



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
PRIMA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Anna Bellesi
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **21844/2022** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il
patrocinio dell'avv. [REDACTED] e dell'avv.
[REDACTED] elettivamente domiciliato presso quest'ultima in Monza, [REDACTED]

ATTORE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio
dell'avv. [REDACTED] presso il quale è elettivamente [REDACTED]

Controparte_2 (C.F. *C.F._2*), con il patrocinio dell'avv.
[REDACTED] presso la quale è elettivamente [REDACTED]

Controparte_3
(C.F. *P.IVA_2*), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED] e dell'avv.
[REDACTED] elettivamente [REDACTED]
presso l'avv. [REDACTED]

CONVENUTI

Oggetto: responsabilità professionale

CONCLUSIONI

ATTORE:

“• in via principale e nel merito:

- accertare e dichiarare, previa ogni opportuna declaratoria di risoluzione del contratto intercorso tra le parti, che il danno subito dalla Sig. *Parte_2* [...] è riconducibile al comportamento colposo e comunque alla violazione degli obblighi contrattualmente assunti dalla *Controparte_1* e dal Dott. *Controparte_2* e per l'effetto condannare questi ultimi, in solido tra loro, al risarcimento del danno, patrimoniale e non patrimoniale, subito dal ricorrente, quale erede universale della Sig.ra *Parte_2* nella misura di Euro € 136.127,88=, salva diversa somma che verrà riconosciuta in corso di causa, oltre gli interessi e la rivalutazione monetaria;

- rigettare le domande avanzate dai convenuti *Controparte_4* e Dott. [...] *CP_2* con riferimento al concorso colposo della sig.ra *Parte_2*, siccome infondate.

• In via istruttoria:

1. Vero che la Sig.ra *Parte_2* era iscritta all'Albo dei Consulenti Tecnici Traduttori presso il Tribunale di Milano quale interprete;
2. Vero che in data 11 settembre 2017 veniva rilasciata dalla Commissione Medica per l'Accertamento della Invalidità Civile il certificato che riconosceva alla sig.ra *Parte_2* un'invalidità pari al 50%, come da documento che si rammostra al teste (doc. 5);
3. vero che la Sig.ra *Pt_2*, a seguito dell'intervento avuto nel 2014 e del successivo e relativo percorso clinico sanitario presso Case di Cura [REDACTED] ed Ospedali, doveva prendere il taxi per recarsi alle visite che le venivano prescritte, poiché priva di auto adeguata alla sua condizione sanitaria, come da documento che si rammostra al teste (doc. 6);
4. vero che la Sig.ra *Pt_2* a causa della sua invalidità, veniva sottoposta ad un esame di riclassificazione della patente di guida presso la Commissione Medica ASST [REDACTED] in data 16.9.2017, come da documento che si rammostra al teste (doc. 7);
5. vero che la sig.ra *Pt_2* poteva guidare, a causa della sua invalidità, solo auto con il cambio robotizzato, potendo utilizzare solo il piede destro;
6. vero che la sig.ra *Pt_2* acquistava da [REDACTED] l'auto Fiat 500tg. [REDACTED] con le modifiche necessarie per poterla guidare, come da documento che si rammostra al teste (doc. 8);

7. vero che all'auto veniva applicata l'IVA agevolata prevista per i casi di disabilità, come da documento che si rammostra al teste (doc.9)
8. vero che la nuova autovettura richiedeva l'integrazione dell'assicurazione, come da documento che si rammostra al teste (doc.10);
9. vero che a seguito dell'intervento del 2014 e della successiva degenza la sig.ra *Pt_2* ha avuto un crollo degli incarichi da parte del Tribunale di Milano a causa della sua invalidità;
10. vero che il sig. *Parte_1* dal 2010 si era trasferito a Londra per ragioni di lavoro;
11. vero che dal momento del primo intervento del giugno 2014 il sig. *Parte_1* tornava in Italia per accudire la madre anche quando questa si trovava in degenza alla Casa di Cura [REDACTED]
12. vero che nell'arco temporale da 4.7.2014 al 22.12.2018, il sig. *Parte_1* da Londra si recava in Italia per far visita alla madre per poi fare ritorno sempre a Londra come da documenti che si rammostrano al teste (doc. 11);
14. vero che quando il sig. *Parte_1* si trovava all'estero per lavoro, e la sig.ra *Pt_2* era ricoverata, la sig.ra *Pt_3* si recava presso il luogo di ricovero della sig.ra *Pt_2* per accudirla e aiutarla nella gestione della sua persona;
15. vero che quando la sig.ra *Pt_2* era convalescente in casa a seguito dell'intervento chirurgico, la sig.ra *Controparte_5* la aiutava nei lavori domestici;
16. vero che quando la sig.ra *Pt_2* era convalescente in casa a seguito dell'intervento chirurgico del 2014 e dei successivi ricoveri, la sig.ra *Parte_4* si recava con cadenza settimanale a far visita alla sig.ra *Pt_2* che accudiva, facendole la spesa e facendole compagnia.
17. vero che per ottenere la copia della cartella clinica della *Controparte_1* [...] il sig. *Parte_1* ha corrisposto l'importo di €100,00 come risulta dal documento che si mostra al teste (doc. 12);
18. vero che per ottenere la copia della cartella clinica dell'Ospedale [REDACTED] il sig. *Parte_1* ha corrisposto l'importo di €80,00 come risulta dal documento che si mostra al teste (doc. 13);
19. vero che per ottenere la copia del certificato di invalidità il sig. *Parte_1* ha corrisposto l'importo di € 90,00 come risulta dal documento che si mostra al teste (doc. 14);
20. Vero che nel corso delle operazioni peritali svolte nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis C.P.C. 40635 / 2019 R.G. del Tribunale di Milano – sezione prima civile- sono state accertate dai CTU Dott. *Persona_1* e Dott.ssa *Persona_2* nell'elaborato peritale del fascicolo di parte ricorrente le circostanze relative alla contrazione dell'infezione nosocomiale e delle errate diagnosi e cure successive nei confronti della Sig.ra *Parte_2* ad opera del Dott. *CP_2* e della *CP_1*

di *Controparte_1* come da documento che si rammostra al teste e di cui si chiede l'acquisizione (doc. 2);

21. vero che il sig. *Parte_1* ha corrisposto ai Consulenti del Tribunale Dott. *Per_1* e Dott.ssa *Per_2* nel procedimento ex art.696 bis c.p.c. l'importo di €. 6.326,00 come risulta dai decreti di liquidazione (doc. 15 e 16) e dalle ricevute che si mostrano al teste (docc. 17-20).

Si indicano come testi:

Sig.ra *Testimone_1*, [REDACTED] alla [REDACTED] su tutti i capitoli di prova;

Sig.ra *Testimone_2* su tutti i capitoli di prova;

Sig.ra *Parte_4* presso la sua residenza sita in [REDACTED] alla [REDACTED] su tutti i capitoli di prova;

Dott. *Testimone_3* presso Commissione Medica sita in Melegnano alla [REDACTED]

sul capitolo 2;

Testimone_4 presso [REDACTED] sita in Milano [REDACTED] sui capitoli di prova da 4 A 7;

Legale rappresentante o Titolare pro-tempore dell [REDACTED] sito in [REDACTED] sul capitolo di prova n. 8.

Sig. *Testimone_5* residente in [REDACTED] alla [REDACTED] sui capitoli da 10 a 12.

- A prova contraria:

si chiede ex art. 210 c.p.c. l'esibizione del nome del dipendente che riceve la posta il 22.2.2019, alla *Controparte_1* con ammissione del seguente capitolo di prova che dovrà essere sottoposta all'individuato dipendente:

- Vero che in data 22.2.2019 ho ritirato la raccomandata A/R inviata dallo Studio *CP_6* & [REDACTED] Avvocati [REDACTED] al Dott. *Controparte_2*.

Con vittoria di spese e compensi di lite anche del procedimento di istruzione preventiva.”

Controparte_1 :

“Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, *contrariis reiectis* e previe le declaratorie del caso, così giudicare: 1) IN VIA PRINCIPALE: Respingere ogni avversa pretesa dedotta nei confronti di *Controparte_7* in quanto destituita di fondamento in fatto ed in diritto; 2) IN VIA SUBORDINATA: Nella denegata e non creduta ipotesi di

accoglimento, anche parziale, delle avverse pretese dedotte nei confronti di [...] Controparte_7 accertare e dichiarare il concorso colposo della sig.ra Pt_2 ex art. 1227 c.c. rispetto ai danni dalla medesima sofferta e, in ogni caso, condannare il Dott. Controparte_2 a manlevare e tenere indenne Controparte_7 [...] di ogni somma che essa fosse eventualmente tenuta a versare in esecuzione dell'emananda sentenza, per fatto addebitabile esclusivamente a fatto del sanitario; 3) IN OGNI CASO: Con vittoria delle spese e competenze di lite.”

