N. R.G. 6753/2010

Monocratica Definitiva
Sc. Repliche 2.1.2018
Minuta depositata in via telematica in data 6.3.2018

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI PERUGIA

I Sezione Civile

In persona del Giudice dr.ssa Loredana Giglio ha emesso la seguente

SENTENZA

Nei giudizi riuniti iscritti al nr. 6753/2010 del registro generale degli affari contenziosi

TRA

Parte_1 (c.f.: *C.F._1*), [redacted] residente in [redacted] elettivamente [redacted] di Castello, [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] (c.f.: *C.F._2*) (*Email_1* che la rappresenta e difende come da delega a margine del ricorso ex art. 702 bis c.p.c.

ATTRICE

Nei confronti di

Persona_1 (c.f.: *C.F._3*) elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] (c.f.: *C.F._4*) che lo difende e rappresenta come da delega in calce alla comparsa di costituzione e risposta

CONVENUTO

e della

Controparte_1 in persona del presidente del consiglio di amministrazione p.t., (p.i. *P.IVA_1*), con sede in [redacted] Perugia ed ivi elettivamente domiciliata in [redacted] presso lo studio degli Avv.ti [redacted] (c.f.: *C.F._5*) e *Controparte_2* (c.f.: *C.F._6*) che la difendono e rappresentano come da delega a margine della comparsa di costituzione e risposta

CONVENUTA

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

con la chiamata in causa di

Controparte_3 (c.f.: *P.IVA_2*) con sede legale in [redacted] in persona del funzionario procuratore speciale p.t., elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] (*C.F._7*) (*Email_2* e dell'Avv. [redacted] (c.f.: *C.F._8* che la difendono e rappresentano come da delega in calce alla comparsa di costituzione e risposta

TERZA CHIAMATA IN CAUSA

Oggetto : responsabilità medica

Conclusioni: come da verbale di udienza del 10.10.2017 da intendersi integralmente richiamato e trascritto. In particolare l'attrice ha concluso chiedendo *l'accoglimento della domanda e condanna dei convenuti e garanti e in via solidale al risarcimento dei danni subiti, biologico (esistenziale e morale) che all'esito della CTU si quantificano in euro 143.111,25 per danno da invalidità permanente ed euro 48.030,00 per i danni da inabilità temporanea per un totale complessivo di euro 191.14,25 o nella diversa somma ritenuta di giustizia, oltre rivalutazione ed interessi legali dall'11.09.2002 o in subordine dal 10.07.2006 con condanna dei convenuti al pagamento in favore di* *Parte_1* *delle spese di consulenza di parte e CTU, oltre spese, competenze del presente giudizio e relative al giudizio ATP nr. 3572/2009 acquisito al fascicolo d'ufficio con provvedimento del mese di maggio 2013, da distrarre in favore del procuratore antistatario*. Le altri parti convenute (dottor *Persona_1* e *Controparte_1* e la terza chiamata in causa (*Controparte_3* , hanno, quindi, concluso, dichiarando, ognuna, di non accettare il contraddittorio su domande ed eccezioni nuove formulate dalle altre parti e riportandosi, poi, ai propri atti di costituzione, chiedendo, altresì, la *Controparte_1* (anche) *l'ammissione delle prove orali non ammesse*.

RAGIONI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

1. La vicenda processuale

Parte_1 ha convenuto in giudizio, davanti al Tribunale di Perugia, il dottor *Persona_1* e la *Controparte_1* chiedendone la condanna, in via solidale, al risarcimento dei danni subiti per effetto dell'intervento di artoprotesi del ginocchio sinistro cui era stata sottoposta dal menzionato dottore nella predetta casa di cura, nel corso del ricovero protrattosi dal 10 al 26 settembre 2002. Ha esposto che l'intervento si era reso necessario a causa della presenza di una alterazione delle articolazioni del ginocchio sinistro che le avevano procurato nel tempo una persistente sintomatologia dolorosa, creandole difficoltà al mantenimento di una postura eretta e anche al solo camminare. Nella parte narrativa del proprio atto introduttivo, *Parte_1* ha rammentato che il 10 settembre 2002 si ricoverava, con una diagnosi d'ingresso di "gonartrosi sx", presso la *Controparte_1* dove, il giorno immediatamente seguente al ricovero, l'11 settembre 2002, il dottor *Persona_1* le praticava l'intervento di artoprotesi. La signora ha, quindi, ricordato che il 17 settembre 2002, a soli sei giorni dall'esecuzione dell'intervento, le veniva prescritto dai sanitari di interrompere la terapia antibiotica (dopo una settiman dall'inizio della sua somministrazione) e, non avendo rilevato (gli stessi sanitari) nulla di anormale nel decorso post – operatorio, di essere, poi, stata dimessa il 26 settembre 2002, con una diagnosi di uscita di "*gonoartrosi sin. trattata chirurgicamente. Anemia post-operatoria*". Sulle circostanze adesso accennate, la ricorrente ha più diffusamente dedotto, evidenziando come fosse stata dimessa (dopo avere anche interrotto, su prescrizione dei sanitari, la terapia antibiotica) nonostante continuasse ad accusare dolore, con presenza di inconsueta

