N. R.G. 11077/2021

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di NAPOLI

8 SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Francesca Console

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 11077/2021 promossa da:

Parte_1 (C. F. *C.F._1*) [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

ATTORE

contro

Controparte_1 (P.IVA e C.F. *P.IVA_1*), in persona del Suo Vice Presidente del CDA e legale rappresentante p.t. Dott. *Controparte_2* rappresentata e difesa, dall'Avv. [redacted] e dall'Avv. [redacted]

CONVENUTO

e

Controparte_3 (C.F. *C.F._2*) rappresentato e difeso dall'avv. [redacted]

CONVENUTO

e

Controparte_4 (P. IVA *P.IVA_2* , in persona del procuratore speciale pro tempore Dott. *Controparte_5* rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

TERZA CHIAMATA

CONCLUSIONI:

Le parti hanno concluso come da verbale dell'udienza di precisazione delle conclusioni del 27.10.2025 e memorie conclusionali e di replica.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

Parte_1 con atto di citazione ritualmente notificato in data 26.04.2021 conveniva in giudizio *Controparte_1* e il dott. *Controparte_3* al fine di ottenere la condanna degli stessi al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a causa della negligente esecuzione delle prestazioni mediche.

A sostegno delle proprie ragioni l'attrice deduceva che:

· nel marzo 2019, la stessa lamentando ipoplasia mammaria, si rivolgeva al dott. *Controparte_3* che consigliava un intervento chirurgico di mastoplastica additiva;

· in data 5.4.19, si ricoverava presso la Casa *Co* Cura [redacted] (casa di cura di proprietà e gestita dalla società *Controparte_1* di Napoli, con diagnosi d'ingresso di "ipoplasia mammaria";

· nella medesima giornata fu sottoposta, dal dott. *CP_3* ad intervento chirurgico di mastoplastica additiva per poi essere dimessa il 6.4.19 con diagnosi di "mastoplastica additiva" e prescrizione di terapia medica e controllo clinico ambulatoriale;

· a causa dell'insorgenza di febbre e notando arrossamento ed asimmetria dei seni, in data 17.5.19 si fece visitare dal dott. *Persona_1* che, prescriveva terapia antibiotica, consigliando incontro con lo specialista che aveva effettuato l'intervento chirurgico;

· nella stessa giornata si recava, quindi, a controllo dal dott. *CP_3* presso la Casa di Cura [redacted], che prescriveva terapia antibiotica ed antinfiammatoria, nonché misurazione della temperatura corporea ogni 6 ore;

· dall'esame colturale del tampone della ferita chirurgica, praticato in data 22.5.19, presso l *CP_6* [redacted] di Napoli, si evinceva lo sviluppo di Staphylococcus aureus;

[...]

· un successivo esame RM delle mammelle, effettuato il 27.5.19, presso il Centro [redacted] di [redacted] (NA), rilevava: "… Bilateralmente: Presenza di protesi in sede sottomuscolare, a segnale omogeneo con margini ondulati ed anfrattuosi ed a tratti introflessi… Raccolta fluida periprotesica, particolarmente evidente a destra";

· in data 28.5.19 si recava a controllo presso l *CP_6* [redacted], i cui sanitari, all'esito della visita, prescrivevano terapia antibiotica iniettiva;

· inoltre, l'attrice si sottoponeva, presso il Centro [redacted] di [redacted] (NA), esami di laboratorio in data 12.6.19 ("… Neutrofili 8.05 79.8% [1.6-7.0 40.0-70.0%]…") e il 13.6.19 ("… Velocità di sedimentazione: Prima ora 35 [ascellare destra si osserva un linfonodo di morfologia ovalare ed ipoecogeno di 8 mm di diametro massimo");

· in data 14.6.19 effettuava, presso l' *Controparte_7*, ulteriore esame colturale del tampone della ferita chirurgica, che confermava lo sviluppo di Staphylococcus aureus produttore di beta-lattamasi e pertanto, il 25.6.19, si ricoverava nuovamente presso la *CP_8* [redacted] di Napoli;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

· all'atto del ricovero, nella sezione relativa all'anamnesi patologia prossima si annotava*: "la paziente riferisce infezione protesi mammarie dopo circa 7 gg dall'intervento di mastoplastica. Attualmente è sottoposta a regime di antibiotico terapia massivo…"*; l'esame obiettivo rilevava, tra l'altro: *"… mammelle edematose, dolenti alla palpazione, arrossate*";

· in data 25.6.19 veniva sottoposta ad intervento chirurgico di *"rimozione protesi e bonifica della tasca*", con dimissioni in data 26.6.19, con diagnosi di *"infezione protesica mammaria bilaterale*" e prescrizione di terapia medica e controllo clinico ambulatoriale;

· il 12.9.19 praticava, presso il dott. *Persona_2* , esame ecografico delle mammelle, dal quale si evinceva: "… *In corrispondenza del QIM di destra si apprezza focolaio cicatriziale in fase incipiente, senza raccolte fluide, esteso dalla cute fino alla fascia*";

· allo stato l'attrice lamentava mancato raggiungimento del risultato atteso dall'intervento di mastoplastica additiva nonchè inestetismo a livello dei seni con presenza di esiti cicatriziali parestetici ed alterazione morfologica della mammella destra;

· *Parte_1* veniva sottoposta a perizia medica da parte dei dottori *Persona_3* e *Persona_4* i quali, all'esame obiettivo rilevavano che la profilassi antibiotica peri-operatoria non venne effettuata pertanto, i sanitari giungevano alle seguenti conclusioni: "*è possibile affermare l'erronea condotta dei Sanitari* *CP* *Controparte_10* *per il mancato rispetto delle linee guida sulla prevenzione delle infezioni peri-operatorie per omessa somministrazione della dovuta terapia antibiotica prima dell'intervento chirurgico di mastoplastica additiva del 5.4.19*";

