N. R.G. *2332/2020*

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di NOVARA

Sezione civile

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Annalisa Boido,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. ***2332/2020*** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato presso il difensore

ATTORE

contro

Controparte_1 C.F. *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con il patrocinio dell'avv. [redacted] e dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato all'indirizzo PEC dell'avv. [redacted]

nonché contro

CP_2 (C.F. *C.F._2*), con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato presso il difensore

CONVENUTI

e contro

Controparte_3 (C.F. *P.IVA_2*), in persona del procuratore speciale *Controparte_4* con il patrocinio dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato all'indirizzo PEC del difensore

TERZA CHIAMATA

Oggetto: responsabilità medica

Conclusioni delle parti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

Per parte attrice (come da foglio di p.c. depositato in data 14.10.2024)

"*voglia l'Ill.mo Tribunale, disattesa ogni diversa e contraria istanza, eccezione, difesa e deduzione, così giudicare:*

dichiarare, per le ragioni tutte, in fatto e in diritto, di cui agli atti ed ai documenti di causa, i convenuti Controparte_1 *e Dott.* CP_2 *responsabili, tra loro in solido, dei danni subiti e subendi dall'attore* Parte_1 *per grave imprudenza e/o negligenza e/o imperizia nella programmazione e/o nella esecuzione e/o nel postoperatorio dell'intervento chirurgico di ernioplastica addominale cui fu in data 29/10/2015 sottoposto presso la U.O. di Chirurgia Generale della* [redacted] *– Presidio di* [redacted] *in Alessandria;*

condannare pertanto i convenuti Controparte_1 *e Dott.* CP_2 *, tra loro in solido, a risarcire integralmente all'attore* Parte_1 *tutti i conseguenti danni patrimoniale (comprensivo del danno emergente, del lucro cessante, del danno da incapacità lavorativa specifica, del danno da perdita di chances) e non patrimoniale (comprensivo del danno biologico, del danno estetico, del danno esistenziale, del danno morale, del danno da perdita di chances, del danno da incapacità lavorativa generica) - nella misura complessiva non inferiore ad € 50.000,00 (cinquantamila/00) ovvero nella misura meglio determinanda dal Tribunale anche sulla base delle risultanze della espletata C.T.U., o ritenuta di giustizia, oltre a rivalutazione monetaria e ad interessi legali al saldo – dal medesimo subiti e subendi;*

con vittoria di spese e competenze del giudizio (oltre a rimborso spese forfettarie, C.P.A. e I.V.A. come per legge) da distrarsi in favore del difensore di parte attrice."

Per parte convenuta Controparte_1 **(come da foglio di p.c. depositato in data 8.10.2024)**

"*Voglia l'Ill.mo Sig. Giudice, disattesa ogni avversa istanza,*

***In via principale**, rigettare tutte le domande proposte dall'attore nei confronti di* Controparte_1 [...] *in quanto infondate in fatto e in diritto per i motivi di cui in narrativa.*

Con vittoria di spese e compensi professionali.

***In via subordinata**, nella denegata ipotesi in cui venisse riscontrata la responsabilità del Dott.* CP_2 *, in solido con il* Controparte_1 *decidere sulla domanda di regresso e per l'effetto condannare il Dott.* CP_2 *a manlevare e tenere indenne la convenuta* Controparte_1 [...] *anche in via di regresso, delle somme che sarà eventualmente tenuta e condannata a pagare all'attore in conseguenza della eventuale accertata colpa medica e della pronuncianda sentenza*".

Per parte convenuta CP_2 **(come da foglio di p.c. depositato in data 12.10.2024)**

"*Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza ed eccezione, previa revoca dell'ordinanza del 18/06/2022 con ammissione delle prove tutte richieste dal convenuto Dottor*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

CP_2 , *e in particolare ammissione dei capitoli tutti formulati con la memoria ex art. 183 comma VI n. II cpc del 10/03/2023, - nel merito, in via principale rigettare la domanda formulata dal signor* Pt_1 *nei confronti del dottor* CP_2 *poiché infondata in fatto ed in diritto, rigettare la domanda riconvenzionale trasversale del* Controparte_1 *poiché infondata in fatto ed in diritto e respingere l'azione di regresso in essa contenuta;*

- in via subordinata, nella denegata ipotesi in cui dovesse essere accertata una qualsivoglia responsabilità del dottor CP_2 *, dichiarare tenuto e per l'effetto condannare la compagnia assicurativa del Dottor* CP_2 , Controparte_3 *, terzo chiamato, a garantire e/o manlevare e/o tenere indenne il dottor* CP_2 *da ogni pretesa dedotta dall'attore nell'atto introduttivo del giudizio, nonché da ogni pretesa dedotta dal* [...] Controparte_1 *con la riconvenzionale trasversale formulata e l'azione di regresso in essa contenuta, ovvero di tutte le somme che il dottor* CP_2 *, in ipotesi, fosse condannato a pagare;*

con vittoria di spese, diritti ed onorari oltre accessori come per legge"

Per parte terza chiamata Controparte_3 **(come da foglio di p.c. depositato in data 14.10.2024)**

"*Piaccia al Tribunale adito, contrariis reiectis:*

NEL MERITO

Respingere la domanda avanzata da Parte_1 *nei confronti del Dott.* CP_2 *in quanto infondata e comunque non provata.*

Respingere la domanda di manleva spiegata dal Controparte_1 *nei confronti del convenuto Dott.* CP_2 *.*

IN OGNI CASO

- Accertato e dichiarato che la copertura assicurativa prestata da Controparte_3 *è a secondo rischio rigettare ogni e qualsivoglia domanda manlevatoria dispiegata avverso la medesima* Controparte_3 *per i fatti di cui è causa, o comunque contenerla nei limiti di cui alle condizioni contrattuali di polizza.*

- Nella non creduta ipotesi di accertamento di una qualche responsabilità del Dott. CP_2 *procedere alla ripartizione interna delle responsabilità tra i condebitori solidali, respingendo la domanda di manleva spiegata dal* Controparte_1 *nei confronti del convenuto Dott.* CP_2 *.*

Con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio, oltre IVA e CPA.

IN VIA ISTRUTTORIA

***- Ordinarsi, a sensi e per gli effetti di cui all'art. 210 c.p.c.**, al* Controparte_1 [...] *l'esibizione in giudizio di copia integrale della polizza RC professionale stipulata in favore e della società e dei propri dipendenti/collaboratori in riferimento all' anno 2015 e/o*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

comunque vigente alla data di notifica della prima richiesta danni (qualora trattasi di una copertura claims made).