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

febbricola che "andava e venire e pur essendo stati rilevati a suo carico sintomi infiammatori e valori ematici anomali (VES, PCR e proteina C reattiva elevati rispetto alla norma).
La ricorrente - proseguendo ancora con il dedurre in fatto – ha lamentato di avere accusato, dopo l'intervento, disturbi con dolori ingravescenti che avrebbero dimostrato la presenza di una grave infezione nella parte operata, tanto che, nel maggio 2004, il giorno 5, le veniva praticato un secondo intervento chirurgico di sostituzione della protesi impiantata a settembre 2002, sempre eseguito presso la *[...]* *CP_1* e praticatole "per mano" del dottor *Per_1* Malgrado l'intervento ulteriore effettuato, la signora non mostrava progressi, continuando a lamentare dolore, tumefazione, calore e limitazione funzionale del ginocchio. La ricorrente si rivolgeva, allora, ad un infettivologo di sua fiducia che la sottoponeva, per circa un anno, ad una terapia antibiotica che non determinava, però, la soluzione dei suoi problemi. Poiché, infatti, i problemi persistevano, la ricorrente, ha raccontato, di essersi, allora, rivolta, nel settembre 2005, di propria iniziativa, all' *Organizzazione_1* di Bologna dove le veniva diagnosticata l'infezione e la cronicizzazione della stessa. La signora veniva, allora, sottoposta (al *Org_1* a ripetuti interventi chirurgici solo dopo i quali venivano finalmente rilevati valori ematici normali. L'infezione era stata, così, debellata ma a seguito della cronicizzazione dell'infezione, nel tempo, era stata compromessa la struttura ossea del ginocchio. Non era, pertanto, stato più possibile per i sanitari del *Org_1* procedere con un intervento di artoprotesi. Il persistere per ben tre anni dell'infezione (*id est*, la cronicizzazione della stessa) in uno ai successivi ripetuti interventi chirurgici avevano condotto ad un'operazione di immobilizzazione del ginocchio con applicazione del cd. chiodo di Link.
Parte_1 ha, quindi, introdotto il presente giudizio per ottenere il risarcimento dei danni subiti, sostenendo che la causa dell'infezione e di tutto quanto ne era conseguito in termini di postumi invalidanti, di disagi e patimenti (non solo fisici) dovesse essere individuata nella imperita e negligente attività del dottor *Persona_1* *che in presenza dell'infezione dopo il primo intervento avrebbe dovuto rimuovere la protesi e sanificare l'arto* e che, comunque, avrebbe mancato di attivare prontamente una opportuna ed efficace profilassi antibiotica. Gli esiti invalidanti residuati sarebbero stati rilevati e "fotografati" dalla consulenza medica effettuata in sede di accertamento tecnico preventivo, promosso ante causam (dalla stessa signora *Pt_1* , con ricorso del 15.05.2009, ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c.
All'esito del procedimento per ATP è stato, infatti, verificato che per effetto dei fatti sovra narrati sarebbe derivato all'attrice un periodo di inabilità temporanea assoluta di complessivi mesi 4, di invalidità temporanea al 50% di mesi 8 e di invalidità temporanea al 20% di mesi 6, con postumi invalidanti valutabili come danno biologico permanente del 25%.
Passando, quindi, a quantificare le proprie pretese, *Parte_1* ha domandato, a titolo di risarcimento dei danni - tutti - da lei patiti, la complessiva somma di euro 141.805,00 (di cui euro 105.373,00 per i danni da invalidità permanente ed euro 36.432,00 per i danni da invalidità temporanea), *oltre rivalutazione ed interessi a decorrere dall'11.09.2002* (data cui risale l'intervento di artoprotesi incriminato) *o, in subordine, dal 10.07.2006* (data cui risale l'intervento risolutivo).
Si sono costituti in giudizio il dottor *Persona_1* e la *Controparte_1* Le parti convenute hanno contestato, con argomentazioni parzialmente coincidenti, la domanda attorea, confutando (ambedue), preliminarmente, l'utilizzabilità degli esiti del procedimento per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c. perché - hanno sostenuto - essere stato esperito, in assenza dei prescritti presupposti di legge, più propriamente, perché nel caso la contestazione *investiva l'esistenza stessa del diritto fatto valere e non soltanto* (come sarebbe dovuto essere ai fini della legittima istaurazione di un procedimento per ATP) *la determinazione del quantum*.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