· pertanto, i consulenti di parte ritenevano che l'infezione nosocomiale conseguita all'intervento chirurgico di mastoplastica additiva cui fu sottoposta *Parte_1* in data 5.4.19 non rappresentasse un evento accidentale, ma, di fatto, una complicanza addebitabile alla inadeguata assistenza sanitaria ricevuta presso la *Controparte_10* di Napoli;

· i medici quantificavano il danno alla salute subito dal *Parte_1* in relazione al dedotto evento nella misura del 27-28% in termini di danno biologico, oltre un lungo periodo di invalidità temporanea;

· in conseguenza dei dedotti fatti, *Parte_1* presenta un grave inestetismo alla zona toracica e ai seni, che si presentano asimmetrici e caratterizzati da deturpanti cicatrici e che influiva negativamente sulle vicende familiari e sulle esigenze e problematiche inerenti la prole;

· in relazione a ciò *Parte_1* sosteneva notevoli esborsi, innanzitutto l'onorario del dottor *[...]* *CP_3* pari a € 4.600,00 oltre ulteriori € 2.149,00 come documentati ed € 1.010,00 per la consulenza dei dottori *Per_3* e *Per_4*

· la danneggiata procedeva con costituzione in mora sia il dottor *CP_3* (a mezzo lettera raccomandata) sia la società [redacted] *CP_1* quale società proprietaria della Casa di Cura [redacted] Spa (a mezzo comunicazione Pec del 03.06.2020);

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

· purtroppo, risultavano vani ogni tentativo di bonario componimento, infatti alla procedura di mediazione, con verbale del 12.02.2021, si dava atto della volontà del dottor *CP_3* parte invitata, di non procedere oltre, mentre la *CP_8*, seppur regolarmente invitata, non partecipava all'incontro.

Tanto premesso l'attrice chiedeva nel presente giudizio di accertare e dichiarare il grave inadempimento dei convenuti *CP_1* *CP_1* e del dottor *Controparte_3* alle obbligazioni assunte nei confronti di *Parte_1* per l'effetto dichiarare la risoluzione del contratto stipulato tra queste parti processuali e condannare i convenuti in solido tra loro, al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale subito dall'attrice per un totale di € 152.867,80 con personalizzazione e comprensivo di spese per intervento chirurgico € 4.600,00 e altre spese mediche € 2.149,0.

Con vittoria di spese, diritti e onorari di Giudizio, da attribuirsi al procuratore anticipatario.

L'attrice chiedeva, inoltre, di riconoscere come voce di spesa gli onorari versati ai consulenti di parte, Prof. *Per_3* e dott. *Per_4* pari € 1.010,00 e le competenze per l'assistenza stragiudiziale e nell'ambito del procedimento di conciliazione obbligatoria, da quantificarsi come da D.M. n°37/2018, il tutto con attribuzione al procuratore.

Si costituiva, in data 21.07.2021, *Controparte_1* la quale chiedeva in via pregiudiziale differirsi ex art. 269 c.p.c. la prima udienza per consentire la chiamata in causa del dott. *Controparte_3* nonché sempre in via pregiudiziale dichiararsi l'assoluta inammissibilità, improcedibilità e, comunque, la inesistenza e/o nullità dell'avverso atto di citazione. Inoltre, nel merito, rigettarsi l'avversa domanda giacchè infondata in fatto e in diritto o in via più gradata, nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda attorea nei confronti della comparente, previo accertamento della quota di responsabilità ascrivibile al sanitario chiamato in causa, condannare quest'ultimo a manlevare la *CP_11* di tutti gli importi che fosse eventualmente condannata a corrispondere alla parte ricorrente.

In via subordinata e con riserva di gravame per l'eventuale rigetto della domanda di manleva proposta verso il medico, affermare e dichiarare il diritto della *CP_11* di procedere alla rivalsa verso il sanitario chiamato in causa per la quota di responsabilità che risulterà ad esso ascrivibile.

Il tutto con condanna dell'attrice al pagamento dei compensi professionali del presente giudizio con attribuzione ai procuratori antistatari.

In data 20.07.2021 si costituiva anche *Controparte_3* il quale chiedeva di autorizzare la chiamata del terzo (*Controparte_4*), con la quale risultava assicurato al tempo dell'evento e con differimento della prima udienza per permetterne la costituzione.

In via principale chiedeva di rigettarsi la domanda attorea perché infondata in fatto e in diritto. In subordine nella denegata ipotesi di accoglimento, di condannare l'assicurazione al risarcimento del danno. Il tutto con vittoria di spese di lite.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

In data 8.03.2022, si costituiva con comparsa di costituzione e risposta con contestuale azione di regresso trasversale e manleva, *Controparte_4* , la quale, in via preliminare e/o pregiudiziale, chiedeva autorizzarsi, ove ritenuto opportuno e previo differimento della prima udienza di comparizione, la notifica del presente atto nei confronti della *Controparte_12* ai fini della domanda di manleva/garanzia.

Nel merito, accertare e dichiarare la carenza di qualsivoglia responsabilità, di natura dolosa e/o colposa, commissiva e/o omissiva, in capo al Dott. *Controparte_3* e, per l'effetto, dichiarare infondata e pertanto rigettare integralmente la domanda della parte attrice con condannare di parte attrice al pagamento delle spese.