*- **Ammettersi l'interpello** del legale rappresentante del* Controparte_1 *[...] sul seguente capo: "Vero che per l'anno 2015 il* Controparte_1 *. disponeva di una propria copertura assicurativa sia per i rischi connessi alla propria attività di* Controparte_1 *sia per il rischio RC professionale dei medici dei quali si avvale e dunque anche del dott.* CP_2 *?".*

***

Motivi in fatto e in diritto della decisione

Con atto di citazione regolarmente notificato, depositato telematicamente presso la Cancelleria di questo Tribunale in data 6.11.2020, Parte_1 ha convenuto in giudizio il Controparte_1 nonché il dott. CP_2 , al fine di vederli dichiarare responsabili dei danni subiti e subendi dall'attore *"per grave imprudenza e/o negligenza e/o imperizia nella programmazione e/o nella esecuzione dell'intervento chirurgico di ernioplastica addominale cui fu in data 29/10/2015 sottoposto presso la U.O. di Chirurgia Generale della* [redacted] *– Presidio di* [redacted] *in Alessandria*" e per ottenere la conseguente condanna dei convenuti, in solido, al risarcimento dei danni suddetti.

Si sono costituiti sia il Controparte_1 sia CP_2 , entrambi resistendo alle domande attoree, di cui hanno chiesto l'integrale rigetto, contestando altresì, anche nella quantificazione, le voci di danno richieste.

Il Policlinico, inoltre, ha svolto in via subordinata domanda di regresso nei confronti del dottor CP_2 , per l'ipotesi di propria soccombenza, chiedendone la condanna a manlevarlo e a tenerlo indenne delle somme che fosse tenuta a pagare all'attore in conseguenza della pronuncia della sentenza.

Il convenuto CP_2 , resistendo altresì alla domanda trasversalmente proposta dal Controparte_1 con memoria autorizzata depositata in data 13.9.2021, ha chiesto e ottenuto di chiamare in giudizio Controparte_3 con cui ebbe a stipulare polizza a copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità professionale, nella quale rientrerebbero i sinistri per cui sono svolte domande nei confronti del sanitario, chiedendo, pertanto, in via subordinata, per l'ipotesi di accertamento di una qualsivoglia propria responsabilità, la condanna della compagnia assicurativa a tenerlo indenne sia dalle pretese dedotte dall'attore nell'atto introduttivo del giudizio sia dal convenuto CP_1 nella domanda trasversalmente proposta.

Si è costituita, infine, Controparte_3 opponendosi alle domande di manleva svolte nei propri confronti, trattandosi di polizza "a secondo rischio"; invocando, in ogni caso, la limitazione dell'assicurazione prestata alla sola quota di responsabilità del sanitario e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

contestando, a propria volta, le domande attoree nell'*an* e nel *quantum* in adesione alle difese svolte dall'assicurato.

La causa è stata istruita mediante consulenza tecnica d'ufficio medico legale.

All'udienza del 15.10.2024 le parti hanno precisato le conclusioni e la causa è stata trattenuta a decisione con la concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

***

1.

Va preliminarmente rilevato che l'azione esercitata dall'attore deve essere qualificata, nella specie, come azione risarcitoria da inadempimento contrattuale, sia nei confronti della clinica, sia nei confronti del medico convenuto, dott. *CP_2* .

Secondo orientamento giurisprudenziale ormai consolidato e costante, l'azione che il paziente esercita nei confronti dell'ospedale o della casa di cura privata al fine di ottenere il risarcimento dei danni subiti in seguito a un intervento sanitario non correttamente eseguito va qualificata come azione di responsabilità da inadempimento contrattuale a norma degli artt. 1218 e 1228 c.c. Secondo tale orientamento, infatti, l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico, definito talora di spedalità, talora di assistenza sanitaria, in base al quale la stessa è tenuta ad una "prestazione complessa, che non si esaurisce nella effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonchè di quelle lato sensu alberghiere" (così, fra le più recenti *Cass., n. 6689/2018; n. 2675/2018;* Cass. n. 19541/2015, Cass. n. 10616/2012; Cass. n. 8826/2007 e Cass. n. 13953/2007).

La struttura sanitaria risponde, dunque, in primo luogo ai sensi dell'art. 1218 c.c. dell'eventuale inadempimento delle obbligazioni la cui esecuzione faccia capo direttamente a sé medesima, come le prestazioni organizzative e alberghiere in senso stretto. In secondo luogo, l'ospedale o la casa di cura privata, che si avvalgono necessariamente nell'esecuzione della prestazione principale del personale sanitario tutto, rispondono dell'operato dei medici e degli infermieri, qualificabili come ausiliari ai sensi dell'art. 1228 c.c. (Cass. n. 1620/2012): ciò a prescindere dai rapporti interni esistenti fra struttura e personale medico, dunque tanto nel caso in cui il rapporto fra medico e struttura si qualifichi come rapporto di lavoro dipendente, quanto nel caso in cui il medico abbia stipulato un contratto di collaborazione autonoma, avvalendosi delle strutture della casa di cura per l'esecuzione delle proprie prestazioni (Cass. n 577/2008).

Quanto alla qualificazione come contrattuale della responsabilità del sanitario, autore delle cure o dei trattamenti da cui si assume essere derivato un danno, ove si tratti di cure o

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

trattamenti eseguiti prima dell'entrata in vigore della l. n. 24/2017 – vigente il d.l. n. 158/2012, conv. in l. 189/2012, la cui entrata in vigore, secondo il condivisibile orientamento in allora espresso dalla giurisprudenza di legittimità (Cass., n. 4040/2013; Cass., ord. n. 8940/2014), non aveva inciso sulla qualificazione della responsabilità del medico come contrattuale – si è recentemente espressa la Corte di cassazione con la sentenza n. 28994/2019.

Con tale pronuncia la Suprema Corte ha ribadito che il c.d. decreto Balduzzi non aveva configurato la responsabilità del medico come extracontrattuale e che soltanto la c. d. *Per_1* ha superato il diritto vivente che qualificava la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria come avente natura contrattuale, affermando che le norme sostanziali contenute in tali due testi normativi non sono applicabili ai fatti avvenuti in epoca precedente alla loro entrata in vigore. La pretesa retroattività di tali disposizioni, infatti, interferirebbe con il potere ordinariamente riservato al giudice di interpretare i fatti e qualificarli giuridicamente e giungerebbe a incidere sui processi già in corso, con lesione dell'affidamento di chi abbia intrapreso un'azione giudiziaria fondata sulla regola, precedentemente impostasi, della responsabilità contrattuale del medico da "contatto sociale".

L'intervento di cui si discute nel presente giudizio è pacificamente antecedente all'entrata in vigore della legge n. 24/2017, con la conseguenza che anche la responsabilità del medico convenuto va ascritta allo schema della responsabilità contrattuale.

Dalle suddette premesse discende l'applicazione, fra l'altro, del relativo regime giuridico dettato in materia di distribuzione dell'onere probatorio.

In particolare, il paziente danneggiato deve fornire la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento sanitario) nonché, secondo le più recenti prese di posizione della giurisprudenza di legittimità, chiarificatrici delle prese di posizione contenuta in Cass., SS.UU., n. 13533/2001, del nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari. L'attore può, invece, limitarsi ad allegare l'inadempimento (Cass., SS.UU., n. 577/2008), sia pure con la necessaria specificità, dal momento che "*l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni c.d. di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno*", con la conseguenza che "*l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno*" (Cass., n. 6689/2018; n. 24109/2013).