Venendo, quindi, più propriamente al merito della vicenda, tanto il medico che la struttura sanitaria hanno rilevato come l'intera prospettazione avversaria si fonderebbe su valutazioni del tutto semplicistiche, sfornite di validi supporti probatori, esaltando, ognuno con riferimento alla propria attività e alle proprie competenze, la correttezza e la diligente esecuzione dei trattamenti sanitari praticati alla signora *Pt_1*
Il dottor *Per_1* più specificamente, ha ritenuto che i *risultati ottenuti sarebbero quelli migliori ottenibili con la chirurgia oggi a disposizione e che* le condizioni lamentate dalla signora sarebbero, invece, derivate dalla condotta tenuta dalla stessa paziente successivamente all'intervento, *non essendosi la stessa sottoposta ai periodici controlli prescritti,* così da configurare (se non una responsabilità esclusiva) quanto meno un concorso di colpa della signora nella causazione del danno.
La *CP_1* dal canto suo, ha rilevato di avere *seguito tutti i protocolli di sterilizzazione,* evidenziando come da un accorto esame della successione dei fatti narrati si evincerebbe che non sarebbe, invero, possibile collocare l'insorgere dell'infezione al tempo del ricovero e della degenza della ricorrente (nel settembre 2002) presso la *Controparte_1*
Entrambi i convenuti hanno, da ultimo, contestato, la quantificazione del danno perché ritenuta, in ogni caso, eccessiva e sproporzionata rispetto alla realtà dei fatti, anche ove mai si fosse pervenuto ad accertare e ritenere esistente un qualche danno.
Persona_1 e la *Controparte_1* hanno concluso pertanto, chiedendo, il rigetto delle pretese attoree sull'assunto, (comune, in definitiva, ad entrambi, sia pure, come visto, per ragioni, in parte, differenti) dell'infondatezza di quelle pretese, tanto in punto di an quanto in punto di quantum, domandando, altresì, di essere autorizzati alla chiamata in causa della propria Compagnia di Assicurazione, per essere eventualmente da queste manlevati nell'ipotesi di condanna.
Autorizzate le chiamate in causa, si è costituita in giudizio, con comparsa del 6.10.2011, quale compagnia assicurativa del dottor *Persona_1* la *Controparte_3* la quale ha eccepito in via preliminare, la prescrizione del diritto all'indennizzo dell'assicurato ex art. 2952 c.c., proseguendo, nel merito, con la richiesta di rigetto delle domande attoree, per essere, le stesse, infondate, in fatto ed in diritto, tanto in punto di an quanto in punto di quantum, rilevando, altresì, *l'inopponibilità alla compagnia della CTU eseguita nel procedimento di ATP, posto che la compagnia non* era stata *a suo tempo convenuta*.
Con comparsa (anche questa recante la data) del 6.10.2011, si è costituita in giudizio la compagnia assicurativa della *Controparte_1* (ancora una volta rispondente alla) *Controparte_3* che ha svolto difese pressoché coincidenti a quelle appena sovra esposte, iniziando con l'eccepire, preliminarmente, la prescrizione del diritto all'indennizzo della chiamante *CP_1* rilevando come al momento della denuncia da parte dell'assicurata alla compagnia, fosse già abbondantemente decorso il termine prescrizionale di due anni previsto dall'art. 2952 c.c. Su questa premessa, la *CP_3* è, quindi, passata, seppure solo *per completezza,* a contestare il merito delle richieste della signora *Pt_1* assumendo, tra le altre cose, l'impossibilità di vedersi opporre gli esiti dell'ATP svoltosi ante causam senza avervi preso parte, non essendole, a suo tempo, stato esteso il contraddittorio.
Su tali domande e difese si è, allora, ritualmente istaurato, nel presente procedimento, il legittimo contraddittorio. Rilevato, però, che trattavisi di domanda risarcitoria fondata su un (presunto) negligente esercizio dell'ars medica, si è ritenuto che il giudizio necessitasse di un'istruzione complessa ed articolata, incompatibile con i tempi brevi che connotano il rito sommario. È stato, allora, disposto il mutamento del rito da sommario ad ordinario, e, quindi, dopo essere stati concessi i termini, depositate le memorie ex art. 183, comma VI, c.p.c.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