Sempre nel merito, in subordine, in caso di accoglimento sia pure parziale delle richieste della ricorrente, rigettare comunque le domande svolte nei confronti del Dott. *CP_3* e dichiarare tenuta *[...]* *CP_13* a manlevare il Dott. *Controparte_3* ai sensi degli artt. 1228 e 2049 c.c., dichiarando nullo l'eventuale patto di manleva sottoscritto tra il professionista e la struttura e dichiarando la polizza in essere con la deducente operativa a secondo rischio ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Inoltre, in via di ulteriore subordine, ove il Giudice ritenesse operativa la polizza, nella denegata e non creduta ipotesi in cui venisse accertata una qualsiasi responsabilità del Dott. *CP_3* limitarsi il quantum negli stretti limiti del giusto e provato e tenendo conto dei massimali così come previsti dal contratto di polizza, nonché dei limiti della copertura così come rappresentati nel contratto di polizza.

In ogni caso nella denegata ipotesi di condanna solidale con surrogazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 1916 c.c. e dell'art. 1.1. del contratto di polizza, accertare e dichiarare il diritto di regresso spettante all'assicurato nei confronti dei soggetti che dovessero essere dichiarati coobbligati.

Il Giudice all'udienza del 10.10.2024 assegnava i termini del 183 VI comma e con ordinanza del 30.11.2023 il Giudice nominava il collegio peritale composto da *Persona_5* , *Persona_6* e *[...]* *Per_7* , i quali depositavano l'elaborato il 22.11.2024.

All'udienza del 27.10.2025, il Giudice ritenuta la causa matura per la decisione, introitava la stessa a sentenza con termini di cui al 190 c.p.c..

MOTIVI DELLA DECISIONE

In via preliminare ed in relazione all'eccezione di nullità dell'atto di citazione quale dedotta dalla convenuta per indeterminatezza del petitum e della causa petendi, essa è certamente da rigettare.

In proposito, mette conto di rilevare come la nullità per totale omissione o assoluta incertezza dell'oggetto della domanda ex art. 164 c.p.c. non ricorre quando il "petitum" e la "causa petendi" siano comunque individuabili attraverso un esame complessivo dell'atto introduttivo del giudizio, non limitato alla parte di esso destinata a contenere le conclusioni, ma esteso anche alla parte espositiva, così come nel valutare il grado di incertezza non può prescindersi dall'intero contesto dell'atto, dalla natura del relativo oggetto e dal

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

comportamento della controparte, dovendosi accertare se, laddove vi sia obiettiva incertezza, la controparte sia tuttavia in grado di comprendere agevolmente le richieste dell'attore o se, invece, in difetto di maggiori specificazioni, si trovi in difficoltà nel predisporre una precisa linea difensiva (cfr. Cass, sez. un., 21 luglio 2009, n. 16910).

La nullità dell'atto pertanto si produce, ex art. 164 c.p.c., solo quando il petitum sia stato del tutto omesso o sia assolutamente incerto, oppure quando manchi del tutto l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda (cfr. amplius Cass. 10926/2023, Cass. 16517/2023, Cass. 27670/2008 e conforme Trib. Napoli 9338/2023, Corte di Appello Venezia 295/2021, Corte Appello Napoli n. 462/2018 e Trib. Roma n. 4525/2018).

Ritenuto, alla luce delle coordinate ermeneutiche relative all'art. 164 c.p.c., che l'atto di citazione è intellegibile ed idoneo alla sua funzione, la relativa doglianza deve essere rigettata.

Ebbene, nel merito, occorre in primo luogo individuare i parametri giurisprudenziali di riferimento in tema di responsabilità della struttura sanitaria dopo l'entrata in vigore della l. 24/2017 (c.d. legge Gelli-Bianco). In particolare, in relazione alla responsabilità della struttura sanitaria, già da tempo la giurisprudenza aveva qualificato essa come avente natura contrattuale (tra le prime pronunce in merito cfr. Cass. 1° marzo 1988, n. 2144, in Foro It., 1988, I, 2296, poi confermata da Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; Cass. 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 1 settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv; Cass. 4 marzo 2004, n. 4210; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133). Più precisamente, era principio già consolidato che l'ente sanitario avesse una responsabilità piena ed autonoma per i danni provocati dai propri dipendenti e più in generale di coloro che operano nella struttura; responsabilità imputabile all'azienda indipendentemente dall'accertamento in concreto della responsabilità individuale dei singoli agenti. Difatti, si è chiarito, in taluni arresti, che la responsabilità dell'ente gestore era di natura diretta per essere riferibile allo stesso, in virtù del principio di immedesimazione organica e della stipula di fatto di un contratto d'opera professionale col paziente, l'operato del medico ovvero del personale infermieristico inserito nell'organizzazione del servizio, che, eseguendo in modo non diligente la prestazione sanitaria, ha causato danni al privato che ha richiesto ed ottenuto la medesima prestazione (così in motivazione Cass., 22 gennaio 1999, n. 589, in Foro It., 1999, I, 3332; in senso diverso, per la configurazione di una responsabilità, sia pure contrattuale, avente però natura indiretta ex art. 1228 c.c.; cfr. Trib. Lucca., 18 gennaio 1992, in Foro It., 1993, I, 264, la quale, appunto, non concorda, così come alcuna dottrina, sulla ricostruzione del rapporto ente – paziente in termini di esecuzione di contratto d'opera professionale). Tale impostazione è stata poi recepita anche dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, le quali, con sentenza n. 577/2008, hanno ricondotto la responsabilità contrattuale in parola nell'ambito dell'inadempimento