Controparte_2

“In via preliminare:

- Dato atto che la Controparte_1 non ha chiesto di essere autorizzata a chiamare in causa la propria compagnia assicurativa, ovvero la Controparte_8 con sede in Milano, [REDACTED] Autorizzare il Dott. Controparte_2 a chiamare in causa la suddetta compagnia assicurativa per essere da questa garantito e/o manlevato in ordine a tutte le domande attoree e Condannarla al pagamento di tutte le somme che a quest'ultimo fossero riconosciute come dovute a qualsiasi titolo dal Dott. [...]

CP_9

- Ordinare l'integrazione del contraddittorio ai sensi dell'art. 107 c.p.c. nei confronti della compagnia assicurativa della Controparte_1 dalla quale il Dott. Controparte_2 dovrà essere garantito e/o manlevato in ordine a tutte le domande attoree, Condannandola al pagamento di tutte le somme che a quest'ultimo fossero riconosciute come dovute dal Dott. Controparte_2 ;

Nel merito

Respingere le domande tutte proposte dal ricorrente / attore nei confronti del Dott. Controparte_2 , in quanto prescritte ed infondate in fatto ed in diritto, non essendo imputabile al medesimo alcuna responsabilità per i fatti di causa;

Dichiarare inammissibile e, comunque, Respingere la domanda di manleva proposta dalla Controparte_1 nei confronti del Dott. Controparte_2 ;

Respingere, in ogni caso, tutte le domande comunque proposte dalla Controparte_1 [...] nei confronti del Dott. Controparte_2 ;

- Dichiararsi tenuta la Controparte_1 a garantire e manlevare il Dott. Controparte_2 dalle domande attoree e, per l'effetto, Condannarla al pagamento di tutte le somme che a qualsiasi titolo, anche per interessi legali e spese, quest'ultimo fosse obbligato a versare all'attore

Nel caso in cui fosse accertato che la Signora Pt_2 ha subito danni alla persona a seguito della degenza e delle prestazioni della Controparte_1 di tutti i

professionisti che hanno ivi operato nelle équipes mediche che si sono succedute, dell'operato degli altri sanitari della *Controparte_10* dell' *CP_11* e del comportamento della Signora *Parte_2*, Determinare il ridotto grado di responsabilità del Dott. *Controparte_2* tenendo conto del concorso di responsabilità di tutti i sanitari della *Controparte_1* della *Controparte_10* dei sanitari della *CP_11* e del comportamento della Signora *Parte_2* come meglio descritto negli atti di causa, nella determinazione e/o nell'aggravamento dell'evento dannoso di cui è causa;

Dichiararsi tenuta la *Parte_5*, in persona del legale rappresentante pro-tempore, con sede in San Cesario (Mo), [REDACTED] a garantire e/o manlevare il Dott. *Controparte_2* in ordine alle domande del ricorrente/attore e della *Controparte_1* e, per l'effetto, Condannarla al pagamento di tutte le somme che – a qualsiasi titolo, anche per interessi e spese legali – quest'ultimo fosse tenuto a versare al Signor *Parte_1* e/o alla *Controparte_1* in forza della emananda sentenza;

Condannare la *Parte_5*, in persona del legale rappresentante pro-tempore, con sede in San Cesario (Mo), [REDACTED] a rifondere al Dott. *Controparte_2* i compensi e le spese per la propria difesa nel presente giudizio.

In via istruttoria,

- Disporre nuova CTU medico-legale o integrazione della CTU già effettuata, con incarico ad altro consulente, al fine di accertare la composizione delle differenti équipes mediche che si sono succedute nei tre interventi ai quali è stata sottoposta la ricorrente;

- Ammettere prova per testi ed interrogatorio formale del legale rappresentante della *Controparte_1* sui seguenti capitoli:

1) Vero che La *Controparte_1* è una struttura convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale, come risulta dagli elenchi che si rammostrano (docc. 2-3);

2) Vero che il Dott. *Controparte_2*, è uno dei numerosi ortopedici che presta la sua attività come libero professionista a favore della Casa *CP_1* *CP_1*

3) Vero che la *Controparte_1* eroga al paziente che viene ricoverato presso la sua struttura sita in Milano, [REDACTED] tutte le prestazioni di degenza, équipe medica, personale para- medico, personale ausiliario e sala operatoria;

4) Vero che il paziente che si reca presso la Struttura Sanitaria in regime di copertura con il SSN non può scegliere il professionista dal quale essere visitato, né scegliere il professionista dal quale essere operato;

- 5) Vero che la signora *Pt_2* si è rivolta alla *Controparte_1* in qualità di struttura convenzionata con il SSN, come risulta dalle cartelle cliniche prodotte quale doc. 1.2 del ricorrente *Parte_1* e dal documento n. 4 prodotto da questa difesa che si rammostrano;
- 6) Vero che sulla prima pagina di ognuna delle 4 cartelle cliniche in atti è riportata nella parte centrale a destra, in prossimità della dicitura “classe”, la sigla “SSN”, come risulta dal doc. 4 che si rammostra;
- 7) Vero che ad ognuna della cartelle cliniche di cui al capitolo 6) risulta allegata la prescrizione di ricovero rilasciata dal medico di base della Signora *Pt_2*, Dott. *Persona_3* come risulta dal doc. n. 4 che si rammostra);
- 8) Vero che tra la Signora *Parte_2* ed il Dott. *Controparte_2* non è mai intercorso un rapporto libero professionale;
- 9) Vero che il Dott. *CP_2* è titolare di uno studio in Milano, [REDACTED] presso il quale opera come medico ortopedico libero professionista;
- 10) Vero che il Dottor *Controparte_2* presta la sua attività professionale a favore della *Controparte_1* in qualità di medico chirurgo ortopedico senza vincoli di orario;
- 11) Vero che il Dottor *CP_2* riceve dalla Casa di Cura *CP_1* un compenso variabile commisurato alla attività prestata ed emette fattura nei confronti della struttura sanitaria;
- 12) Vero che il Dottor *CP_2* decide autonomamente i periodi di vacanza, senza preventiva richiesta di autorizzazione o convalida alla *Controparte_1*
- 13) Vero che il dottor *Controparte_2* ^{Co} sceglie autonomamente gli orari ed i giorni di presenza presso la Casa *CP_1* Cura in quanto medico chirurgo libero professionista;
- 14) Vero che il Dottor *CP_2* non deve vidimare alcun cartellino di presenza allorchè si reca presso la *Controparte_1*
- 15) Vero che il Dott. *Controparte_2* si è assentato da Milano per trascorrere le vacanze estive dall’1 agosto 2014 al 31 agosto 2014.
- Si indicano a testimoni: 1) *Testimone_6* ; 2) Domenica [REDACTED]

Non ammettere le richieste istruttorie formulate dalla *Parte_5* e dal ricorrente ed in caso di loro ammissione, ammettere la scrivente difesa alla prova contraria, con i medesimi testi indicati a prova diretta.

Non accogliere l'ordine di esibizione relativa ai fogli di presenza, alle fatture ed alle dichiarazioni dei redditi del Dott. *Controparte_2* ;

Ordinare alla *Controparte_1* l'esibizione ai sensi dell'art. 210 c.p.c. del Libro Unico del Lavoro per verificare che il Dott. *Controparte_2* non è alle dipendenze della struttura sanitaria.

Col favore delle spese e dei compensi del giudizio.”