La causa è stata istruita col deposito di documenti oltre che con l'espletamento delle prove orali ammesse, dandosi anche corso a CTU medico legale. Il procedimento è stato trattenuto in decisione sulle conclusioni riportate in epigrafe.

2. Sulla disciplina applicabile

In via preliminare, appare opportuno chiarire come nella vicenda all'esame, ai fini della decisione, non possa trovare applicazione la disciplina della legge 8 marzo 2017 n. 24, meglio nota come legge "Gelli-Bianco". In assenza, infatti, di norme che diversamente dispongano, il processo civile è regolato nella sua interezza dal rito vigente al momento della proposizione della domanda, non potendo il principio del "tempus regit actum", in forza del quale lo "ius superveniens" trova applicazione immediata in materia processuale, che riferirsi ai singoli atti da compiere, isolatamente considerati, e non già all'intero nuovo rito. Il "rito" è da intendersi come l' "insieme" delle regole sistematicamente organizzate in vista della statuizione giudiziale. Ne deriva, allora, che l'applicazione di un nuovo rito ad un processo già iniziato, in assenza di norme transitorie che ciò autorizzino, si tradurrebbe in una non consentita applicazione retroattiva di quell' "insieme", invece, vietata dal principio di irretroattività della legge contenuto nell'art. 11 delle disposizioni sulla legge in generale, di cui lo stesso art. 5 c.p.c. è applicazione. Ne consegue che la sua violazione dà luogo a nullità della sentenza in quanto si risolva in una compressione del diritto al contraddittorio.

Per quanto riguarda, invece, le norme sostanziali il principio di irretroattività, in assenza di diverse disposizioni, comporta che la legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore.

La giurisprudenza ha meglio chiarito che dal principio di irretroattività della legge deriva che la legge nuova non può essere applicata ai rapporti sorti anteriormente alla sua entrata in vigore, ed ancora in vita, tutte le volte in cui così facendo "*si disconoscano gli effetti già verificatesi al fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali e future di esso*" (*ex multis,* Cass. civ., 3 luglio 2012 n. 16620).

Venendo, quindi, al caso all'esame, si osserva, da un canto, che la controversia è stata istaurata nell'anno 2010 (il deposito del ricorso risale al 23.12.2010), vale a dire ben 7 anni prima della novella legislativa intervenuta in materia di responsabilità medica nel marzo 2017, e dall'altro che trattasi di vicenda relativa a fatti e situazioni attualmente esistenti, quali i danni e le invalidità lamentate dalla deducente che non possono, in alcun modo, prescindere dall'osservazione e dalla considerazione dei fatti che li hanno (asseritamente) generati, e quindi, dalle colpe e responsabilità di cui si sarebbero macchiati ed in cui sarebbero eventualmente incorsi medici e struttura sanitaria coinvolti. Applicando al caso, la l. 8 marzo 2017, n. 24 che colloca la responsabilità del sanitario nell'ambito della responsabilità aquiliana, si rischierebbe di "togliere ogni efficacia" alle conseguenze negative (eventualmente accertate come esistenti) che ne sono derivate per l'attrice dai comportamenti imperiti e negligenti (ove mai accertati come tali) dei soggetti interessati, "ledendo così ingiustificatamente il legittimo affidamento della signora *Pt_1* in ordine al regime contrattuale della responsabilità del medico". Con la conseguenza, allora, che non può dunque ritenersi applicabile, nella controversia de qua, la disciplina dettata dalla cd. "Gelli-Bianco" , dovendosi, invece, fare applicazione dei principi generali elaborati dalla giurisprudenza in materia e costituenti, sino al recente intervento legislativo, il c.d. "diritto vivente" del sottosistema della responsabilità civile in ambito sanitario.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