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

dell'atipico "contratto di spedalità", e hanno ritenuto che la stessa potesse conseguire non solo dall'inadempimento delle obbligazioni poste direttamente a suo carico, ex art. 1218 c.c., ma anche dall'inadempimento delle prestazioni svolte dai sanitari operanti all'interno della sua struttura, in qualità di suoi ausiliari necessari, ex art. 1228 c.c. (sul punto v. anche Cass. n. 27286/2013; da ultimo cfr. Cassazione civile sez. III, 08/06/2023, n.16272). L'orientamento in parola ha ricevuto l'avallo del legislatore, il quale ha espressamente stabilito, all'art. 7 c. 1 della c.d. legge Gelli, che "La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.". Inoltre, all'art. 7 c. 2, si prevede che la responsabilità contrattuale della struttura sussista anche con riferimento "alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina". Quanto, invece, alla responsabilità del sanitario, l'art. 7 c. 3 prevede che l'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Pertanto, la Legge Gelli Bianco ha introdotto il cd. "doppio binario" di responsabilità, prevedendo la responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. delle strutture sanitarie, in ragione del contratto di spedalità tra paziente ed ospedale; dall'altro, la responsabilità extracontrattuale ex art. 2043 c.c. dell'esercente la professione sanitaria nell'ambito della struttura sanitaria, salvo che nell'unico caso in cui sussista un rapporto diretto medico- paziente. Tale previsione si pone in regime di discontinuità rispetto al passato in quanto la responsabilità sia della struttura sanitaria che del medico venivano qualificate come vera e propria responsabilità contrattuale: la prima discendeva direttamente dal "contratto di spedalità" stipulato con il paziente, mentre per la seconda si faceva riferimento all'art. 1173 c.c., nella parte in cui parla di "ogni altro fatto o atto idoneo" a produrre obbligazioni. Pertanto, si sosteneva che, all'atto di ricovero, tra medico e paziente si stabiliva un "contatto sociale qualificato" (non casuale, ma voluto da entrambe le parti), per effetto del quale il primo assumeva specifici obblighi di protezione nei confronti del secondo, la violazione dei quali imponeva il risarcimento del danno nelle forme prescritte dall'art. 1218 c.c.. Orbene nel caso di specie la condotta del sanitario può dirsi istaurata nell'ambito di un rapporto diretto medico-paziente in quanto la paziente istaurava un rapporto diretto con il medico *CP_3* il quale le consigliava una operazione che sarebbe stata eseguita dal suddetto medico, il successivo 5.04.2019, presso [redacted] gestita da *Controparte_1* (cfr. atto di citazione, punto I, di *Pt_1* privo di contestazione da parte del medico convenuto).

Per l'effetto la responsabilità del sanitario resistente deve essere ricondotta nell'alveo della responsabilità da inadempimento (o inesatto adempimento) contrattuale atteso che sussisteva un rapporto diretto con il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

dottore (medico di elezione del paziente); ciò con conseguente revivescenza della disciplina di cui all'art. 1218 c.c. e non fruibilità delle modifiche afferenti al titolo di responsabilità quali introdotte dalla novella del 2017. La qualificazione in termini contrattuali o extracontrattuali del rapporto tra ente sanitario - paziente, che del rapporto medico – paziente, genera importanti ricadute in tema di onere probatorio. In particolare, nel giudizio contro l'esercente la professione sanitaria, l'onere della prova è a carico del danneggiato, che non dovrà solo allegare, ma anche provare il fatto illecito, il danno, l'elemento soggettivo (la colpa) ed il nesso causale tra condotta ed evento. Invece, nel giudizio contro la struttura sanitaria, il danneggiato dovrà semplicemente provare il titolo da cui deriva l'obbligazione (ad es. il c.d. contratto di spedalità) ed allegare l'inadempimento, rimanendo in capo alla struttura sanitaria l'onere della prova circa l'esatto adempimento ovvero dell'inadempimento non imputabile. Più nello specifico le conclusioni raggiunte in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento da parte della giurisprudenza di legittimità derivano dall'applicazione conforme dei principi enunciati in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. Con la richiamata pronunzia le Sezioni Unite hanno risolto un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici in tema di onere probatorio in materia contrattuale, che vedeva attestata la giurisprudenza su una distinzione basata sull'oggetto della domanda: si riteneva, cioè, che, nel caso in cui chiedesse l'esecuzione del contratto e l'adempimento delle relative obbligazioni, l'attore dovesse provare soltanto la fonte del rapporto dedotto in giudizio, ossia l'esistenza del negozio e quindi dell'obbligo che assumeva inadempiuto; mentre nel caso in cui avesse domandato la risoluzione del contratto ovvero il risarcimento del danno dovesse provare anche il fatto su cui la domanda era fondata, ossia l'inadempimento, spettando al convenuto di dare la prova della non imputabilità di esso (Cass., 9 gennaio 1997, n. 124; Cass., 24 settembre 1996, n. 8435). Tale orientamento, tuttavia, è stato sottoposto a rigorosa critica, osservandosi come la distinzione fra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale implichi oneri probatori diversi circa l'individuazione dei fatti costitutivi della pretesa, rimanendo così irragionevole differenziare l'onere probatorio in funzione delle differenti domande che l'attore intendesse proporre in via contrattuale; e ciò anche perché il criterio della cd. vicinanza della prova, secondo cui l'onere della prova di un fatto deve essere posto a carico della parte cui esso si riferisce, impone di ritenere che l'inadempimento, che nasce e si consuma nella sfera di azione del debitore, non possa essere provato dal creditore, dovendo, viceversa, essere il debitore a provare l'inimputabilità. Sulla scorta di quanto innanzi il supremo giudice di nomofilachia ha statuito che il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento. Analogamente è stato disposto con riguardo all'inesatto adempimento, rilevandosi che al creditore istante è