Parte_5

“Piaccia all'Illustrissimo Tribunale adito, previa ogni pronuncia ritenuta di giustizia:

in via pregiudiziale/preliminare, dichiarare l'inammissibilità della azione promossa dall *Parte_6* nei diretti confronti di *Parte_5* ; con condanna del chiamante al pagamento delle spese;

con riferimento alla domanda promossa dall' *Parte_6* :

- in via principale, rigettare la domanda proposta nei confronti del dott. *CP_2* in quanto prescritta e/o infondata in fatto e diritto, sia in punto di anziché di quantum, anche ex art. 1227 c.c.;

- in via subordinata, nella denegata ipotesi di ritenuta responsabilità del Dott. *CP_2* da valutarsi esclusivamente ai sensi dell'art. 2043 e 2236 c.c., condannare la *Controparte_1* e il dott. *CP_2* previo accertamento delle loro percentuali di responsabilità nella vicenda XXXXXXXXXX della Sig.ra *Pt_2* , anche ex art. 1227 c.c., per le quote di rispettiva competenza, ovvero in solido tra loro, al risarcimento del danno in concreto accertato come direttamente ed immediatamente riconducibile all'accertato inadempimento;

con riferimento alla domanda di rivalsa/regresso promossa dall'Ospedale nei confronti del Dott. *CP_2*

- in via principale rigettare la domanda dell'Ospedale perché improponibile, improcedibile, inammissibile e/o infondata in fatto e diritto;

- in via subordinata, accogliere la domanda nei limiti e nella minor percentuale indicata in atti o nella diversa misura maggiore o minore che sarà ritenuta di giustizia;

quanto al rapporto assicurativo intercorrente tra *Parte_5* ed il Dott. *CP_2*

- in via principale, respingere la domanda, previo accertamento e dichiarazione dell'inesistenza dell'obbligo di indennizzo e/o del difetto di copertura assicurativa e/o della inoperatività della garanzia assicurativa in relazione ai fatti per cui è causa per tutti

i motivi esposti in atti e nella polizza, o comunque per l'estraneità della fattispecie dall'oggetto del contratto;

- in via subordinata, condannare la esponente compagnia assicurativa ad indennizzare l'assicurato nei limiti della quota di responsabilità a lui direttamente imputabile;

- in via di estremo subordine, nonché nella denegata ipotesi in cui la manleva di *Parte_5* non venga limitata alla quota di responsabilità direttamente ascrivibile al Dott. *CP_2* in funzione del diritto di rivalsa e/o regresso di *Parte_5* ed anche in via di surrogazione ex art. 1916 c.c., previo accertamento delle quote di colpa direttamente imputabili all' *Controparte_12* ai suoi operatori, ed al dott. *CP_2* condannare l' *Controparte_13* a rimborsare ad *Parte_5* quanto la stessa dovesse pagare all'esito del giudizio in misura superiore all'importo dovuto per la quota direttamente di competenza del Dott. *CP_2*

in ogni caso con vittoria di spese e compensi del presente giudizio, oltre rimborso spese generali, c.p.a. ed i.v.a. come per legge.

In via istruttoria, si insiste per l'ammissione delle istanze probatorie che seguono:

Con riferimento alla reale natura del rapporto di lavoro che legava il sanitario alla Struttura, qualora ritenuto non provato, richiamando quanto scritto al punto 4-b della comparsa di costituzione, chiediamo l'ammissione di prova per interrogatorio formale del rappresentante legale della *Controparte_1* e del Dott. *CP_2* nonché prova per testi sui seguenti capitoli:

a. vero che il Dott. *CP_2* per il periodo in cui è durato il suo rapporto con la [...] *Controparte_1* ha esercitato la sua attività professionale pressoché esclusivamente in favore di quest'ultima (ovvero per una quota superiore all'80% degli interventi complessivamente svolti);

b. vero che, per tutta la durata del rapporto con *Controparte_1* il Dott. *CP_2* ha prestato la sua attività lavorativa come dirigente all'interno del reparto di ortopedia, coordinandosi con gli altri componenti e gli altri medici della sezione;

c. Vero che la Direzione Sanitaria della *Controparte_1* organizzava gli interventi e li attribuiva ai singoli operatori, fissava orari di lavoro e periodi di ferie, doveva essere avvertita in caso di malattia ed imponeva di rispettare dei turni di reperibilità e delle regole disciplinari;

d. Vero che il Dott. *CP_2* doveva garantire la propria presenza per un numero minimo di ore settimanali;

e. Vero che il Dott. CP_2 percepiva dei compensi fissi, mensili e predeterminati dalla Controparte_1

f. Vero che il Dott. CP_2 all'inizio ed alla fine del suo turno di lavoro presso la Controparte_1 provvedeva a timbrare un apposito cartellino di presenza.

Si indicano come testimoni l'attuale direttore sanitario di Controparte_1 [...] nonché il direttore sanitario in carica nel giugno 2014, entrambi domiciliati e presso la sede di Controparte_1 si indica altresì il direttore amministrativo della Controparte_1 (in carica oggi e nel 2014), tutti domiciliati presso la sede della struttura.

Si chiede di emanare a carico della Controparte_1 e del Dott. CP_2 ordine di esibizione ex art. 210 c.p.c.:

- dei fogli presenza del Dott. CP_2 relativi all'anno 2014-2015-2016 (ciò tenuto conto del cartellino che il medico era tenuto a timbrare a termini di contratto);
- delle fatture emesse dal Dott. CP_2 all'ordine dell'Ospedale nell'anno 2014-2015-2016;
- della dichiarazione dei redditi del Dott. CP_2 riferibile agli incassi dell'anno 2014-2015-2016.

~ Insistiamo affinché, anche a fronte del mancato riscontro della richiesta formulata dalla liquidatrice di Parte_5 (doc. 8), sia ammessa prova per interrogatorio formale del rappresentante legale della Controparte_1 e del Dott. CP_2 nonché prova per testi sui seguenti capitoli:

g. vero che la Controparte_1 ha sottoscritto una polizza assicurativa professionale, a garanzia della struttura e del suo personale, a copertura di quanto accaduto nel 2014 – 2015 - 2016, ovvero durante il periodo in cui sono avvenuti i fatti oggetto di contestazione;

h. vero che la Controparte_1 ha provveduto ad aprire un sinistro presso il suo assicuratore professionale, trasmettendo allo stesso apposita denuncia;

i. In caso di risposta affermativa, dica il teste quale Compagnia assicurativa fornisca la copertura alle Strutture ed al personale per il periodo in cui sono avvenuti i fatti (2014-2015-2016), indicando altresì il numero identificativo del contratto.

Si indicano come testimoni l'attuale direttore sanitario di Controparte_1 [...] nonché il direttore sanitario in carica nel 2014, entrambi domiciliati e presso

la sede di *Controparte_1* si indica altresì il direttore amministrativo della *Controparte_1* (in carica oggi e nel 2014-5), tutti domiciliati presso la sede della struttura.

j. vero che la *Controparte_1* ha provveduto ad aprire un sinistro presso il suo assicuratore professionale, trasmettendo allo stesso apposita denuncia;

Si indicano come testimoni l'attuale direttore sanitario di *Controparte_1* [...] nonché il direttore sanitario in carica nel 2014, entrambi domiciliati e presso la sede di *Controparte_1* si indica altresì il direttore amministrativo della *Controparte_1* (in carica oggi e nel 2014-5), tutti domiciliati presso la sede della struttura.

Si chiede di emanare a carico della *Controparte_1* e del Dott. *CP_2* ordine di esibizione ex art. 210 c.p.c.:

- dei fogli presenza del Dott. *CP_2* relativi all'anno 2014-2015-2016 (ciò tenuto conto del cartellino che il medico era tenuto a timbrare a termini di contratto);
- delle fatture emesse dal Dott. *CP_2* all'ordine dell'Ospedale nell'anno 2014-2015-2016;
- della dichiarazione dei redditi del Dott. *CP_2* riferibile agli incassi dell'anno 2014-2015-2016.”

Ragioni della decisione

1. Con ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c. depositato il 1° giugno 2022, *Parte_1* [...] nella propria qualità di erede della madre *Parte_2*, ha convenuto in giudizio il dott. *Controparte_2*, la *Controparte_1* e la *Parte_5*

Nei confronti dei primi, ha chiesto che il tribunale accerti la responsabilità per i danni che assume patiti dalla defunta in conseguenza dell'insorgenza di infezione nel sito chirurgico ove era stato eseguito l'intervento di protesizzazione di ginocchio e condanni i responsabili al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali dalla stessa riportati.