3. Sugli orientamenti giurisprudenziali in materia di colpa medica

Così ricostruito, in via di estrema sintesi, l'oggetto del processo e la posizione delle parti, deve rilevarsi che la struttura sanitaria risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 cod. civ., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale (cfr. Cass. sentenza n. 1620 del 03/02/2012). L'anzidetta qualificazione va ribadita pur alla luce della previsione recata dall'art. 3, comma 1, della legge n. 189/12 (cd. legge Balduzzi). Invero, la Suprema Corte ha chiarito che l'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, prevede l'esclusione della responsabilità penale per colpa lieve in favore dei sanitari, che si attengano alle linee guida ed alle buone pratiche accreditate, mentre la norma del secondo periodo ha la funzione di precisare che l'esclusione della responsabilità penale non fa venire meno la risarcibilità del danno. Deve, cioè, pervenirsi alla conclusione che, conformemente al suo tenore letterale, alla collocazione sistematica ed alla ratio certa dell'intervento legislativo, la norma del secondo periodo non ha inteso operare alcuna scelta circa il regime di accertamento della responsabilità civile, ma ha voluto soltanto far salvo il risarcimento del danno anche in caso di applicazione dell'esimente penale, senza così imporre alcun ripensamento sull'inquadramento contrattuale della responsabilità sanitaria (cfr. Cass. n. 8940 del 17.04.2014). Del resto in presenza, come anche accaduto nello specifico, di un vero e proprio contratto, perché non è contestato che la scelta del sanitario e della struttura sanitaria sia stata frutto di pura elezione da parte della signora odierna deducente, non si vede come qualificare il rapporto e la conseguente responsabilità delle parti, se non in termini di responsabilità contrattuale.

Aderendo a questo orientamento sia la responsabilità della struttura sanitaria (contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria) sia la responsabilità del medico (contratto d'opera professionale) derivano da inadempimento e sono disciplinate dall'art. 1218 c.c.

Dal riconoscimento della natura contrattuale della responsabilità del sanitario discende che il medico, poiché svolge un'attività a contenuto professionale, è tenuto nell'adempimento delle proprie obbligazioni, non già alla diligenza generica del buon padre di famiglia, bensì a quella più accurata e specifica del debitore qualificato, come prescrive l'art. 1176, II comma, c.c. Ciò comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che, nel loro insieme, costituiscono la conoscenza della professione medica (Cass. civ. 4852/99, 5945/00, 6386/01, 3492/02). La diligenza è, al tempo stesso, parametro di imputazione del mancato adempimento e criterio di determinazione del contenuto dell'obbligazione. Nella diligenza è compresa anche la perizia da intendersi come conoscenza ed attuazione delle regole tecniche proprie di una determinata arte o professione. Comunemente si dice che trattasi di una diligentia in abstracto, ma questo al solo fine di escludere che trattasi di una diligentia quam in suis, e cioè la diligenza che normalmente adotta quel determinato debitore. Per il resto, il grado diligenza deve essere apprezzato in relazione alle circostanze concrete e tra queste rientrano anche le dotazioni della struttura sanitaria in cui lo stesso opera.

Sotto il profilo del grado di colpa, di cui il medico o il personale sanitario in genere, deve rispondere, il disposto dell'art. 2236 c.c. va interpretato nel senso che la limitazione di responsabilità alle sole ipotesi di dolo e colpa grave non ricorre con riferimento ai danni causati per negligenza o imperizia, ma soltanto per i casi che richiedono la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (perché trascendono la preparazione media o non sono stati ancora studiati a sufficienza, ovvero dibattuti con riguardo ai metodi da adottare; cfr. Cass., sez. III, sent. n. 5945 del 10.5.2000; Cass., sez. III, sent. n. 4852 del 19.5.1999; Cass., Sez. III, sent. n. 11440 del 18.11.1997).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