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento. Applicando, allora, questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico ovvero della struttura sanitaria deve ritenersi che il paziente, che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario e/o della struttura, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento. Più precisamente, consistendo l'obbligazione professionale in un'obbligazione di mezzi, il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto della prestazione sanitaria, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la citata prestazione sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (così anche Cass. 4210/04, rel. Segreto, secondo cui la prova della mancanza di colpa deve essere fornita dal debitore della prestazione, per cui dell'incertezza sulla stessa se ne deve giovare il creditore; si tratta, come detto, del principio di vicinanza della prova, inteso come apprezzamento dell'effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla e non vi è dubbio che la prova sia vicina a chi ha eseguito la prestazione; così da ultimo Cass., 11 novembre 2005, n. 22894, secondo cui, appunto: in tema di responsabilità civile nell'attività medico chirurgica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e/o il contatto e allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato -sia esso il sanitario o la struttura la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile). A tale quadro ermeneutico deve aggiungersi la sentenza delle Sezioni Unite (11 gennaio 2008, n. 576, Presidente: Carbone, Estensore: Segreto) in tema di nesso causale, che accoglie, quanto alla configurabilità di quest'ultimo in sede civile, la regola probatoria del "piu` probabile che non", espressamente adottata dalla pronuncia di cui a Cass. 16 ottobre 2007, n. 21619, accantonando definitivamente il criterio dell"oltre il ragionevole dubbio" di cui alla sentenza Franzese delle Sezioni Unite penali. In effetti, la Cassazione, nella sua più alta composizione, reputa che il danno rilevi sotto due profili diversi: come evento lesivo e come insieme di conseguenze risarcibili, il primo dato va valutato alla stregua del criterio della causalità materiale, mentre il secondo è da vagliarsi secondo il criterio della causalità giuridica. Orbene, per la teoria della regolarità causale, ciascuno è responsabile soltanto delle conseguenze della sua condotta (attiva o omissiva) che appaiano sufficientemente prevedibili al momento in cui ha agito, escludendosi in tal modo la responsabilità per le conseguenze assolutamente atipiche o imprevedibili. E tale valutazione della prevedibilità obbiettiva deve compiersi ex ante, e va compiuta in astratto e non in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

concreto: non in base alla conoscenza dell'uomo medio, ma alle migliori conoscenze scientifiche del momento (poiché "non si tratta di accertare l'elemento soggettivo, ma il nesso causale"), sicché ciò che rileva non è che l'evento sia prevedibile da parte dell'agente, ma (per così dire) da parte delle regole statistiche e/o scientifiche, dalla quale prevedibilità discende da parte delle stesse un giudizio di non improbabilità dell'evento (cfr amplius Cassazione civile , sez. III , 22/08/2024 , n. 23028 per cui : la condotta colposa del medico deve essere verificata ex ante , ossia sulla base di un giudizio prognostico che porta a valutare l'adeguatezza delle condotte (omissive) concretamente tenute, rispetto all'evoluzione della patologia del paziente, senza che sia necessario accertare quale specifica condotta avrebbe evitato l'evento). Le profonde differenze morfologiche e funzionali tra accertamento dell'illecito civile e accertamento di quello penale si ripercuotono, dunque, sul diverso regime probatorio, che attiene alla fase giudiziale successiva la verificarsi del fatto dannoso: muta sostanzialmente, tra il processo penale e quello civile, la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", nel secondo quella della preponderanza dell'evidenza, ossia del "più probabile che non". Ora, Cass. n. 975 del 16 gennaio 2009 (Rv. 606129) (Presidente: *CP_14* P. Estensore: *Testimone_1* ha confermato che in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario per effetto del contratto stipulato o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile; tuttavia, l'insuccesso o il parziale successo di un intervento di routine, o, comunque, con alte probabilità di esito favorevole, implica di per sé la prova dell'anzidetto nesso di causalità, giacché tale nesso, in ambito civilistico, consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non". In tempi ancora più recenti il Giudice di legittimità sembra avere mutato nuovamente indirizzo in termini di maggiore garanzia della posizione dei sanitari e di contraltare di maggiore rigore probatorio in capo al paziente. In particolare, le pronunzie più vicine in termini temporali hanno ribadito i principi enunciati dalle Sezioni Unite civili, ai punti 4.3 e 4.7 della parte motiva della sentenza 11 novembre 2008 n. 26973. Più precisamente, le sezioni Unite citate hanno precisato che nell'ambito della causalità di contatto sociale, la parte lesa ha l'onere di dare la prova del rapporto sanitario, della esistenza di una prestazione sanitaria negligente e della lesione della salute, secondo un riparto di onere della prova che imputa alla parte asseritamente inadempiente la deduzione di cause giustificative di tale inadempimento, di guisa che il criterio della causalità non è quello proprio della imputazione penale secondo il criterio rigoroso della quasi certezza, ma è quello civilistico e probabilistico,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