Il ricorrente ha dedotto che:

- nel giugno 2014, la sig.ra *Pt_2*, a causa di una gonartrosi al ginocchio sinistro, si rivolgeva alla *Controparte_1* di Milano ove veniva sottoposta ad artroprotesi cementata;
- la paziente veniva nuovamente ricoverata il 21 gennaio 2025 per l'applicazione dell'impianto di protesi del ginocchio in materiale anallergico e il successivo 20 aprile 2015 a causa di un'infezione della ferita chirurgica;
- rimaneva in clinica per due mesi nel corso dei quali veniva sottoposta a terapia antibiotica, nonostante la quale l'infezione peggiorava e la sig.ra *Pt_2* era costretta a rivolgersi ad altra clinica dove le veniva rimossa anche la seconda protesi;
- la stessa, pertanto, si rivolgeva al prof. *Per_4* e al dott. *Per_5* specialisti in medicina legale e al dott. *Per_6*, specialista in ortopedia e traumatologia, i quali stilavano una relazione medico legale, nella quale indicavano, quale possibile causa della menomazione al ginocchio, l'infezione nosocomiale

contratta a seguito dell'intervento e della relativa degenza eseguita presso la [REDACTED]

[REDACTED] CP_1 di Milano;

- nella predetta relazione medico legale, i postumi sono stati valutati nell'ordine del 50% con riferimento al danno biologico permanente, mentre, con riferimento al danno biologico temporaneo, sono stati calcolati 209 giorni di inabilità totale, 360 giorni di inabilità temporanea al 75% e 540 giorni al 50%;
- la sig.ra Pt_2 ha, inoltre, avanzato domanda di invalidità civile e la commissione medica legale le ha riconosciuto una invalidità con riduzione permanente della capacità lavorativa nella percentuale del 50%.

L'attore lamenta quindi che l'intervento cui sua madre fu sottoposta nel giugno 2014 abbia determinato l'insorgenza dell'infezione e la conseguente condizione invalidante.

Ha quindi promosso il giudizio nei confronti del dott. Controparte_2 e della [...] Controparte_1 al fine di sentirli condannare in solido al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali asseritamente patiti dalla madre, della quale si dichiara erede universale, quantificati nella misura di € 136.127,88.

2. Si è costituito il convenuto Controparte_2 eccependo, in via preliminare, l'intervenuta prescrizione del diritto dell'attore al risarcimento del danno.

Ha evidenziato come nessun tipo di responsabilità possa essergli addebitata dal momento che la sua condotta non ha integrato una devianza dal programma terapeutico ma, al contrario, sia la scelta chirurgica protesica che la profilassi preoperatoria sono allineate con quanto indicato dalle varie linee guida di competenza.

Ha poi concluso chiedendo, preliminarmente, la conversione del rito e, nel merito, pronuncia d'inammissibilità della domanda di manleva eventualmente avanzata dalla convenuta Controparte_1 nei suoi confronti e il rigetto delle domande del ricorrente; in subordine, la riduzione del *quantum* risarcitorio preteso e, in caso di condanna, ha svolto domanda di manleva nei confronti di Parte_5

3. Si è costituita anche la convenuta Controparte_1 la quale ha contestato le pretese di parte ricorrente sia in ordine all'*an* sia in ordine al *quantum*.

Nel merito, in via principale, ha dedotto che la prestazione sanitaria è stata resa dal dott. CP_2 sulla base di un diretto rapporto negoziale intercorso con la paziente, che lo ha scelto quale professionista di fiducia cui affidare lo svolgimento dell'intervento chirurgico proposto.

Subordinatamente, ha eccepito il concorso colposo (ex art. 1227 c.c.) della sig.ra Pt_2, per aver mantenuto un atteggiamento di scarsa adesione alle indicazioni terapeutiche impartite.

Ha, infine, chiesto di respingere le domande formulate dall'attore nei suoi confronti; in subordine, ha chiesto che il dott. CP_2 *“venga condannato a manlevare la struttura, ovvero a rimborsare alla medesima, per la quota del 50% dell'eventuale danno del quale essa fosse tenuta a rispondere”*.

4. Il ricorrente ha convenuto in giudizio anche la compagnia Parte_5
[...] senza svolgere però alcuna domanda nei suoi confronti.

Quest'ultima si è costituita in giudizio e ha chiesto, in via pregiudiziale, di accertare la propria carenza di legittimazione passiva ai sensi del combinato disposto degli artt. 12 e 10 legge 8 marzo 2017, n. 24, rilevando che, in base a tale legge, deve ritenersi inammissibile, sino all'emanazione dei decreti ministeriali attuativi, la domanda svolta in via diretta dalla parte attrice nei confronti della compagnia assicuratrice.

Nel merito, ha poi chiesto il rigetto della domanda del ricorrente, associandosi alle difese svolte dal convenuto CP_2. Ha chiesto inoltre il rigetto della domanda di manleva di quest'ultimo.

5. Con ordinanza del 28 febbraio 2023, il giudice ha disposto il mutamento del rito.

All'esito dell'acquisizione del fascicolo del procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. precedentemente instaurato, la causa, dopo lo scambio delle memorie ex art. 183 sesto

comma c.p.c., è stata istruita mediante l'espletamento di una consulenza tecnica integrativa.

Dopo il deposito della relazione peritale, la causa è stata rinviata per la precisazione delle conclusioni e quindi trattenuta in decisione, previa assegnazione dei termini previsti dall'art. 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

6. Le eccezioni preliminari

6.1. Preliminarmente, va detto, riguardo all'eccezione d'inammissibilità della chiamata in causa di *Parte_5* che quest'ultima, a quanto riferisce parte ricorrente, che non ha formulato alcuna domanda nei suoi confronti, è stata convenuta in giudizio soltanto perché era stata parte del procedimento svoltosi ai sensi dell'art. 696 *bis* c.p.c., quale società assicuratrice del convenuto *CP_2*.

In questa sede, il dott. *CP_2* ha svolto nei confronti di *Parte_5* domanda di manleva. Pertanto, pur dovendosi reputare irrituale che l'attore abbia convenuto in giudizio tale compagnia assicuratrice, non rinvenendosi alcuna forma di litisconsorzio necessario tra le parti che hanno partecipato al procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c., la questione deve ritenersi superata.

6.2. Va altresì disattesa l'eccezione di prescrizione del credito risarcitorio sollevata dal convenuto *CP_2* il quale, nelle proprie difese (pag. 3 della comparsa), ha rilevato che il procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c. è stato radicato dall'attore solo nei confronti della *Controparte_10* e della *Controparte_1* e che, solo con la notifica del ricorso che ha dato origine al presente giudizio, il ricorrente ha svolto una domanda di condanna nei suoi confronti.

Sostiene infatti il convenuto che la responsabilità del medico ha natura aquiliana e soggiace, pertanto, alla relativa disciplina in termini di prescrizione del diritto risarcitorio e onere della prova. Ai sensi dell'art. 2947, primo comma c.c., *"Il diritto al*

risarcimento del danno derivante da fatto illecito si prescrive in cinque anni dal giorno in cui il fatto si è verificato".

Nel caso di specie, ribatte l'attore, essendo pari a cinque anni il termine di prescrizione, la stessa è stata interrotta dalla raccomandata datata 19.2.2019 a cui risulta allegato l'avviso di ricevimento n. 150960196164 con avvenuta consegna in data 22.2.2019.

Il convenuto ha disconosciuto la firma apposta sull'avviso di ricevimento, ma la questione non assume rilevanza, posto che non può condividersi l'assunto che la responsabilità del medico, nel caso di specie, sia inquadrabile nella categoria della responsabilità extracontrattuale.

I fatti di cui si controverte si sono infatti svolti prima dell'entrata in vigore della legge n. 24/2017 che, pacificamente, non ha alcuna efficacia retroattiva, e considerate le caratteristiche del rapporto instauratosi tra la paziente e il dott. CP_2 quali emergono dagli atti di causa e dai documenti esaminati dal Collegio peritale, deve affermarsi che la responsabilità del medico, nell'ipotesi qui considerata, ha natura contrattuale. Ne deriva l'infondatezza dell'eccezione di prescrizione sollevata dal convenuto che va, pertanto, disattesa.

Ciò detto, il *thema decidendum* riguarda l'accertamento della dedotta responsabilità della struttura sanitaria e del medico convenuto sotto il profilo dell'adeguatezza delle modalità esecutive dell'intervento di protesizzazione eseguito sulla sig.ra Pt_2 il 25 giugno 2014 e sulla relativa infezione nosocomiale che ne sarebbe derivata.

7. L'accertamento della responsabilità dei convenuti

7.1. Per quanto attiene alla struttura sanitaria convenuta, vale ricordare che, secondo l'insegnamento consolidato della giurisprudenza di legittimità, la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospitalità, va inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. (cfr. Cass. n. 9556/2002, n. 577/2008

e Sez. 3 sentenza n. 18392 del 26/07/2017).