Compete, invece, al debitore che intenda liberarsi dall'obbligazione risarcitoria dimostrare di aver correttamente adempiuto o che gli esiti peggiorativi siano derivati da un evento imprevisto o imprevedibile, non imputabile o non riconducibile alla condotta sanitaria (Cass., n. 28991/2019; Cass. n. 26700/2018; n. 18392/2017), prova che va fornita "*dimostrando di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

aver osservato nell'esecuzione della prestazione sanitaria la diligenza normalmente esigibile da un medico in possesso del medesimo grado di specializzazione" (Cass., n. 24791/2008).

2.

L'attore ha esposto: - che, dopo aver subito nel 2008 un intervento di laparoplastica protesica per laparocele ipogastrico, a seguito della comparsa di laparocele mesogastrico fu ricoverato in data 29/10/2015 presso la [redacted] – Presidio di [redacted] in Alessandria, dove subì un intervento di ernioplastica addominale mediante applicazione di mesh chirurgico "Proceed"; - che durante tale intervento, eseguito in anestesia spinale dal dott. CP_2 , vi furono difficoltà chirurgiche dovute alla presenza di "numerose aderenze" e "assenza totale di peritoneo parietale"; - di essere stato dimesso in data 1/11/2015 con diagnosi di "laparocele epi-mesogastrico (parzialmente recidivo)", con prescrizione di terapia antibiotica orale per sette giorni; - di aver eseguito in data 2/12/2015, in seguito alla comparsa, dopo circa tre settimane dalla dimissione, di fistola secernente materiale corpuscolato e necrotico, tampone ed esame colturale presso il Servizio di Microbiologia del Laboratorio "Labazur" di Mentone, all'esito dei quali fu isolato il ceppo Staphilococcus Aureus Meticillino; - di essere stato, quindi, ricoverato dal 4/12/2015 al 9/12/2015 presso l[redacted] U.O. Chirurgia Generale dove venne sottoposto a controllo anche da parte dell'infettivologo, il quale riscontrò: "paz. con deiescenza di ferita in intervento di riduzione di laparocele ad ottobre 2015 con esposizione della protesi, quindi sovra infezione con isolamento di MSSA in altra sede, in corso i nostri tamponi. La sola terapia medica non può essere esaustiva del caso, tantomeno il posizionamento della VAC su materiale protesico, pertanto concordo con la revisione chirurgica sotto terapia antibiotica con sostituzione del materiale protesico. Prosegue terapia antibiotica …"; - di avere ripetuto, sotto trattamento antibiotico, in data 15/12/2015 l'esame colturale presso il Laboratorio "Labazur" di Mentone con esito negativo per presenza di batteri; - di essere stato operato in data 17/11/2016 a causa della ricomparsa, agli inizi del 2016, del laparocele con distacco della componente protesica, dopo avere ricevuto diagnosi per rischio aggravamento tale da "recare grave pregiudizio alla prognosi", con successiva dimissione il 29/11/2016; - di lamentare ancora oggi dolore addominale anteriore a fascia in sede centrale nella stazione eretta e, soprattutto, sotto sforzo, nonché impaccio nei movimenti per senso di tensione e di trazione all'addome (solcato da vistose cicatrici) e impossibilità a sollevarsi da sdraiato senza l'uso delle braccia per impossibilità alla contrazione della muscolatura addominale.

L'attore, sulla base di relazione medicolegale di parte, addebita la responsabilità dell'evoluzione negativa dell'intervento chirurgico del 29/10/2015, con la recidiva del laparocele e la necessità di nuovo intervento, sia alla clinica convenuta, per la comparsa dell'evento settico (conseguente, stante il tipo, comunitario, di germe isolato dalle secrezioni della fistola e il breve tempo trascorso tra l'intervento chirurgico e la sua comparsa, all'intervento stesso) evento che, avendo causato necrosi delle strutture muscolo-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

aponevrotico-peritoneali in adiacenza all'impianto protesico contaminato, avrebbe contribuito al suo danneggiamento; sia al chirurgo, dott. CP_2 , per aver optato per una anestesia periferica, piuttosto che per quella generale, usualmente utilizzata negli interventi di addominoplastica per ampio laparocele con uso di protesi di parete per ottenere il completo rilasciamento della muscolatura e l'immobilità della parete da ricostruire, e per non aver rimosso la precedente retina, affiancandone una seconda senza tener conto di un adeguato overlapping dell'innesto protesico, fattori che avrebbero contribuito al suo disinserimento e alla formazione del nuovo laparocele.

3.

Come sopra già richiamato, in tema di inadempimento di obbligazioni in materia 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). Ne consegue che, ove siano dedotte la responsabilità contrattuale del debitore 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 dell'obbligato, mentre è onere di quest'ultimo provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (v. Cass., n. 5490/2023; n. 4864/2021; n. 11599 /2020; nn. 28991-28992/2019; cfr. anche Cass., SS.UU., n. 577/2008).

Con specifico riferimento al tema delle infezioni nosocomiali, poi, la Corte di Cassazione "*ha evidenziato (Cass. n. 4864 del 2021, cit.) che, in applicazione dei principi suesposti sul riparto dell'onere probatorio, spetterà alla struttura provare: a) di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle* leges artis, *al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive; b) di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico; di tal che la relativa fattispecie non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva (Cass. 15/06/2020, n. 11599), mentre, ai fini dell'affermazione della responsabilità della struttura sanitaria, rilevano, tra l'altro, il criterio temporale - e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale - il criterio topografico - i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. "probabilità prevalente" - e il criterio clinico - volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sarà possibile verificare quali, tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare.*

6.3. Più in dettaglio, è stato precisato (Cass. n. 6386 del 03/03/2023) che - a fronte della prova presuntiva della relativa contrazione in ambito ospedaliero ed ai fini della dimostrazione di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere ed anche al fine di fornire al c.t.u. la documentazione necessaria - gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono ritenersi, in linea generale:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

a) l'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;

b) l'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;

c) l'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami;

d) le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;

e) le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;

f) la qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;

g) l'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica;

h) l'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;

i) le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali;

j) l'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;

k) la sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;

l) la redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;

m) l'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio" (Cass., n. 16900/2023).

Alla luce dei principi su richiamati, le domande attoree appaiono parzialmente fondate nei confronti del *Controparte_1* nei termini *infra* precisati, mentre devono essere rigettate nei confronti del convenuto dr. *CP_2* , per le ragioni che di seguito si espongono.

Gli esiti peritali, già fatti oggetto nel corso dell'istruttoria di chiarimenti da parte dei CCTTUU, appaiono complessivamente motivati in modo logico ed esaustivo, sulla base degli elementi che si analizzeranno immediatamente oltre, e pertanto possono essere qui recepiti, senza procedersi a ulteriore approfondimento.