già espresso dalle S.U. civili nella sentenza n. 5777 del 11 gennaio 2008. Onere di offrire - in termini di allegazione puntuale – prova della esistenza di una prestazione sanitaria negligente ribadito anche da Cass. 26 marzo 2010 n. 7352 e da ultimo da Cass. 15 dicembre 2011 n. 27000 come a carico del paziente. Inoltre, Cass. 27855/2013 ha chiarito come nelle cause di responsabilità professionale medica, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza, per così dire, vestita, astrattamente efficiente, cioè, alla produzione del danno, di talché, solo quando lo sforzo probatorio dell'attore consenta di ritenere dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, scatterà l'onere del convenuto di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia può essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non ha avuto alcuna incidenza eziologica nella produzione del danno. Più recentemente, i giudici di legittimità hanno chiarito come sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sè, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c., solleva infatti il paziente della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; è infatti onere dell'attore danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; (in tal senso, v. Cass. n. 18392/2017 e Cass. n. 26824/2017; v. anche Cass. n. 29853/2018), mentre è onere del debitore dimostrare, in alternativa all'esatto adempimento, l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile, da intendersi nel senso oggettivo della sua inimputabilità all'agente (cfr. Cassazione civile sez. III, 27/02/2023, n.5808). Infine, la giurisprudenza di legittimità ha definitivamente chiarito che, in tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "leges artis" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità della struttura sanitaria ovvero quella contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

inevitabile con l'ordinaria diligenza dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (cfr. Cassazione civile , sez. III , 27/06/2024 , n. 17742 per la quale in materia di responsabilità sanitaria, l'onere della prova è circoscritto ai fatti conosciuti e conoscibili dalla parte, in base alle informazioni accessibili e alle conoscenze tecniche esigibili. Non è necessario specificare dettagli tecnici di responsabilità professionale noti solo agli esperti del settore, ma è sufficiente contestare l'aspetto colposo dell'attività medica secondo le conoscenze ordinarie del momento; conformi Cassazione civile sez. III, 29/03/2022, n.10050; Cass. n. 28991/2019; Cass. n. 26700/2018; Cass. n. 18392/2017; in sede di merito Corte appello, Napoli, sez. VIII, 20/11/2024, n. 4700 che ribadisce come ai fini della responsabilità, grava sull'attore l'onere di allegare e provare la relazione materiale tra la condotta medica e il danno subito, mentre incombe sul sanitario la dimostrazione del nesso eziologico con una causa esterna, imprevedibile e inevitabile. Se il nesso causale non è accertato, le conseguenze ricadono sul creditore della prestazione professionale; in tema cfr anche Cassazione civile, sez. III, 08/04/2024, n. 9198).

Tanto premesso in diritto, può passarsi al concreto esame della fattispecie rimessa alla delibazione di questo Giudice.

A mente di quanto in epigrafe esposto, è da esaminare l'esito dell'istruttoria e, specificamente, le risultanze della relazione peritale a firma dal collegio composto dai consulenti dott. *Persona_5* (Specialista in medicina legale), dott. *Persona_8* (Specialista in malattie infettive), dott. *Persona_7* (Specialista in plastica e ricostruttiva) e dott.ssa *Persona_6* (Specialista in malattie infettive); relazione che, per il carattere di completezza argomentativa e linearità logica, è tale da essere ritenuta attendibile negli esiti da questo Giudice.

In particolare, la perizia ha chiarito quanto segue:

- il caso concerne una lamentata responsabilità professionale nei confronti del dott. *CP_3* *[...]* e dei sanitari della casa di cura [redacted] che ebbero in cura *Parte_1* 37enne all'epoca dei fatti, in quanto affetta da ipoplasia mammaria bilaterale, sottoponendola, in data 5.4.19, ad intervento chirurgico di mastoplastica additiva; (cfr. pg 6 CTU)
- nello specifico parte attrice contesta la trasmissione di un'infezione nosocomiale non adeguatamente prevenuta dalla struttura e dai sanitari intervenuti (cfr. pg 6 CTU);
- alla luce della modalità e del tempo di insorgenza dell'infezione protesica la stessa va probabilmente ricondotta ad un avvenuto contagio intraoperatorio (cfr. pg 8 CTU);
- si tratta quindi di un'infezione del sito chirurgico di natura esogena in merito alla quale devono rilevarsi profili di responsabilità a carico della struttura per inadeguata predisposizione ed attuazione delle adeguate misure di prevenzione, in un caso che non prevedeva la soluzione di particolari difficoltà tecniche (cfr. pg 8 CTU);

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

- dalla documentazione in atti, si perviene a tale conclusione considerando che non risultano allegate da parte convenuta procedure aggiornate all'epoca dei fatti e risulta assente quella sull'igiene delle mani del personale sanitario che rappresenta la più importante e statisticamente significativa fonte di trasmissione di patogeni nosocomiale; inoltre non risulta documentata l'avvenuta antibioticoprofilassi secondo le indicazioni fornite dalle linee guida sull'argomento (cfr. pg 8 CTU);
- parte convenuta, infatti, ha prodotto un registro di scarico in cui vi è aggiunto a penna " *Parte_2* 200 mg e.v. ore 16:00". Tale annotazione non può valere, quale compiuta prova di tale raccomandata procedura, posto che non v'è traccia in cartella clinica contestualmente agli atti assistenziali che furono praticati in quella precisa situazione (cfr. pg 8 CTU);
- peraltro, sul punto, va specificato che si tratterebbe di un'omissione addebitabile all'intera equipe operatoria e non ad un singolo sanitario, sicchè finirebbe per ricadere, in termini di responsabilità sempre sulla struttura convenuta (cfr. pg 8 CTU);
- infine, secondo i consulenti, detti esiti incidono in misura lieve sulla sfera personale e relazionale della paziente ma non comportano alcun riverbero sulla sfera lavorativa (cfr. pg 9 CTU).
- In conclusione, in base alla perizia di ufficio si riscontrano profili di responsabilità a carico dell'intera equipe operatoria (cfr. pg. 8 CTU).