Fra la struttura sanitaria e il paziente, per effetto della mera accettazione del paziente, sorge infatti un rapporto di natura contrattuale atipico denominato di “spedalità” o di “assistenza sanitaria”, per effetto del quale la struttura assume l'obbligo di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario, sia prestazioni secondarie, ma sempre funzionali alla presa in carico a scopi di cura, fra cui prestare assistenza al malato e fornire vitto e alloggio in caso di ricovero (cfr. Cass. n. 8826/2007).

Pertanto, con particolare riferimento al riparto degli oneri probatori, si deve affermare, a fronte dell'inadempimento dedotto da parte attrice quale causa del danno di cui chiede il risarcimento, che è onere dei convenuti provare di aver esattamente adempiuto alle proprie prestazioni o che il danno lamentato dalla parte attrice non è loro imputabile. In proposito, la Suprema Corte ha precisato che *“in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria [...] ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante”* (Cass. Sez. Un. 11/1/2008 n. 577).

7.2. La consulenza tecnica d'ufficio espletata nel corso del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e integrata in corso di causa ha evidenziato la sussistenza di condotte connotate da plurimi profili di negligenza, imprudenza e imperizia.

In particolare, gli ausiliari del giudice hanno affermato che *“Intendendo per infezione nosocomiale una infezione insorta durante la degenza ospedaliera, sicuramente il caso in questione deve essere annoverato tra queste problematiche. Per quanto il germe isolato (Stafilococco aureo) sia risultato meticillino sensibile (MSSE), quindi non inquadrabile come strettamente “ospedaliero” essendo un comune saprofita della cute, i tempi di comparsa di secrezioni, l'identificazione dell'agente patogeno con esame*

colturale positivo in data 12.08.2014 e l'assenza di segni di infezione in atto della ferita chirurgica sino al momento della dimissione dalla U.O. di Ortopedia avvenuta in data 03.07.2014, depongono per una infezione strettamente correlata al recente intervento del 26.06.2014 e clinicamente definita come infezione precoce di protesi con presenza di tragitto fistoloso cutaneo. Da segnalare contestuale isolamento di Pseudomonas su tampone cutaneo verosimilmente da considerare correlata ad inquinamento del campione. Risulta pertanto confermato, come anche riconosciuto dai CT in sede di contraddittorio, il nesso di causa tra l'infezione precoce di protesi e l'intervento" (pagg. 19 e 20 della relazione).

Il Collegio peritale ha ritenuto, a fondamento di addebito di colpa a carico dei sanitari della *Controparte_1* e del dott. *CP_2* che *"diversi fattori censurabili sono concorsi nel ritardare la guarigione dell'infezione, sino ai trattamenti praticati presso l'ospedale L. [REDACTED] (esitati in artrodesi del ginocchio)"*. In particolare, come si legge a pag. 25 della relazione:

- 1) un errato inquadramento diagnostico di mobilitazione asettica e correlata inadeguata terapia antibiotica in occasione della rimozione protesica; sul punto è stato osservato che *"all'esito dell'intervento del 06/09/2014 di rimozione della protesi ed impianto di spaziatore antibiotato presso la Controparte_1 [REDACTED] venne posta diagnosi di "mobilitazione asettica" della protesi, a motivo della negatività dell'esame colturale intraoperatorio. Tutto questo non tenendo conto che la triplice terapia effettuata a partire dal 12.08.2014 sino ai giorni immediatamente precedenti il ricovero del 01.09.2014 e la terapia antibiotica con ceftriaxone nei 2 giorni precedenti l'intervento ha certamente invalidato l'esito dell'esame colturale intraoperatorio, a fronte di una diagnosi di provenienza (Istituto CP_11 di "infezione precoce di protesi con presenza di fistola cutanea da stafilococco aureo" (pag. 22 della relazione);*
- 2) una inadeguata terapia antibiotica in occasione dell'impianto della protesi da

revisione (22/01 – 07/02/15) *“con ceftriaxone per soli 14 giorni, da considerarsi non conforme alle indicazioni delle linee guida che al tempo dei fatti ed attualmente pongono indicazione a proseguire la terapia per almeno 6 settimane”* (pag. 22 della relazione);

3) un inefficace trattamento nel corso del prolungato ricovero dal 20 aprile all’11 giugno 2015;

4) un altrettanto inefficace e non documentato trattamento domiciliare del dott. CP_2 per oltre un anno (11.6.2015 / 26.7.2016);

5) una carente adesione della stessa paziente alle indicazioni terapeutiche: *“in primis la categorica volontà di attendere la disponibilità del Dott. CP_2 (ritardando l’intervento di rimozione della protesi infetta), in seguito rifiutando il consulto ed intervento presso il responsabile delle infezioni protesiche dell’Istituto ██████ documentati anche ulteriori episodi di sospensione autonoma della terapia antibiotica e rimozione di presidi”* (pag. 25 della relazione).

I consulenti tecnici d’ufficio, dopo avere ripercorso l’iter clinico che ha interessato la signora Pt_2, hanno concluso la relazione di consulenza affermando che *“l’infezione insorta durante il primo ricovero, per una qualche carenza o disattenzione che non è possibile identificare a posteriori, è genericamente da imputare alla [...]*

Controparte_1 *per quanto riguarda i fattori che hanno ritardato la risoluzione dell’infezione, si rileva una compartecipazione della suddetta struttura e del Dott.*

CP_2 *per l’errata diagnosi e terapia nel corso dei ricoveri e del solo sanitario per quanto riguarda il protrarsi di terapie inefficaci al di fuori dell’ambito ospedaliero; il tutto in parte anche correlato a quella che pare una effettiva difficoltà di rapportarsi con la paziente, per sua scarsa adesione alle indicazioni terapeutiche”.* (pagg. 25 e 26 della relazione).

7.3. I chiarimenti in aggiornamento richiesti in questa sede processuale agli stessi

consulenti, nuovamente nominati e incaricati dall'ufficio, smentiscono carenze o contraddizioni della relazione peritale e hanno consentito di offrire delle risposte alle osservazioni tecniche dei consulenti di parte.

In particolare, è stato chiesto allo stesso Collegio peritale nominato in sede di procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c., innanzitutto, di chiarire quali fossero *“le attività concretamente svolte dal dott. CP_2 nella cura della sig.ra Pt_2 successivamente all'intervento di protesi totale articolare ginocchio sinistro per come emergenti dalla documentazione clinica in atti”*, invitandolo a precisare *“quale sia la fonte delle informazioni che nella precedente indagine peritale sono state riportate con il condizionale (ad esempio pagg. 24) anche e non solo per la fase di cura definita “esterna” all'ambito della casa di cura”* e quale fosse *“la composizione delle single equipe che si susseguirono nella cura della sig.ra Pt_2”*.

A tale quesito, i consulenti del giudice hanno risposto che le attività svolte dal dott. CP_2 successivamente all'intervento effettuato sulla sig.ra Pt_2 risultano dalle *“cartelle cliniche dei ricoveri presso la Controparte_1 del 01/09/2014, 21/01/2015 e 20/04/2015; nel frontespizio di tali documenti è indicato come Medico Curante. Il timbro del Dott. CP_2 compare nella raccolta anamnestica ed esame obiettivo dei ricoveri, nelle lettere di dimissione ed è quello che prevale largamente nelle annotazioni riportate nel diario clinico”* (pag. 3 della consulenza integrativa).

Al di fuori dei periodi di ricovero della paziente nella clinica, che vi sia stata continuità nel rapporto professionale tra il medico e la sig.ra Pt_2 risulta invece dalle informazioni anamnestiche riportate nei documenti di altre strutture, come nella lettera di dimissione dall'Istituto CP_11 del 21.8.2014, dalla quale risulta che la paziente *“rifiuta categoricamente l'intervento preferendo far riferimento al proprio ortopedico di fiducia (dr. Persona_7), il quale, da noi personalmente contattato, non potrà prendere in carico la paziente prima di fine agosto, causa attuale chiusura della*

clinica... La paziente rimarrà in contatto personalmente con il dr. Persona_7 per successiva presa in carico.”.