Il Collegio, ricordato che il laparocele è una "*soluzione di continuo muscolo-aponevrotica della parete addominale secondaria ad una incisione chirurgica o trauma penetrante dell'addome*", ha riferito che, secondo dati di letteratura, la chirurgia del laparoceli per sua natura è esposta ad un tasso significativo di recidive, individuabile dopo la prima riparazione nel 24%, percentuale che sale al 44% nei casi di seconda riparazione; che decisamente molto più contenuti, anche se non assenti, sono gli insuccessi dopo plastica "tension-free", che prevede il posizionamento di una rete di materiale protesico a rinforzo della parete addominale, il cui principale rischio è quello infettivo.

Nel caso di specie l'attore, in età giovanile, fu sottoposto a plurimi interventi chirurgici conseguenti agli esiti di una peritonite da appendicite acuta; da quanto ricavato in sede di operazioni peritali, l'appendicectomia venne eseguita per via pararettale destra, mentre i

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

successivi reinterventi, eseguiti nel contesto dello stesso ricovero, furono realizzati attraverso una laparotomia mediana. Risulta, poi, un ulteriore intervento chirurgico di lisi aderenziale all'età di 15 anni.

In conseguenza di tali interventi chirurgici si produsse un laparocele, che nel 2008 (quando il paziente aveva 49 anni) venne corretto con apposizione di protesi. Ne seguì una recidiva, motivo per cui fu disposto l'intervento effettuato nel corso del ricovero per cui è causa presso la [redacted]

Ciò posto, i Consulenti Tecnici dell'Ufficio:

- hanno ritenuto certamente corretta l'indicazione sia alla riparazione chirurgica dell'ernia sia all'accesso laparotomico (esistevano fattori che decisamente controindicavano la riparazione laparoscopica), mentre non emergevano fattori, legati al paziente, predittivi di rischio di recidiva (dunque legato solo alla circostanza che trattavasi già della correzione di una recidiva);
- hanno notato come la documentazione della patologia in essere e la descrizione dell'intervento chirurgico siano carenti e in alcuni passi contraddittori, in contrasto con l'importanza della patologia da trattare, con particolare riferimento, per quanto qui soprattutto di rilievo, alla esatta posizione e alle dimensioni del laparocele da correggere;
- hanno ritenuto non censurabile la scelta dell'anestesia locoregionale, in linea di principio preferibile per il paziente e anche concretamente, in definitiva, non rivelatasi controindicata, dal momento che dalla lettura della documentazione clinica si evince che la procedura non fu particolarmente disagiata o dolorosa per il paziente ed ebbe di fatto una durata relativamente limitata, in rapporto alla complessità del caso;
- hanno ritenuto non censurabile, e comunque non incidente sulla recidiva, la scelta chirurgica di non rimuovere la rete protesica preesistente dal 2008: sebbene, infatti, l'asportazione della protesi preesistente sia consigliabile, la rimozione costituisce un intervento difficile, indaginoso e a volte rischioso; nella specie, in ogni caso, risulta che il chirurgo alloggiò la nuova rete in un piano differente rispetto a quella preesistente, per cui la mancata rimozione non produsse conseguenze sulla tenuta della nuova protesi;
- hanno ritenuto, con buona probabilità, che la rete impiegata fosse troppo piccola per la riparazione del laparocele, di cui non si conoscono le esatte dimensioni, ma che è definito nella documentazione clinica come "vasto"; hanno, altresì, considerato che la mancanza di rilievi clinici e strumentali adatti a definire tale importante parametro potrebbe essere indice di trascuratezza, in un caso di complessità come la recidiva di laparocele in plurioperato, ma hanno ritenuto di non poter individuare con sicurezza un profilo di responsabilità al riguardo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

Quanto, in particolar modo, all'infezione:

- hanno rilevato che si tratta di un'infezione del sito chirurgico, termine con il quale si intende "*un'infezione che si verifica entro 30 giorni dopo l'intervento o entro un anno [25] dopo un impianto protesico e coinvolge la pelle, il tessuto sottocutaneo dell'incisione (incisione superficiale), e/o i tessuti molli profondi (fascia e muscoli) dell'incisione (incisione profonda) e/o qualsiasi parte anatomica come organi e spazi che sono stati manipolati durante un'operazione*";
- hanno rilevato che la corretta profilassi antibiotica perioperatoria rappresenta la principale misura per prevenire le infezioni del sito chirurgico e hanno osservato che, nel caso di specie, fu impiegato un farmaco appropriato, somministrato con il corretto timing, ma la profilassi fu proseguita oltre il dovuto: condivisibilmente, peraltro, hanno concluso che questo errore non influenzò la vicenda clinica, visto che la raccomandazione di non prolungare la profilassi attiene a considerazioni non pertinenti al caso di specie;
- hanno osservato che il germe isolato non è un germe nosocomiale, ma un germe normalmente presente sulla cute e che, quindi, probabilmente infettò la ferita o per contaminazione cutanea da parte del chirurgo o in corso delle successive medicazioni, o per preparazione della cute non adeguata;
- hanno concluso che, trattandosi di infezione del sito chirurgico, essa deve considerarsi come infezione legata all'assistenza e come tale acquisita, con criteri di maggior probabilità, nel corso dell'intervento chirurgico e che, alla luce delle indicazioni sopra riportate, il *timing* della comparsa conferma questa conclusione: infatti, essendo stato impiegato materiale protesico, è da considerarsi come infezione del sito chirurgico ogni manifestazione manifestatasi entro i 6 mesi-1 anno dall'intervento chirurgico.

Conclusivamente, il Collegio, rispetto all'esito negativo lamentato dall'attore (vasta recidiva di laparocele), ha preliminarmente precisato che la correzione del laparocele si prospettava, già dall'inizio, come un intervento chirurgico non facile e preventivamente gravato da una probabilità di recidiva non trascurabile, compresa tra il 10 e il 15%. Ha rilevato che l'intervento chirurgico non fu adeguatamente documentato in merito sia alla dimensione del laparocele, sia alla effettiva allocazione della rete precedentemente posizionata, imprecisione che non permette di giudicare se sia stata impiegata una rete protesica di dimensioni non adeguate. Ha concluso, tuttavia, che nel caso in esame la determinante della recidiva fu con maggiore probabilità l'infezione, in quanto, anche qualora fosse stata posizionata una protesi di maggiori dimensioni, una infezione così precoce avrebbe determinato con elevata probabilità una recidiva; che l'infezione ebbe le caratteristiche di una tipica infezione legata all'assistenza (infezione del sito chirurgico), manifestatasi con modalità e tempistiche tipiche di interventi chirurgici con posizionamento di materiale protesico; che, pur non potendosi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

escludere la contaminazione nel corso delle medicazioni, con criteri di maggior probabilità la contaminazione si produsse durante l'intervento chirurgico, anche se non è possibile stabilirne le esatte modalità e, in particolare, la riconducibilità a fattori propri della struttura ovvero a comportamenti non perfetti, per quanto riguarda l'asepsi, degli operatori o del personale di sala operatoria.

