per eventuali richieste risarcitorie presentate dopo l'inizio della efficacia del contratto, per sinistri occorsi anteriormente ad essa.

A prescindere dalla congruità dell'ampiezza del termine di retroattività previsto, non sono stati forniti adeguati elementi per affermare che l'intenzione delle parti fosse quella della previsione di una clausola ultrattiva che coprisse l'assicurato anche per le richieste risarcitorie pervenute dopo il periodo di efficacia della polizza.

In tale contesto, alla luce dei principi enunciati dalla Suprema Corte, come sopra richiamati, va esclusa ogni arbitrarietà nella regolamentazione del sinallagma contrattuale, nel quale la clausola on claims made dinanzi richiamata è pienamente valida ed efficace.

L'esclusione di una garanzia postuma (ossia riferita a fatti denunciati dal terzo danneggiato dopo il periodo di validità della polizza) non costituisce una limitazione eccessivamente riduttiva dell'obbligo indennitario, siccome controbilanciata dalla previsione di un periodo retroattivo, sicché nella specie non risulta snaturata l'essenza del contratto di assicurazione per la responsabilità civile.

Deve, pertanto, escludersi l'operatività della polizza stipulata tra il dott. *CP_5* e *[...]* *Controparte_6* con assorbimento di ogni ulteriore questione al riguardo.

Le spese di lite del presente giudizio, liquidate come da dispositivo, seguono la soccombenza.

Le spese di lite tra la convenuta *CP_3* e il dott. *Controparte_5* stante il parziale accoglimento della domanda di parte convenuta *CP_3* sono da compensarsi tra le parti.

Stante l'inoperatività della polizza assicurativa, le spese di lite tra il dott. *CP_5* e la *CP_10* assicurazioni sono da porsi a carico del dott. *Controparte_5* e sono liquidate come da dispositivo.

Le spese di CTU sono poste definitivamente a carico dei convenuti e terzi chiamati soccombenti (ad esclusione, quindi, della *Controparte_13*).

P.Q.M.

il Tribunale di Isernia, definitivamente pronunciando sulla domanda in epigrafe, ogni diversa domanda, eccezione e deduzione disattese, così provvede:

1) Accoglie le domande avanzate da *Parte_1* e, per l'effetto, condanna *Controparte_3* *[...]* e l' *Controparte_8* , in solido tra loro e in pari quota per quanto attiene ai rapporti interni, al risarcimento della somma di € 181.514,23, a titolo di danno non patrimoniale per invalidità permanente, già comprensiva di interessi e rivalutazione alla data del deposito del presente provvedimento. Dalla data del deposito e fino all'effettivo soddisfo decorrono, invece, gli interessi legali;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828

2) Condanna *Controparte_3* e l' *Controparte_7*, in solido tra loro e in pari quota per quanto attiene ai rapporti interni, al risarcimento della somma di € 6.090,40 a titolo di spese sostenute per il procedimento per A.T.P.;
3) Condanna *Controparte_3*, al risarcimento dell'ulteriore somma di € 7.644,72 a titolo di invalidità temporanea e spese mediche, già comprensiva di interessi e rivalutazione. Dalla data del deposito del presente provvedimento e fino all'effettivo soddisfo decorrono, invece, gli interessi legali.
4) Condanna l' *Controparte_7*, al risarcimento dell'ulteriore somma di € 20.997,74 a titolo di invalidità temporanea e spese mediche, già comprensiva di interessi e rivalutazione. Dalla data del deposito del presente provvedimento e fino all'effettivo soddisfo decorrono, invece, gli interessi legali;
5) Condanna il prof. *Controparte_5* a rifondere a *Controparte_3* quanto da questa pagato in esecuzione dell'emananda sentenza, nella misura del 50% della quota imputabile a *CP_3* a titolo di risarcimento del danno;
6) Dichiara l'inoperatività della polizza n. [redacted] stipulata tra *Controparte_5* e *Controparte_6*
7) Condanna *Controparte_3* e *Controparte_7*, in solido tra loro, al pagamento delle spese di lite in favore di *Parte_1*, relative al giudizio di ATP, che si liquidano in € 3.827,00 oltre IVA se dovuta, CPA e spese generali come per legge;
8) Condanna *Controparte_3* e *Controparte_7*, in solido tra loro, al pagamento delle spese di lite in favore di *Parte_1* relative al presente giudizio, che si liquidano in € 14.103,00 oltre IVA se dovuta, CPA e spese generali come per legge e oltre ad € 286,00 per esborsi;
9) Compensa le spese di lite tra *Controparte_3* e il dott. *Controparte_5*
10) Condanna il dott. *Controparte_5* al pagamento delle spese di lite in favore della società *Controparte_6*, che si liquidano in € 14.103,00 oltre Iva se dovuta, CPA e spese generali come per legge;
11) Pone le spese della CTU espletata nel presente giudizio definitivamente a carico solidale di *Controparte_3*, *Controparte_7* e dott. *Controparte_5* in solido tra loro e in pari quota per quanto attiene ai rapporti interni.

Isernia, lì 24.2.2026

Il Giudice

Dott.ssa Simona Di Paolo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-828