Analogamente, dalla lettera di dimissione Fondazione S. [REDACTED] del 29.8.2014 emerge che *“Come da accordi con il dottor CP_2 della [REDACTED] [REDACTED] di Milano la paziente verrà ricoverata il 1.9.14 per la prosecuzione delle cure”.*

Per il periodo giugno 2015 - luglio 2016, i consulenti dichiarano di essersi basati sui dati anamnestici riportati dai consulenti di parte intervenuti alle operazioni peritali di questo giudizio e del precedente procedimento ex art. 696 *bis* c.p.c., che ebbero modo di visitare la sig.ra Pt_2, il cui decesso, come è noto, è intervenuto prima dell’instaurazione del giudizio di merito, in data [REDACTED]

Rispondendo alle osservazioni dei consulenti del convenuto CP_2 i consulenti d’ufficio hanno ribadito che *“al di là della composizione delle singole equipe che si sono susseguite nella cura della sig.ra Pt_2, dall'esame dei documenti sanitari emerge in modo inequivocabile che il percorso clinico-decisionale è stato costantemente gestito solo dal Dott. CP_2; nelle rare occasioni nelle quali compare il nominativo di altro sanitario, si tratta solo di attività secondarie”* (pag.2).

È stato inoltre chiesto ai consulenti di integrare la relazione specificando quale incidenza abbiano avuto nel decorso della cura dell’infezione i comportamenti della paziente, in particolare, l’autosospensione della terapia antibiotica e la decisione di attendere l’intervento del medico di fiducia dott. CP_2 nell’estate 2014. Nella relazione, difatti, era stata sottolineata una carente adesione della stessa paziente alle indicazioni terapeutiche.

Tale condotta è stata tuttavia ritenuta ininfluyente dai cc.tt.u. in sede d’integrazione della relazione. Questi ultimi hanno precisato, infatti, che, se è vero che *“un intervallo superiore alle 3-4 settimane tra l’insorgenza dei sintomi ed il trattamento di una protesi*

infetta di ginocchio aumenta il tasso di fallimento dei successivi trattamenti” (pag.4 della relazione integrativa), cionondimeno, “si può [...] indicare una modesta valenza di tale ritardo, essenzialmente nei termini di una medio-bassa probabilità di migliore esito, in caso di un trattamento più tempestivo”.

Ancor “Meno significative”, ad avviso dei cc.tt.u., “*le altre carenze di adesione della paziente ai trattamenti (occasionale sospensione della terapia antibiotica ed allontanamento dei presidi) in carenza di un verificabile rapporto di causa – effetto sul decorso clinico.*” (pag. 5 della relazione integrativa).

Nel giudizio di merito, i consulenti del giudice hanno quindi ridimensionato il contributo causale della condotta della paziente nella verifica del danno, sino ad affermare che “*alla decisione della sig.ra Pt_2 di attendere il proprio ortopedico di fiducia non può essere attribuita una significativa valenza nel successivo sfavorevole decorso*” (pag. 2 della risposta alle osservazioni dei cc.tt.p.). Va poi evidenziato che non risulta che la paziente sia stata messa in guardia sui rischi ai quali sarebbe andata incontro rifiutando un intervento immediato. Quindi, anche sotto tale profilo, non le si può imputare alcuna responsabilità per la scelta di affidarsi al medico che l’aveva seguita fino a quel momento e nel quale riponeva la propria fiducia.

7.4. All’esito dell’accertamento compiuto, può dirsi pienamente dimostrata la responsabilità della struttura sanitaria secondo il criterio del più probabile che non in relazione all’addebito di responsabilità secondo i parametri di cui all’art. 1218 c.c.

Analogamente, sussiste la responsabilità professionale nei confronti del dott. CP_2 operatore chirurgico.

Quanto alla struttura, è stato accertato che l’infezione è insorta durante il ricovero “*per una qualche carenza o disattenzione che non è possibile identificare a posteriori sulla sola base di quanto riportato nei documenti sanitari*” (pag. 20 della relazione di c.t.u.).

Quanto al dott. CP_2 tra i fattori che hanno ritardato la risoluzione dell’infezione, è stata imputata a quest’ultimo l’errata diagnosi di mobilizzazione asettica protesica e

l'inadeguata prescrizione di terapia alla dimissione.

Può ritenersi preponderante, e va pertanto quantificata nella misura del 70%, la responsabilità della Controparte_1 alla quale è imputabile l'infezione contratta dalla sig.ra Pt_2. Alle inadeguate cure del dott. CP_2 va ascritta invece un'incidenza pari al 30% nella determinazione di danni accertati in sede di c.t.u.

8. Il danno

8.1. Il danno non patrimoniale

In relazione alle attività negligenti riconosciute, i cc.tt.u. hanno evidenziato che, quanto ai postumi permanenti, *“si deve far riferimento al calcolo differenziale tra la valutazione attribuibile ad un valido esito di protesizzazione di ginocchio (15 %) ed il quadro descritto alla stabilizzazione clinica, costituito da artrodesi/anchilosi del ginocchio ed accorciamento dell'arto inferiore sinistro con indicazione all'utilizzo di rialzo plantare, valutabile in misura del 28%, così per un differenziale del 13% da applicare per il conteggio economico dal 16% al 28 % compresi. Tale valutazione emerge dalle indicazioni tabellari dei testi dottrinali di più ampio utilizzo”*.

Gli stessi hanno poi ritenuto sussistente un periodo di inabilità temporanea pari a 34 mesi, *“suddivisibili sotto il profilo biologico nei termini di 210 giorni in forma assoluta, correlati ai ricoveri, 360 giorni in forma parziale al 75 % ed i restanti circa 450 giorni da suddividere in parti uguali alla media del 50 % e 33 % per i periodi di convalescenza intercorsa tra i ripetuti atti operatori e per il graduale recupero funzionale”*.

Venendo quindi alla quantificazione del “danno biologico cd. intermittente”, va evidenziato che la Suprema Corte ha affermato che *“quando la durata della vita futura cessa di essere un valore ancorato alla probabilità statistica e diventa un dato noto per essere il soggetto deceduto, allora il danno biologico va correlato alla durata della vita effettiva”* (cfr. Cass. n. 22338/2007, n. 679/2016). L'intervenuto decesso della signora

Pt_2 comporta la sostituzione della valutazione probabilistica connessa all'ipotetica

durata della vita del soggetto danneggiato con quella del concreto danno effettivamente prodottosi, cosicché l'ammontare del danno biologico che l'erede richiede *iure successionis* deve essere calcolato, non con riferimento alla durata probabile della vita della vittima, ma alla sua durata effettiva (fra le tante, da ultimo, Cass. n. 4551 del 2019).

Viene quindi in rilievo il cd. “danno biologico da premorienza”, che individua il danno alla salute subito dalla vittima qualora la stessa sia deceduta, prima della conclusione del giudizio, per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito.

In via generale, in tale ipotesi, il danno fatto valere *iure successionis* dagli eredi della vittima non può essere risarcito con gli ordinari criteri tabellari, in quanto il pregiudizio non può essere più parametrato alla durata della vita statisticamente probabile ma, al contrario, alla durata effettiva della vita del danneggiato.

Al riguardo, la Corte di Cassazione, nella sentenza n. 41933 del 29.12.2021, ha affermato il seguente principio: “*qualora la vittima di un danno alla salute sia deceduta, prima della conclusione del giudizio, per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito, l'ammontare del risarcimento spettante agli eredi del defunto "iure successionis" va parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato e non a quella statisticamente probabile, sicché tale danno va liquidato in base al criterio della proporzionalità, cioè assumendo come punto di partenza il risarcimento spettante, a parità di età e di percentuale di invalidità permanente, alla persona offesa che sia rimasta in vita fino al termine del giudizio e diminuendo quella somma in proporzione agli anni di vita residua effettivamente vissuti. (In applicazione del principio, la S.C. ha ritenuto non conforme al criterio dell'equità l'applicazione delle tabelle milanesi sul c.d. danno da premorienza, in quanto basate sull'attribuzione al danno biologico permanente di un valore economico decrescente nel corso del tempo)*”.

È stata quindi ritenuta non conforme a un principio di equità, e non idonea a garantire la

uniforme valutazione di casi analoghi, l'applicazione di un criterio che non considera il danno una funzione costante nel tempo, ma che lo valuta come maggiore in prossimità dell'evento per poi decrescere progressivamente fino a stabilizzarsi. In primo luogo, la Corte non ha ritenuto condivisibile tale premessa, evidenziando come il danno biologico permanente consista in una forzata e permanente rinuncia a una o più attività quotidiane, rispetto alla quale il decorso del tempo non assumerebbe alcuna rilevanza, dal momento che non consentirebbe di recuperare le abilità perdute, influenzando semmai sulla sofferenza causata dalla rinuncia.