Ritiene il Tribunale che, alla luce del criterio del più probabile che non, le suddette considerazioni, svolte dai CCTTUU, impongano di ritenere causalmente accertata la derivazione causale dell'infezione dalla condotta dei sanitari operanti presso la clinica.

Quest'ultima ha messo in dubbio la sussistenza del nesso, osservando che non può escludersi che l'infezione sia stata causata dalle medicazioni eseguite al domicilio del paziente, effettuate in ambiente non protetto sotto l'aspetto della sterilità e asepsi.

Va, in primo luogo, osservato che il Collegio peritale ha sì concluso, e ribadito in sede di chiarimenti richiesti dal Tribunale, resi con la relazione integrativa depositata in data 20.1.2024, che l'evenienza non può essere esclusa, ma ciò in linea puramente astratta, ritenendo, invece, sulla base di un criterio statistico, più probabile che l'infezione sia stata contratta in sala operatoria.

E' sì vero che la giurisprudenza ha costantemente evidenziato che, in materia di responsabilità medica, il nesso causale tra la prestazione e il verificarsi del danno alla salute, da valutarsi secondo il criterio di ragionevole probabilità scientifica ispirato al principio del 'più probabile che non', è da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (c.d. probabilità quantitativa), ma riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (c.d. probabilità logica) (fra molte Cass., n. 27274/2023).

Nella specie, peraltro, il criterio probabilistico è supportato "*dai numerosi studi che hanno documentato l'efficacia di misure preventive mirate a ridurre il rischio in sala operatoria, sia da alcuni studi che dimostrano l'identità tra i microrganismi presenti sulle dita del chirurgo e quelli responsabili di infezione post-operatoria, e tra microrganismi presenti nell'aria e quelli responsabili di ISC*", mentre, per quanto consta, non esistono – o, comunque, non sono stati indicati – studi che documentino l'incidenza della medicazione sull'infezione del sito chirurgico.

Soprattutto – e il rilievo risulta assorbente - non venne prescritto dai sanitari al paziente dimesso, per quanto rilevato dal Collegio peritale, il ritorno in ospedale per le medicazioni e neppure vennero fornite al paziente indicazioni specifiche circa l'esigenza di effettuarle in ambiente asettico. Ove anche, dunque, l'infezione fosse stata sviluppata nel corso delle medicazioni, essa sarebbe riconducibile, quantomeno in via concorrente, alla scelta di non gestire direttamente tale fase – tanto delicata nella stessa allegazione della convenuta – e di neppure fornire, al minimo, tassative istruzioni da rispettarsi per abbattere il rischio infettivo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

Per contro, va rilevato come la circostanza che delle medicazioni si sia occupato lo stesso dr. CP_2 , nel proprio studio professionale, è stata allegata da parte attrice tardivamente – solo nel corso delle operazioni peritali – senza contare che l'attore medesimo ha riferito che, almeno in un'occasione, sarebbe stato medicato a domicilio da un'infermiera. Non sussiste alcuna documentazione idonea a dimostrare la circostanza, né l'attore ha offerto prove di altra natura.

Nei rapporti con il dr. CP_2 , pertanto, rimane ferma la conclusione del Collegio per cui, posta l'ascrivibilità dell'infezione alla clinica, non è possibile stabilire, in particolare, un nesso causale con la condotta posta in essere da alcuno dei sanitari precisamente individuabile, piuttosto che con mancanze di natura strutturale.

Tanto è sufficiente a escludere la responsabilità del dr. CP_2 , tanto nei confronti dell'attore, quanto, in via di regresso, rispetto alla domanda trasversale di regresso o manleva proposta dal CP_1 .

Rimane da valutare, alla luce dei principi sopra richiamati, se il Policlinico di CP_1 abbia fornito la prova di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione dell'infezione.

I consulenti, escluso l'esame dei fattori nella specie non rilevanti, hanno dato atto che fu effettuata la tricotomia, sebbene nella specie non indispensabile alla preparazione del sito chirurgico; che fu data informazione al paziente di effettuare la doccia preoperatoria, anche se nella documentazione esibita vi è rimando a un allegato, contenente le istruzioni specifiche, non presente in cartella; che sono esaurientemente documentati i monitoraggi di sterilità ambientale in relazione al buon funzionamento dei sistemi di ventilazione in sala operatoria.

Il collegio peritale, tuttavia, ha ritenuto carenti plurimi altri profili.

In particolare, non vi è documentazione che attesti la corretta esecuzione, nella specie, della disinfezione di braccia e mani del team chirurgico, essendo stati prodotti i verbali del CIO nei quali si fa un riferimento ai sistemi di monitoraggio del lavaggio mani, ma non gli esiti di tale monitoraggio.

Ugualmente, manca evidenza della modalità e tempistica di allestimento del campo operatorio, quanto all'utilizzo di corretta procedura per la preparazione del campo operatorio (lavaggio e disinfezione della cute con i prodotti idonei), così come dell'adozione delle procedure di igiene delle mani, in generale, da parte degli operatori sanitari tutti, prima o dopo il contatto con il paziente.

Ancora – e la mancanza appare particolarmente rilevante, alla luce di quanto sopra osservato - sebbene nei verbali del CIO si faccia riferimento ad un monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico, quale misura di sorveglianza che a propria volta rientra nel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

complesso sistema di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, alla dimissione non furono date al paziente istruzioni per eseguire tale monitoraggio.

Solo la completa dimostrazione della concreta adozione di tutte le misure di contenimento del rischio infettivo - non solo sotto il profilo dell'individuazione delle stesse, mediante opportuni protocolli, ma anche quanto alla concreta applicazione nel caso di specie - consente alla struttura sanitaria di andare esente da responsabilità per l'infezione causalmente riconducibile all'attività dei sanitari.

Non essendo detta prova stata esaurientemente fornita, deve ritenersi sussistente la responsabilità risarcitoria della clinica.

4.

In ordine alla liquidazione del danno, la consulenza tecnica d'ufficio svolta ha accertato la sussistenza di una inabilità temporanea per la durata complessiva di 93 giorni (48 per il primo periodo e 45 per il secondo periodo), da ripartire come segue: inabilità temporanea biologica del 100% di giorni 23 (per i 3 ricoveri ospedalieri); inabilità temporanea biologica del 75% di giorni 20; inabilità temporanea biologica del 50% di giorni 20; inabilità temporanea biologica del 25% di giorni 30.

E' stato, altresì, accertato dal Collegio un danno biologico permanente di origine iatrogena, avente natura differenziale, quantificato nell'8%, con calcolo economico tabellare che va dall' 8% al 15%.