Per l'effetto, venendo alla valutazione dei postumi risarcibili derivati dalle inadeguate condotte realizzate e sopra evidenziate, può dirsi che gli stessi possono essere equamente valutati nella misura del 10-11% di danno biologico, in quanto adeguatamente inquadrabili nella II classe di danno estetico prospettata dalle Linee Guida SIMLA del 2016, per cui è previsto un range del 6-15%. Inoltre, si riconoscono una ITT di giorni 15, seguiti da una ITP di 30 giorni al 50% ed altri 60 giorni al 25% (cfr. pg. 9 CTU).

In ordine alla liquidazione del danno non patrimoniale si utilizza il sistema dei punti di invalidità per garantire omogeneità e non creare sperequazioni tra una fattispecie e l'altra (cfr. Cassazione civile, sez. III, 30/07/2024 , n. 21261, Cass. sentenza n. 19506 del 16 luglio 2024 e Cassazione civile sez. III, 10/01/2024, n.1037).

Pertanto, in applicazione delle "Tabella di Milano 2024" tenuto conto dell'età della danneggiata al momento del sinistro (37 anni) sono riconoscibili € 29.147,005 a titolo di biologico permanente nonchè € 1725,00 per ITT, € 1725,00 per ITP al 50% per gg 30, € 1725,00 per ITP al 25% per gg 60. Per un totale risarcitorio pari ad € 34.322,00.

In ordine alla domanda di danno morale intesa nella sua dimensione eminentemente soggettiva, si chiarisce che: a) il danno morale è autonomo dal danno biologico;

b) la prova della sua esistenza può essere fornita dalle massime di comune esperienza e dalla considerazione che sussiste un rapporto di proporzionalità diretta tra lesione e sofferenza; c) corretto è pertanto calcolare il danno morale come percentuale del danno biologico; d) la quantificazione del danno morale non deve

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

essere confusa con la personalizzazione che attiene invece agli aspetti dinamico relazionali del danno biologico. La modalità di liquidazione del danno morale come frazione quantitativa del danno biologico ha poi ricevuto una sua specifica consacrazione a livello legislativo, segnatamente attraverso il riconoscimento contenuto nell'art. 138 del D.lgs. n. 209/2005; in tal senso, il danno morale mantiene in toto la propria autonomia e non è conglobabile nel danno biologico, trattandosi di sofferenza di natura del tutto interiore e non relazionale, e perciò meritevole di un compenso aggiuntivo al di là della personalizzazione prevista per gli aspetti dinamici compromessi (cfr. Cass. Civ. 11 novembre 2019 n. 28989). Tutto quanto innanzi posto, ai fini del riconoscimento del danno morale, l'onere della prova grava integralmente sul richiedente (cfr. Cass. n. 20661 del 24 luglio 2024). Ma esso va riconosciuto anche su base presuntiva e stante la natura delle lesioni, la loro collocazione, l'età della paziente, la scrivente ritiene di riconoscerlo nella misura tabellare per prevista per la percentuale di biologico.

Per quanto concerne la domanda di riconoscimento delle spese di CTP sostenute deve osservarsi che considerato che la Giurisprudenza di legittimità ha ribadito che le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, hanno natura di allegazione difensiva tecnica e rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate, a meno che il Giudice non si avvalga, ai sensi dell'art. 92, comma 1, c.p.c. della facoltà di escluderle dalla ripetizione, ritenendole eccessive o superflue (cfr. Cass. Sez. 2, 03/01/2013, n. 84; Cass. Sez. 3, 20/02/2015, n. 3380), si riconosce la somma €. 500,00 per ciascun consulente di parte.

Inoltre, sulle somme riconosciute decorrono interessi compensativi ad un tasso medio del 0.5 % annuo da calcolarsi dalla data del fatto (5.4.2020) alla pronunzia della presente sentenza sulla somma dapprima originariamente devalutata alla data dell'illecito e poi incrementata anno per anno nominalmente fino all'importo liquidato in base ai coefficienti ISTAT.

Esaurita la disamina delle singole voci di danno risarcibile, occorre ora procedere all'analisi dei profili di validità ed efficacia operativa delle polizze assicurative coinvolte nel presente giudizio.

In relazione alla chiamata in causa della compagnia *Controparte_4* si procede all'esame della polizza assicurativa n. [redacted] stipulata tra Dott. *CP_3* e la compagnia.

Dall'analisi della polizza emergono i seguenti elementi:

- la validità temporale è dall'1.4.2019 al 1.10.2020 e dall'1.10.2019 al 1.10.2020 (cfr. all. n. 2.1.e 2.3 alla comparsa della compagnia);
- la retroattività assicurativa è di 10 anni salvo per chirurgia plastica e ricostruttiva che è dal 20.6.2013 (cfr. all. 2.1 comparsa);
- l'oggetto della copertura è la responsabilità civile del professionista (cfr. pagina 1 della polizza);
- è presente clausola "claims made" per cui la polizza copre le Richieste di Risarcimento ricevute dall' *Parte_3* per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

successivi alla scadenza della Polizza, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Polizza (pg 4 condizioni dell'assicurazione all. 2.4);

- il massimale è di € 1.000.000,000 (cfr. art.1.1a Polizza all.2.4 compresa);
- è presente richiesta risarcitoria inoltrata: 1) dall'attrice, in data 17 luglio 2020, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al medico *CP_3* 2) dall'attrice, in data 3 giugno 2020, mediante pec alla struttura sanitaria (cfr. all. atto di citazione);

Ciò posto, i fatti risalgono al 5.4.2019 periodo sotto copertura della polizza; tuttavia, la compagnia assicurativa eccepiva l'inoperatività della polizza sulla base delle seguenti clausole:

A. inoperatività per inottemperanza del medico a quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica limitatamente ai Danni da violazione del diritto all'autodeterminazione (art.3.2.1)

B. inoperatività per risarcimento chiesto per mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato (art.3.2.2.)

In merito si osserva come al capo A) non merita approfondimento stante il deposito in atti di idoneo consenso informato (cfr. all. 5 comparsa dott. *CP_3* .