In secondo luogo, si è rilevato che il confronto tra il sistema di liquidazione del danno biologico da invalidità permanente di cui alle tabelle milanesi, applicabili nel caso di sopravvivenza della vittima fino alla conclusione del giudizio, e quelle del danno da premorienza porti a risultati iniqui sul piano della liquidazione, dal momento che, a parità di durata della vita residua e in caso di uguale invalidità permanente, non corrisponde un risarcimento uguale parametrato al numero di anni di sopravvivenza della vittima.

La Corte ha quindi ritenuto preferibile un sistema di calcolo rispettoso del criterio della proporzionalità, così modulato: individuare come punto di partenza (dividendo) la somma che sarebbe spettata al danneggiato, in considerazione dell'età e della percentuale di invalidità, se fosse rimasto in vita fino al termine del giudizio; rispetto a tale cifra, assumere come divisore gli anni di vita residua secondo le aspettative che derivano dalle tabelle dell'ISTAT; calcolare la cifra dovuta per ogni anno di sopravvivenza, da moltiplicare poi per gli anni di vita effettiva.

Il danno permanente subito dalla sig.ra Parte_2 va quindi calcolato applicando tale criterio.

La percentuale di invalidità stimata dai cc.tt.u. è pari al 13% (danno differenziale, tra il quadro descritto alla stabilizzazione clinica valutabile in misura del 28% e la valutazione attribuibile a un valido esito di protesizzazione di ginocchio del 15%).

Si ritiene di adottare quale parametro di riferimento per la liquidazione del danno che sarebbe spettato alla sig.ra Pt_2, se fosse rimasta in vita fino al termine del giudizio, la Tabella Unica Nazionale di cui al D.P.R. n. 12 del 13 gennaio 2025, in considerazione del principio di diritto espresso dalla Corte di Cassazione con la sentenza n.8630, del 7.4.2026.

Con la sentenza citata, infatti, la Corte ha affermato che detta tabella “*da riconoscersi quale parametro della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute conforme alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., trova applicazione generalizzata in via indiretta, cioè non in forza di diretta efficacia normativa, bensì come parametro del potere del giudice di cui a tali norme, con riferimento a liquidazioni formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta e, dunque, a sinistri causativi di danno biologico verificatisi prima del 5 marzo 2025 e pur non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti e da responsabilità sanitaria.*

Il giudice, nella liquidazione del danno alla salute da effettuarsi nel caso concreto, potrà, dunque, discostarsene – eventualmente anche reputando di applicare una tabella ‘pretoria’ - solo in forza di una motivazione che dia puntualmente conto di circostanze del tutto peculiari, più rilevanti nell’ambito regolato oggettivamente, ratione materiae, dalla CP_14 .

Non sono ravvisabili, nel caso di specie, peculiari ragioni che suggeriscano di discostarsi dai principi normativamente fissati, sia pure in un’ottica equitativa.

Conformemente ai principi appena richiamati e ai criteri stabiliti dalla Tabella Unica Nazionale di cui al D.P.R. n. 12 del 13 gennaio 2025, ai fini della determinazione del danno biologico intermittente subito dalla sig.ra Pt_2, va considerato l’arco temporale che va dalla stabilizzazione della paziente (1.10.2017 così come individuata nella perizia) e il [REDACTED] e su tale periodo occorre effettuare un calcolo differenziale tra il quadro descritto alla stabilizzazione clinica valutabile in misura del 28% e la valutazione attribuibile a un valido esito di protesizzazione di

ginocchio del 15%.

Il contenuto della tabella consente di distinguere la parte di somma liquidabile a titolo di ristoro del danno alla salute dalle lesioni e quella volta a risarcire il danno da sofferenza derivante dalle lesioni stesse. Ai sensi dell'art. 3, secondo comma D.P.R. n. 12 del 13.1.2025, *“L'incremento per il danno morale è ricompreso tra il 30 e il 60 per cento del danno liquidato ai sensi del comma 1”*.

Secondo l'insegnamento della giurisprudenza di legittimità, il danno morale contraddistingue la sofferenza interiore del soggetto, manifestabile come dolore dell'animo, vergogna, disistima di sé, paura, disperazione, che richiede una separata allegazione, valutazione e liquidazione (Cass. n. 4878/2019).

Deve quindi accertarsi *“con metodo presuntivo, il pregiudizio morale subito, attraverso l'individuazione delle ripercussioni negative sul valore uomo, allegando i fatti dai quali emerge la sofferenza morale di chi ne chiede il ristoro, e successivamente, se provato, può ricorrersi al suddetto metodo percentuale come parametro equitativo”* (Cass. n.3260/2016).

Con riguardo al caso in esame, l'allegazione e la prova presuntiva del pregiudizio morale possono desumersi dalla gravità dei postumi accertati, dal grado di sofferenza patito in conseguenza del peggioramento delle condizioni di vita della sig.ra Pt_2, nonché dal lungo e complesso decorso clinico che ha comportato plurimi ricoveri e ripetuti interventi presso diverse strutture ospedaliere. Alla luce delle circostanze allegate, che trovano riscontro nella documentazione medica esaminata dal Collegio peritale, può reputarsi equo quantificare il danno morale nella percentuale del 35%, come richiesto dalla parte attrice.

Si osserva che, in base ai parametri fissati dalla T.U.N., in relazione all'età della danneggiata al momento del fatto (69 anni), il danno non patrimoniale di natura permanente può essere quantificato nella somma complessiva di € 36.473,75, di cui €

27.017,59 per la componente del danno dinamico-relazionale permanente e € 9.456,15 per la componente di sofferenza soggettiva interiore.

Infatti, conformemente al disposto dell'art. 3, comma 2, della T.U.N., l'incremento per il danno morale è determinato nel 35% del danno liquidato ai sensi del comma 1.

Ne deriva che, ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale permanente, la componente dinamico-relazionale (€ 27.017,59), incrementata del 35% a titolo di danno morale (€ 9.456,16), conduce all'importo complessivo di € 36.473,75.

In base agli indici Istat del 2017, l'aspettativa di vita delle donne dell'epoca era di 84,9 anni.

Pertanto, l'importo complessivo del danno non patrimoniale da lesione della salute (comprensivo quindi del danno da sofferenza) va suddiviso per 15,8, corrispondente al numero di anni e mesi di vita residua (considerato che all'epoca dei fatti *Parte_2*

[...] aveva compiuto 69 anni e 1 mese).

Si arriva quindi alla somma di € 2.308,59 che, moltiplicata per 1 anno e 3 mesi (corrispondente al periodo di vita di *Parte_2* a decorrere dalla data di stabilizzazione del danno e fino al decesso), consente di quantificare nella misura di € **3.001,17** il danno permanente complessivo da riconoscere in via ereditaria a *[...]*

Parte_1

A tale posta risarcitoria va aggiunta la liquidazione del danno biologico temporaneo, rispetto al quale si condivide la valutazione espressa dai consulenti, e va quindi riconosciuto all'attore l'importo complessivo di € 50.568,32, determinato considerando come valore base la somma di € 75,84 comprensiva di danno dinamico relazionale e danno da sofferenza, per ogni giorno di invalidità assoluta, ridotta proporzionalmente per il grado di inabilità riconosciuta, e quindi € 15.927,03 per i 210 giorni di invalidità al 100%, € 20.477,61 per i 360 giorni al 75%, € 8.532,34 per i 225 giorni al 50% ed € 5.631,34 per 225 giorni al 33%.

Pertanto, il danno non patrimoniale va liquidato nella complessiva somma di € **53.569,49** (pari a € **50.568,32**+ € **3.001,17**) già espressa in moneta attuale.

Sulla complessiva somma spettano inoltre gli interessi, al tasso legale, con decorrenza dal fatto (ottobre 2017) da calcolarsi sui singoli scaglioni via via rivalutati (previa devalutazione del danno non patrimoniale alla data dell'illecito).

8.2. *Il danno patrimoniale*

Quanto al danno patrimoniale, i cc.tt.u. hanno ritenuto pertinenti e congrue le spese sostenute per acquisti farmaceutici e rialzo plantare nella misura complessiva di € **1.501,23** (di cui ai documenti 6, 7 e 9 del fascicolo di a.t.p.).