Il Collegio ha osservato che il rilievo clinico attuale depone "*per un vasto laparocele di 23x25 cm che va dal muscolo retto sinistro, che si apprezza ancora da contrazione in sede fisiologica fino al fianco destro, mentre non si apprezza contrazione del muscolo retto di destra, oltre alle cicatrici (13 cm in fossa iliaca destravi, 32 cm mediana, cicatrice da drenaggio centimetrica tra la cicatrice pararettale e la mediana)*" e ha attribuito a tale situazione una stima percentuale di menomazione al 15%, che corrisponde "*al range massimo di valutazione riportata nelle tabelle della SIMLA (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni*".

I CCTTUU hanno altresì tenuto conto nella suddetta valutazione differenziale sia della condizione patologica preesistente del paziente, sia della esistenza di una certa possibilità, legata a tale condizione, che una recidiva del laparocele si verificasse anche in assenza della complicanza infettiva (stimata al 10-15 %, dunque certo non assorbente sotto il profilo del nesso causale, ma correttamente valutata sotto il profilo differenziale).

In ordine alla liquidazione del danno differenziale, la giurisprudenza ha chiarito che "*l'apprezzamento delle menomazioni "concorrenti" in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto stimando, prima, in punti percentuali l'invalidità complessiva, risultante cioè dalla menomazione preesistente sommata a quella causata dall'illecito e poi quella preesistente all'illecito, convertendo entrambe le percentuali in una somma di denaro, con la precisazione che in tutti quei casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

condurre una vita normale lo stato di invalidità anteriore al sinistro dovrà essere considerato pari al cento per cento; procedendo infine a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto" (Cass., n. 18442/2023; n. 28327/2022).

Non potendosi dare applicazione alle tabelle di cui agli artt. 138 e 139 del d. lgs. n. 209/2005, dal momento che le suddette tabelle, oggi comprensive anche delle lesioni cc.dd. macropermanenti, sono applicabili ai soli fatti avvenuti successivamente alla entrata in vigore del decreto attuativo che le ha introdotte in data 5.3.2025 (art. 1, co. 18 l. n. 124/2017), la liquidazione dovrà avvenire secondo le tabelle formate dal Tribunale di Milano, quale utile criterio equitativo omogeneo nazionale.

La giurisprudenza ha, più volte e ancora recentemente, ribadito che nella liquidazione del danno biologico, quando manchino criteri stabiliti dalla legge, l'adozione della regola equitativa di cui all'art. 1226 c.c. deve garantire non solo una adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, essendo intollerabile e non rispondente ad equità che danni identici possano essere liquidati in misura diversa sol perché esaminati da differenti Uffici giudiziari. La Suprema Corte ha ritenuto che garantisce tale uniformità di trattamento il riferimento al criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, già ampiamente diffuso sul territorio nazionale, al quale, in applicazione dell'art. 3 Cost., va riconosciuta la valenza, in linea generale, di parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 cod. civ., salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificarne l'abbandono (Cass., n. 12408/2011, successivamente reiteratamente confermata dalla Suprema Corte; da ultimo cfr. Cass., n. 19506/2024).

In presenza di un danno permanente alla salute, la misura del risarcimento, laddove liquidata sulla base delle tabelle di cui si discute, tende a essere standardizzata grazie all'applicazione del sistema del c.d. del punto variabile in ragione dell'età del danneggiato e della percentuale di invalidità, così quantificandosi nel modo più possibile uniforme l'equivalente monetario di un bene per definizione facente capo, con lo stesso valore, a ogni essere umano.

Tale misura può essere aumentata solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale ed affatto peculiari, mentre le conseguenze dannose normali e indefettibili secondo l'*id quod plerumque accidit* (ossia quelle che qualunque persona, colpita dalla medesima percentuale di invalidità, non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento (Cass., n. 28988/2019).

Ai fini della personalizzazione del danno forfettariamente individuato in termini monetari attraverso i meccanismi tabellari spetta, pertanto, *"al giudice far emergere e valorizzare,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

dandone espressamente conto in motivazione, in coerenza con le risultanze argomentative e probatorie obiettivamente emerse ad esito del dibattito processuale, specifiche circostanze di fatto, peculiari al caso sottoposto ad esame, legate all'irripetibile singolarità dell'esperienza di vita individuale in quanto caratterizzata da aspetti legati alle dinamiche emotive della vita interiore o all'uso del corpo e alla valorizzazione dei relativi aspetti funzionali, di per sé tali da presentare obiettive e riconoscibili ragioni di apprezzamento" (Cass., n. 2788/2019).

Gli stessi autori delle tabelle milanesi hanno chiarito che per individuare i valori monetari di liquidazione è stata elaborata una tabella di valori medi, corrispondenti al caso di incidenza della lesione in termini standardizzabili, in quanto frequentemente ricorrenti. E' stata, poi, individuata una percentuale di aumento di detti valori medi, da utilizzarsi a fini di adeguata personalizzazione laddove il caso concreto presenti peculiarità da allegarsi e da provarsi dal danneggiato, riguardanti sia gli aspetti anatomo-funzionali e relazionali – esemplificativamente, si fa riferimento al lavoratore soggetto a maggior sforzo fisico senza conseguenze patrimoniali o alla lesione al dito del pianista dilettante – sia gli aspetti soggettivi - esemplificativamente, si fa riferimento al dolore al trigemino o alla specifica penosità delle modalità del fatto lesivo.

E', altresì, significativo che, sin dalla versione aggiornata al 2021 delle tabelle, ribadita nella versione attualmente vigente del giugno 2024, sia stata modificata la veste grafica della tabella di liquidazione del danno biologico (ma, esplicitamente, non la sostanza concettuale della sua organizzazione), per cui nella quinta colonna, che nelle edizioni anteriori recava solo l'ammontare complessivo del danno non patrimoniale, inclusivo del danno biologico e del danno morale/per sofferenza soggettiva, è stata aggiunta l'indicazione separata dell'importo monetario di ciascuna delle citate componenti, già ricavabile in precedenza ma ora esplicitata: ciò, dichiaratamente, al fine di evitare che si pervenga alla liquidazione dell'importo totale senza esplicitazione degli specifici pregiudizi dinamico-relazionali e di sofferenza accertati e liquidati. L'applicazione degli importi di cui alla tabella, infatti, esprime esercizio del potere di liquidazione equitativa del giudice e, pertanto, attiene alla fase del *quantum debeatur*, mentre rimane integro l'obbligo motivazionale del giudice in ordine al preventivo necessario accertamento dell'*an debeatur*.