Per quanto attiene, poi, alla ripartizione dell'onere probatorio tra paziente e medico, la natura contrattuale della predetta responsabilità implica che, in forza della presunzione di colpa di cui all'art. 1218 c.c., il paziente ha solo l'onere di allegare il peggioramento delle proprie condizioni di salute, imputandone la causa all'intervento del medico. È invece onere di quest'ultimo dimostrare che l'esito negativo non è ascrivibile alla propria negligenza od imperizia, e che la sua prestazione implicava la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà. Ne consegue che, qualora il medico non assolva in maniera idonea questo suo onere probatorio, l'inesatto adempimento della sua prestazione - ovvero anche solo l'incertezza degli esiti probatori in ordine all'esatto adempimento - va posta a suo carico.
Quanto al riparto dell'onere probatorio in tema di colpa medica, la costante giurisprudenza di legittimità ritiene, infatti, che sia posto a carico del danneggiato la prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonché del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico di questi ultimi o dell'ente ospedaliero 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 (cfr. Cass. sentenza n. 4400/2004; n. 9085/2006; Cass. 4792/2013).
Riassumendo, quindi, in ragione, della natura contrattuale del rapporto sottostante opera una presunzione semplice di responsabilità a carico sia degli enti che dei medici e l'onere della prova che l'insuccesso non sia dipeso da mancanza di diligenza (e, soprattutto, di perizia professionale specifica) incombe a carico dei medici e degli enti di appartenenza o comunque degli enti nell'orbita dei quali gravitano ed operano gli anzidetti medici.
In tale contesto, 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 di spedalità, in base alla quale la struttura in questione è tenuta ad una prestazione complessa, che non si esaurisce nell'effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche, generali e specialistiche, ma si estende ad una serie di altri aspetti, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché a prestazioni lato sensu alberghiere. L'oggetto dell'obbligazione assunta dalla struttura ospedaliera non è costituito semplicemente dalla prestazione medica dei propri dipendenti, ma da una più complessa prestazione, definita come assistenza sanitaria, oggetto di un contratto atipico, inquadrabile nella categoria della locatio operis. A carico della medesima struttura sanitaria gravano infatti, prestazioni non solo di diagnosi e cura, ma anche di tipo organizzativo, connesse all' assistenza postoperatoria, alla sicurezza delle attrezzature, dei macchinari, alla vigilanza ed alla custodia dei pazienti, oltre prestazioni più propriamente riconducibili al contratto d'albergo. L'attività del medico costituisce quindi solo un momento di una più complessa prestazione ed il danno non sempre è conseguenza dell'errore del singolo operatore, ma talvolta anche del comportamento di più soggetti. Siffatto inquadramento comporta l'assoggettamento della struttura presso la quale ha avuto luogo il trattamento sanitario contestato alla regola dettata dall'art. 1228 c.c., di modo che la struttura medesima risponde dell'inadempimento della prestazione professionale svolta dal medico, quale ausiliario necessario dell'organizzazione aziendale, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato (Cass. civ., sez. III, 26 giugno 2012, n. 10616). E questo sul duplice rilievo che la prestazione del sanitario è indispensabile alla struttura per adempiere l'obbligazione assunta con il danneggiato e che la norma di cui all'art. 1228 c.c. ha la precipua funzione di attribuire il rischio dell'attività degli ausiliari della prestazione a chi si appropria, anche se non in maniera esclusiva, dei vantaggi della prestazione (cfr. in termini, ex multis, Cass. civ. Sez. III, 26/01/2006, n. 1698; Cass. civ. Sez. III, 03/02/2012, n. 1620; Cass. civ. Sez. III, 12/03/2010, n. 6053).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

4. Sulla fondatezza della domanda risarcitoria svolta da *Parte_1*

In applicazione di tutti i suesposti principi va, dunque, esaminata la domanda attorea tenendo conto che era onere dell'attrice dimostrare l'esistenza del contratto con la struttura sanitaria ed allegare l'inadempimento (o comunque l'inesatto adempimento) delle prestazioni medico professionali rese in suo favore dai convenuti, restando, invece, a carico di questi ultimi la prova che le medesime prestazioni erano state eseguite in modo diligente e che i problemi lamentati erano stati determinati da un evento imprevisto, imprevedibile ovvero inevitabile. Ed è proprio alla luce dei predetti principi e della ritenuta natura contrattuale della responsabilità medica che si osserva che, nel caso in esame, il medico e la casa di cura convenuti non hanno assolto all'onere probatorio dianzi descritto e che, quindi, (non potendo ritenersi l'ipotesi dell'esatto adempimento né quella dell'inadempimento non imputabile) la domanda risarcitoria svolta dall'odierna deducente merita di essere accolta.