Possono ritenersi inoltre in diretto rapporto causale con il danno subito dalla sig.ra **Pt_2** ulteriori spese documentate, quali quelle relative ai taxi utilizzati per raggiungere le strutture ospedaliere presso le quali la defunta è stata curata, come da ricevute prodotte sub doc.6, per l'importo di € 2.090,70, e quelle relative al rilascio delle cartelle cliniche (docc.12 e 13), pari a complessivi € 180,00.

Non possono essere riconosciute le altre spese, quali quelle sostenute per l'acquisto di un'auto nuova e quelle relative ai voli aerei, sia perché non può ritenersi provato il nesso causale con il danno subito dalla defunta, sia perché, quanto alle spese relative ai voli aerei, si tratta di costi non sostenuti dalla sig.ra **Pt_2** ma dal figlio **Parte_1** che in questa sede agisce esclusivamente a titolo ereditario e non *iure proprio*.

Risulta pertanto dovuta all'attore, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale, la complessiva somma di € **3.771,93**.

Tutte le spese vanno poste a carico, in via solidale, del dott. **CP_2** e della **[...]**

Controparte_1

9. *La domanda di garanzia*

Quanto alla domanda di manleva spiegata da **Controparte_2** nei confronti di

Parte_5 si osserva quanto segue.

Le parti hanno stipulato, con effetto dal 10 gennaio 2014, la polizza n. 130/14/1018, atta a presidiare la responsabilità professionale del convenuto assicurato nell'esercizio dell'attività di medico ortopedico, con massimale di euro 1.500.000,00 per la responsabilità civile professionale (doc.2 parte terza chiamata).

Parte_5 ha eccepito l'operatività solo a secondo rischio della copertura assicurativa sul presupposto della sussistenza di altra polizza stipulata dalla struttura sanitaria a copertura della responsabilità professionale dei propri collaboratori.

È emerso, a seguito dell'ordine di esibizione impartito alla convenuta Controparte_1

[...] che la polizza di quest'ultima non si estende alla responsabilità civile personale dei medici liberi professionisti che operano presso la struttura ospedaliera in questione.

Ora, secondo Parte_5, i contratti perfezionati tra il dott. CP_2 e la struttura ospedaliera il 15 gennaio 2014 e il 18 gennaio 2015 devono essere sussunti all'interno della categoria dei contratti di lavoro subordinato.

Tuttavia, va evidenziato che la produzione dei contratti di "incarico libero professionale" citati, da parte della Controparte_1 è avvenuta in maniera del tutto irrituale, come del resto viene eccepito dalla stessa Controparte_1. Infatti, tali contratti sono stati depositati dalla convenuta in data 9 novembre 2023, con la polizza assicurativa della quale era stata ordinata dal giudice l'esibizione ai sensi dell'art. 210 c.p.c., con ordinanza del 9 ottobre 2023. Ma tale ordinanza, emessa in epoca successiva allo spirare dei termini fissati per il deposito delle memorie previste dall'art. 183 sesto comma c.p.c., non autorizzava le parti a depositare nuovi documenti.

Stante la tardività della produzione, rilevabile anche d'ufficio, la stessa deve ritenersi inammissibile.

Va detto, per completezza, che le osservazioni svolte dall Parte_5 non

sono comunque condivisibili, in quanto, per sostenere che un rapporto di lavoro ha natura subordinata, occorre dimostrare la sussistenza di indici sintomatici, quali il potere di eterodirezione, il potere di controllo e vigilanza e il potere disciplinare in capo alla struttura che viene qualificata “datore di lavoro”. Va inoltre precisato che, anche in considerazione dell’attività di alta specializzazione che svolge un medico, singoli elementi come orario o controlli possono essere neutri se non si traducono in un potere conformativo sul contenuto della prestazione.

La domanda di garanzia formulata dal dott. CP_2 deve quindi essere accolta. Conseguentemente, Parte_5 deve essere condannata a tenere indenne Controparte_2 di tutte le somme dal medesimo dovute all’attore per effetto della presente sentenza.

Va precisato che, stante la condanna in solido del professionista e della struttura ospedaliera, quest’ultima va condannata a rimborsare ad Parte_5 quanto la stessa dovesse pagare all’esito del giudizio in misura superiore all’importo dovuto per la quota (pari al 30%) direttamente di competenza del dott. CP_2

10. Le reciproche domande di manleva e rivalsa

Come si è detto, la Controparte_1 e il dott. CP_2 vanno condannati in solido a risarcire all’attore, *iure successionis*, il danno subito dalla defunta madre, complessivamente quantificato nella misura di € 57.341,42 comprensiva di danno patrimoniale e non patrimoniale.

Ai fini della determinazione delle rispettive quote di responsabilità ascrivibili all’una e all’altro nella causazione del danno, deve ritenersi, come si è già detto, che la struttura, cui va attribuita la esclusiva responsabilità dell’infezione contratta dalla sig.ra Pt_2 e una corresponsabilità nelle condotte che hanno ritardato la risoluzione delle infezioni, debba rispondere della quota del 70%.

Anche il dott. **CP_2** è responsabile, in parte, per l'errato inquadramento diagnostico di mobilitazione asettica e per le inadeguate terapie antibiotiche che hanno ritardato la guarigione dell'infezione. La quota al medesimo attribuibile, rilevante esclusivamente nei rapporti interni fra i due convenuti, è pari quindi al 30%. Ogni altra questione risulta quindi assorbita.

11. Le spese di lite

Le spese, liquidate come da dispositivo, in base al valore della causa e all'attività processuale svolta, secondo i parametri medi fissati dal D.M. 55/2014, come modificato dal D.M. 147/2022, seguono la soccombenza.

Le decisioni in tema di spese processuali relative al presente procedimento e a quello ex art. 696 *bis* c.p.c. tengono conto:

- del riconoscimento delle ragioni della parte attrice, nei limiti di valore entro i quali le sue

domande vengono accolte;

- della natura del presente procedimento e di quello svoltosi ex art. 696 *bis* c.p.c. e, dunque, delle fasi processuali che si sono effettivamente svolte, considerata la fase svoltasi ai sensi dell'art. 696 *bis* c.p.c. come fase istruttoria della causa di merito.

Devono inoltre essere posti, in via definitiva, solidalmente a carico dei convenuti

CP_2 e **Controparte_1** i compensi dei consulenti tecnici d'ufficio (così come liquidati dal provvedimento del 18 marzo 2022).

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da **Parte_1** con ricorso depositato in data 1° giugno 2022,

ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- a) accerta e dichiara che la *Controparte_1* e *Controparte_2* sono solidalmente responsabili per i danni subiti da *Parte_2* a seguito delle prestazioni mediche dagli stessi eseguite e descritte in motivazione;
- b) per l'effetto, condanna la *Controparte_1* e *Controparte_2*, in via tra loro solidale, a pagare, in favore dell'attore *Parte_1* in qualità di erede della danneggiata, la somma di € 53.569,49 in moneta attuale, oltre interessi al tasso legale, con decorrenza dal fatto (ottobre 2017) al saldo effettivo, calcolati sulla somma capitale rivalutata di anno in anno, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, nonché la somma di € 3.771,93, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali dall'esborso al saldo effettivo, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale;
- c) dichiara tenuta e condanna *Parte_5* a tenere indenne [...] *CP_2* di tutte le somme dal medesimo dovute all'attore per effetto della presente sentenza;
- d) accerta e dichiara che nei rapporti interni l'obbligazione in solido si divide tra la [...] *Controparte_1* e *Controparte_2* nella misura del 70%, quanto alla prima, e del 30%, quanto al secondo;
- e) condanna la *Controparte_1* e *Controparte_2*, in via tra loro solidale, a rifondere all'attore *Parte_1* le spese di lite, liquidate in € 406,50 per spese e in € 5.318,50 per compensi, oltre rimborso spese forfetario, nella misura del 15%, e accessori, quanto alla fase ex art. 696 *bis* c.p.c., e in € 406,50 per spese e in € 14.103,00 per compensi, oltre rimborso spese forfetario, nella misura del 15%, e accessori, quanto al presente giudizio;
- f) condanna *Parte_5* a rifondere a *Controparte_2* le spese di lite, liquidate in € 14.103,00 per compensi, oltre rimborso spese forfetario, nella misura

del 15%, e accessori;

g) pone definitivamente a carico della *Controparte_1* e [...] *CP_2* in via tra loro solidale, le spese di c.t.u., liquidate con provvedimento del 18 marzo 2022.

Milano, 18.4.2026

Il Giudice
Anna Bellesi