Va richiamato che, secondo noti principi, la considerazione, a fini di liquidazione, di qualsiasi lesione di un interesse o di un valore costituzionalmente protetto, non suscettibile di valutazione economica, deve essere unitaria e onnicomprensiva, dovendo il giudice di merito tener conto, a fini risarcitori, di tutte le conseguenze modificative *in peius* della precedente situazione del danneggiato derivanti dall'evento di danno, evitando al contempo duplicazioni tramite l'attribuzione di nomi diversi a pregiudizi identici. Nel procedere all'accertamento e alla quantificazione del danno risarcibile, pertanto, fermo rimanendo che tanto per l'invalidità temporanea quanto per i postumi permanenti dovrà procedersi a liquidazione unitaria, comprensiva sia degli aspetti di sofferenza soggettiva, sia degli aspetti dinamico relazionali del pregiudizio alla salute e alla integrità psicofisica (Corte Cost., n. 233 del 2003;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

Cass., SS.UU., 11/11/2008, nn. 26972-26975), il giudice dovrà "*congiuntamente, ma distintamente, valutare la reale fenomenologia della lesione non patrimoniale e, cioè, tanto l'aspetto interiore del danno sofferto (c.d. danno morale, sub specie del dolore, della vergogna, della disistima di sè, della paura, della disperazione), quanto quello dinamico-relazionale (destinato ad incidere in senso peggiorativo su tutte le relazioni di vita esterne del soggetto) … tanto le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera morale - che si collocano nella dimensione del rapporto del soggetto con sè stesso - quanto quelle incidenti sul piano dinamico-relazionale della sua vita (che si dipanano nell'ambito della relazione del soggetto con la realtà esterna, con tutto ciò che, in altri termini, costituisce "altro da sè")*" (così per tutte Cass., n. 2461/2020).

In concreto, dovranno essere giustificate tanto l'eventuale liquidazione della componente soggettiva del danno alla salute, oltre a quella strettamente biologica, e dunque la scelta del valore tabellare onnicomprensivo, quanto l'eventuale applicazione di una percentuale di personalizzazione per la presenza di aspetti di pregiudizio diversi da quelli già ricompresi nella quantificazione dei postumi permanenti, in quanto propri, per chiunque, della patologia o delle lesioni sottostanti.

Essa va riconosciuta quanto all'invalidità temporanea nell'intera quota di componente da sofferenza soggettiva interiore prevista dalle tabelle milanesi come "di regola presumibile", determinata nella misura del 25% del danno dinamico-relazionale. Deve valutarsi, sotto tale aspetto, la sofferenza morale connessa al dilatarsi della necessità di ricorrere a diagnosi e cure, dapprima in conseguenza dell'infezione e poi in conseguenza della recidiva del laparocele, in forma tale da determinare la necessità di intervenire in via urgente. Va, dunque, valutata la perdita di quella tranquillità – in ordine alla certezza della propria salute e in ordine alla serenità che consegue dal poter fare conto sull'ordinaria possibilità di attendere alle proprie normali occupazioni – di cui l'attore avrebbe potuto godere nel caso in cui l'intervento avesse avuto il buon esito atteso (pur tenuto conto, anche sotto questo aspetto, di un tasso ineliminabile di possibilità di recidiva). L'invalidità temporanea andrà, pertanto, liquidata secondo il punto base di € 115 per giorno.

Quanto al danno biologico, una certa quota di sofferenza morale deve presuntivamente ritenersi ricollegabile alla perdita di validità, in relazione con le sia pur contenute limitazioni di carattere biologico e relazionale che corrispondono al danno differenziale stimato (la lamentata dolorabilità di alcuni movimenti, i maggiori esiti cicatriziali, la non praticabilità di alcuni movimenti), la corrispondente percezione intima di tale perdita, trattandosi di soggetto in età attiva, dotato di facoltà sensitive e percettive pienamente integre, valutabile in misura media fra l'assenza di tale componente e la sua massima valorizzazione.

Applicando i suddetti parametri, tenuto conto dell'età dell'attore al momento dell'operazione (56 anni), compete un risarcimento quantificabile in € 6.382,50 per invalidità temporanea (comprensiva di componente dinamico-relazionale e soggettiva) e in € 35.262,63 per danno biologico permanente differenziale (€ 55.639,35 liquidazione danno biologico al 15 %, calcolato al punto di € 3.709,29, comprensivo di componente biologico-relazionale e di metà

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

dell'incremento soggettivo previsto dalle tabelle meno € 20.376,72 liquidazione danno biologico all'8 %, calcolato al punto di € 2.547,09, comprensivo di componente biologico-relazionale e di metà dell'incremento soggettivo previsto dalle tabelle).

La suddetta liquidazione è comprensiva di tutti gli aspetti di danno non patrimoniale patiti dall'attore, ai quali, pertanto, non possono riconoscersi le ulteriori voci dedotte – peraltro, in modo del tutto generico – nell'atto introduttivo.

Il danno estetico è già stato ricompreso nella stima della percentuale di danno biologico e ugualmente si è liquidata, nell'applicazione tabellare, una componente a titolo di turbamento d'animo e di sofferenza soggettiva.

La sussistenza di uno sconvolgimento esistenziale, e anche solo di una ricaduta apprezzabile sotto l'aspetto del significativo peggioramento delle abitudini di vita, è da escludersi, tenuto conto delle conseguenze lamentate dall'attore medesimo (e, comunque, accertate dal Collegio peritale).

Quanto al danno da perdita di chances di guarigione e di capacità lavorativa generica, trattasi di profili solo accennati negli atti di parte attrice, dedotti in modo generico e privo di concreto contenuto. Anche sotto tale aspetto, peraltro, ogni possibile pregiudizio è strettamente legato alle conseguenze pregiudizievoli sul piano dell'integrità psico-fisica ed è stato valutato nell'individuazione della percentuale di danno biologico riconosciuta.

Il riconoscimento dell'attore, da parte della competente "Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità (ai sensi della Legge 3 agosto 2009 n. 102)", come "INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 34% al 73% (art. 2 e 13 L. 118/71 e art. 9 DL 509/88), con percentuale: 55%" (successivamente aumentata al 60 %, ma in relazione a eventi successivi e diversi rispetto a quelli di cui si discute, in particolare ricovero ospedaliero per sindrome occlusionale in pregressi interventi per occlusioni intestinali recidivanti) non è di per sé significativa di una perdita di capacità di produrre reddito, né generica né specifica, valendo unicamente al riconoscimento di benefici quali la concessione gratuita di ausili e protesi o l'iscrizione in liste di collocamento mirato.

In assenza di più precisa indicazione, e posto che la CTU non ha evidenziato alcuna effettiva limitazione allo svolgimento delle normali attività da parte dell'attore, non è, pertanto, possibile valutare alcuna reale incidenza sulla capacità del soggetto di produrre reddito attraverso il proprio lavoro.

Complessivamente, dunque, il danno non patrimoniale va riconosciuto nella misura di € 41.645,13.

Il danno, come sopra quantificato, è calcolato all'attualità, grazie all'applicazione delle Tabelle vigenti. Deve però tenersi conto, nella liquidazione del danno cagionato da illecito civile, in caso di ritardo nell'adempimento, del nocumento finanziario (lucro cessante) subito

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta (all'epoca dell'illecito), avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario. Tale danno può essere liquidato con la tecnica degli interessi (calcolati al tasso legale, non avendo gli attori fornito prova di un utilizzo più redditizio della somma), con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originariamente liquidabile, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o in base ad un indice di rivalutazione medio o sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno (cfr. in tal senso per tutte Cass.., sez. un., n. 1712/1995), metodo quest'ultimo che si ritiene di applicare nella specie.