In relazione al capo B) il danno iatrogeno subito dalla paziente (quantificato dai consulenti in 11 % di differenziale quale menomazione residua attuale) non può essere ricondotto nella locuzione di mancato raggiungimento del risultato promesso: esso è un danno estetico autonomo cagionato da errore medico con conseguente insorgenza dell'infezione protesica (cfr. pg 8 ctu). Come tale esso esula dall'ambito applicativo della esclusione de qua. Ancora, il limite alla sola quota di responsabilità riferibile all'assicurato non può ritenersi operante. In particolare, l'estensione dell'obbligo indennitario dell'assicuratore all'intero importo dell'obbligazione solidale dell'assicurato nasce dalla funzione del contratto di assicurazione della responsabilità civile, che è quella di liberare il patrimonio dell'assicurato dall'obbligazione di risarcimento, conseguentemente, l'assicuratore risponde delle somme che l'assicurato è tenuto a corrispondere al terzo per i danni cagionati. Per assolvere a tale funzione la prestazione di garanzia dell'assicuratore va adeguata all'obbligazione stessa dell'assicurato che, nel caso di risarcimento da illecito imputabile a più persone, è solidale. Se la copertura assicurativa non si riferisse all'obbligazione assicurata, l'assicurato resterebbe privo di tutela per la quota di responsabilità a carico del condebitore solidale (Cassazione civile , sez. III , 20/06/2023 , n. 17656). La relativa clausola limitativa è, pertanto, invalida.

Di conseguenza, la polizza che copre il sanitario deve ritenersi operante e per l'intero ammontare risarcitorio nei limiti del massimale.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

Inoltre, con riferimento alla domanda di manleva - rivalsa quale proposta dalla struttura sanitaria nei confronti del medico, va osservato quanto segue. I consulenti hanno evidenziato che l'evento dannoso è riconducibile a un'omissione imputabile all'intera équipe operatoria che svolgeva la propria attività presso l'ente convenuto (cfr. pag. 8 CTU).

Ne consegue che, nei rapporti interni tra struttura e sanitario, la responsabilità per il danno cagionato non può essere riversata integralmente sul medico in assenza di prova in questa sede (prova gravante sulla struttura che agisce nei confronti del sanitario) di una condotta esclusiva, eccezionale e del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di spedalità. In difetto di tale dimostrazione, infatti, trova quindi applicazione il criterio presuntivo di ripartizione paritaria della responsabilità solidale di cui agli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c. (cfr. Cass. civ., sez. III, 20 ottobre 2021, n. 29001; Cass. civ., sez. III, 5 luglio 2017, n. 16488).

Ed infatti, non avendo la struttura sanitaria fornito prova né della colpa esclusiva del medico né della riconducibilità dell'evento dannoso a una condotta grave, straordinaria e imprevedibile del sanitario tale da interrompere il nesso con il rischio d'impresa assunto, deve escludersi il diritto della clinica a vedersi rimborsato tutto quanto verserà in attuazione della presente sentenza: la responsabilità nei rapporti interni deve essere ripartita al 50% su ciascun convenuto.

In ordine alle spese di lite, si statuisce come da dispositivo secondo la soccombenza, in applicazione della quarta fascia della tabella n. 2 (giudizi ordinari e sommari di cognizione innanzi al Tribunale) del decreto ministeriale n. 55/2014 come modificato dal DM. 147/2022..

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunziando nella causa promossa come in narrativa, ogni altra istanza respinta o disattesa, così provvede:

- accoglie la domanda attorea nei limiti di quanto in parte motiva e per l'effetto condanna in solido la *Controparte_15* e *Controparte_3* a versare a *Parte_1* la somma di € 34.322,00; su tali somme decorrono interessi compensativi ad un tasso medio del 0,50% annuo da calcolarsi dalla data del fatto (5.04.2019) alla pronunzia della presente sentenza sulla somma dapprima originariamente devalutata alla data dell'illecito e poi incrementata anno per anno nominalmente fino all'importo liquidato in base ai coefficienti ISTAT;
- condanna in solido *Controparte_16* al pagamento delle spese di lite in favore del procuratore di parte attrice per dichiaratone anticipo; spese che liquida complessivamente in € 1.545,00 (inclusi 1000,00 € per i CTP) per spese vive, € 7616,00 per compensi professionali, oltre spese generali al 15% ed Iva e Cpa se dovute come per legge;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809

- accoglie la domanda di garanzia spiegata nei confronti di *Controparte_4* da *CP_3* *[...]* nei limiti del massimale e per l'effetto condanna la compagnia a tenere indenne l'assicurato di tutte le somme che sarà tenuto a versare in attuazione della presente sentenza;
- Pone le spese di CTU in solido a carico di [redacted] *CP_1* e *Controparte_3*

Napoli, 22/01/2026

Il Giudice

dott.ssa Francesca Console

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-809