Applicando il calcolo, compete a parte attrice il pagamento, a titolo di complessivo risarcimento del danno non patrimoniale, della somma di € 45.992,98 (comprensivi di € 4.347,85di interessi, calcolati sulla somma devalutata alla data del sinistro e via via rivalutata), su cui andranno calcolati gli ulteriori interessi al tasso legale dalla data della presente sentenza sino al saldo.

Quanto al danno patrimoniale, l'attore ha diritto al rimborso delle spese mediche compiute, nella misura in cui il Collegio le ha ritenute pertinenti e congrue, pari a € 385,07 (mentre per il residuo, rispetto a quelle documentate, manca la certificazione medica che attesti l'esigenza diagnostica o di cura per cui le prestazioni sono state erogate), oltre interessi dai singoli esborsi al saldo.

5.

Alla luce di quanto sopra evidenziato, dovendosi escludere che sia stata raggiunta la prova di una condotta addebitabile in capo al dr. *CP_2* , la domanda di regresso del *CP_1* non può che essere rigettata.

La domanda di manleva proposta dal sanitario nei confronti della propria assicurazione è assorbita dall'integrale esenzione di responsabilità del convenuto *CP_2* .

6.

La regolamentazione delle spese legali segue la soccombenza.

Nei rapporti fra l'attore e il *Controparte_1* , quest'ultimo dovrà rifondere al primo le spese del presente giudizio, liquidate - in relazione allo scaglione da € 26.000,01 a € 52.000,00, sulla base del DM n. 55/2014, come novellato dal DM n. 147/2022 (applicabile alle prestazioni professionali che, unitariamente considerate, si siano concluse successivamente alla sua entrata in vigore: cfr. art. 6, DM n. 147/2022) – tenuto conto del numero e della complessità delle questioni in fatto e in diritto trattate, in € 1.700 per la fase di studio, € 1.200 per la fase introduttiva, € 1.000 per la fase istruttoria ed € 1.500 per la fase decisionale, così complessivamente in € 5.400 per compensi, oltre spese generali forfettarie al 15 %, cpa e iva come per legge e oltre rimborso di CU e marca da bollo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

Va disposta la distrazione di compensi e spese in favore del difensore di parte attrice, avv. [redacted] dichiaratosi antistatario.

L'attore, invece, è tenuto a rifondere le spese di lite sostenute sia dal dr. *CP_2*, quantificabili ugualmente in € 5.400, avendo il convenuto svolto attività processuale analoga a quella dell'attore, in relazione alle diverse fasi di giudizio, sia da *CP_3* alla luce del principio per cui "*in caso di rigetto della domanda principale, le spese di giudizio sostenute dal terzo chiamato in garanzia devono essere poste a carico della parte che, rimasta soccombente, abbia provocato e giustificato la chiamata in causa, anche se l'attore soccombente non abbia formulato alcuna domanda nei confronti del terzo chiamato, salvo che l'iniziativa del chiamante si riveli palesemente arbitraria o manifestamente infondata*" (da ultimo Cass., 1958/2025), situazione che nella specie non si profila.

Si osserva, infatti, che l'assicurazione ha proposto come unica eccezione potenzialmente idonea a escludere la manleva quella relativa alla pretesa operatività della garanzia solo a secondo rischio. L'eccezione, tuttavia, ad una sommaria cognizione volta unicamente alla regolamentazione delle spese, sarebbe stata ritenuta infondata. E' consolidato in giurisprudenza, infatti, il principio per cui, affinché un contratto di assicurazione possa "operare in eccesso" rispetto ad un'altra polizza assicurativa, è necessario che i due contratti coprano il medesimo rischio, situazione nella specie non ricorrente. La polizza stipulata dal medico, anche se operante all'interno di una struttura sanitaria, copre la responsabilità civile del medico stesso, mentre l'assicurazione della responsabilità civile della clinica copre il rischio di depauperamento del patrimonio della struttura sanitaria, per quanto eventualmente derivante da fatto del sanitario. A nulla rileva che tanto la responsabilità della clinica quanto quella del medico possano sorgere dal medesimo fatto illecito, che abbia causato in capo al terzo il medesimo danno: se due contratti di assicurazione garantiscono rischi diversi, non può sussistere, per definizione, una coassicurazione, né una assicurazione plurima, né una copertura "a secondo rischio" (Cass., n. 30314/2019; Cass., n. 4936/2015).

Le spese in favore di *CP_3* si liquidano, tenuto conto del numero e della complessità delle questioni legate alla domanda di manleva proposta dall'assicurato, in € 1.300 per la fase di studio, € 800 per la fase introduttiva, € 900 per la fase istruttoria ed € 1.500 per la fase decisionale, così complessivamente in € 4.500 per compensi, oltre spese generali forfettarie al 15 %, cpa e iva come per legge.

Nei rapporti fra *CP_1* e *CP_2* le spese possono essere integralmente compensate.

Le spese di CTU, liquidate come da separato decreto, si pongono definitivamente a carico di parte convenuta.

PQM

Il Tribunale di Novara, in composizione monocratica, ogni ulteriore domanda, eccezione o deduzione disattesa o assorbita, definitivamente decidendo nel proc. n. 2332/2020:

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413

1) in parziale accoglimento delle domande attoree, condanna la parte convenuta *Controparte_1* a corrispondere a *Parte_1* la somma di € 45.992,98, oltre interessi al tasso legale dalla data della presente sentenza sino al saldo, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, nonché la somma di € 385,07, oltre interessi dai singoli esborsi al saldo, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale;

2) rigetta, nel resto, le domande attoree nei confronti del *Controparte_1* *[...]*

3) rigetta le domande attoree nei confronti di *CP_2* ;

4) rigetta la domanda di regresso proposta dal *Controparte_1* *[...]* nei confronti di *CP_2* ;

5) dichiara assorbita la domanda di manleva proposta da *CP_2* nei confronti di *Controparte_3*

6) condanna parte convenuta *Controparte_1* a rifondere a parte attrice - e per essa al difensore avv. [redacted] dichiaratosi antistatario - le spese legali, liquidate in € 5.400 per compensi, oltre spese generali forfettarie al 15 %, cpa e iva come per legge e oltre rimborso di CU e marca da bollo;

7) condanna *Parte_1* a rifondere le spese del presente giudizio in favore di *[...]* *CP_2* , spese liquidate in € 5.400 per compensi, oltre spese generali forfettarie al 15 %, cpa e iva come per legge e oltre rimborso di CU e marca da bollo, nonché in favore di *Controparte_3* spese liquidate in € 4.500 per compensi, oltre spese generali forfettarie al 15 %, cpa e iva come per legge;

8) compensa le spese fra *Controparte_1* e *[...]* *CP_2* ;

9) pone le spese di CTU, liquidate come da separato decreto, definitivamente a carico della parte convenuta.

Novara, 30 aprile 2025

Il Giudice

dott. Annalisa Boido

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-413