È incontestato tra le parti ed è documentalmente provato che *Parte_1* è stata ricoverata presso la *Controparte_1* il 10.9.2002 e che lì è stata sottoposta il giorno seguente ad intervento chirurgico di artoprotesi del ginocchio sinistro. È del pari incontestata la circostanza che vede il medico odierno convenuto come medico "di fiducia" di parte attrice, al quale la stessa si è rivolta in libera professione, così come liberamente ha scelto di operarsi presso la struttura sanitaria convenuta.

Sicché può ritenersi dimostrata sia la conclusione di un contratto tra l'attrice ed il dottore convenuto (specialista in ortopedia) sia la conclusione del contratto atipico di spedalità tra l'attrice e la struttura anch'essa vocata in ius.

Dalla documentazione versata in atti (cartelle cliniche, certificati, prescrizioni mediche) e dagli esiti della CTU emerge che *Parte_1* affetta da gonoartrosi o artrosi del ginocchio (nella specie, sinistro) è stata sottoposta in data 11.9.2002 ad intervento chirurgico di artoprotesi e che in data 26.9.2002 è stata dimessa, con la seguente diagnosi "*gonoartrosi sin. trattata chirurgicamente. Anemia post-operatoria*"; sono seguiti ulteriori accertamenti effettuati presso la stessa struttura sino al maggio 2004 quando la *Pt_1* si è sottoposta, ancora una volta, presso la stessa struttura ad intervento di rimozione e sostituzione della protesi. Il prosieguo della storia clinica della degente si è caratterizzato per la permanenza del dolore e per una sostanziale assenza di recupero, in un quadro di persistenza di indici di flogosi alterati, in assenza, tra l'altro, di idonea terapia per infezione. Soltanto ad ottobre 2004 la *Pt_1* è stata sottoposta da un infettivologo, al quale di propria iniziativa si era rivolta, ad una terapia antibiotica per la durata di circa un anno, senza, però, registrare miglioramenti, continuando a registrare, invece, costantemente una positività degli indici di flogosi, oltre che una persistente sintomatologia dolorosa. A settembre 2005 si è rivolta, allora, all *[...] Organizzazione_1* di Bologna, sottoponendosi, lì, ad ulteriori interventi, cure e trattamenti, nonché, a controlli periodici con cadenza annuale.

Il CTU - con una relazione coerente e lineare, pienamente esaustiva rispetto ai quesiti proposti, interamente fondata sulle emergenze dei documenti in atti e sull'esame obiettivo della paziente - ha, preliminarmente, dato conto di come nella specie *l'ipotesi dell'infezione è sorretta da elementi non univoci o quanto meno incompleti.*

Se, infatti, elementi, quali 1) *la comparsa del dolore sin dal tempo dell'intervento del 2002*, 2) la perdurante *esistenza a far tempo da quella data di indici bioumorali alterati di flogosi*, 3) *l'esito delle scintigrafie del 2003*, 4) la *natura dell'intervento chirurgico eseguito nel maggio 2004* in uno, da ultimo, 5) alla *diagnosi dell' Org_1 di Bologna* non sembrerebbero lasciare residuare dubbi di sorta in merito alla contrazione da parte della signora *Pt_1* i una infezione periprotesica in ambiente ospedaliero (nel caso, nella *CP_1* , d'altro canto, però, I) *l'assenza di altri* (altri rispetto agli indici bioumorali alterati di flogosi) *segni bioumorali di franca infezione,* II) *la costante negatività degli esami culturali (maggio 2004, settembre 2005 e luglio 2006),* III) *fino alla positività per Stafilococco*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

Per_2 *riscontrata nel corso del novembre – dicembre 2005* non rifletterebbero compiutamente il paradigma di una infezione protesica quale descritta nella pratica clinica corrente.
Pur movendo da una siffatta osservazione, il CTU, esaminando ogni aspetto della vicenda, con un ragionamento logico e coerente che qua si condivide arriva, comunque, a concludere che *la natura settica della mobilizzazione protesica è sostenibile*.
Del resto, come ha osservato il CTU, la stessa condotta dei sanitari ora convenuti mostra che già nel corso dell'anno 2003, così come anche nel maggio 2004, l'ipotesi infettiva oggi respinta e contestata , era, invero, *stata ritenuta da loro stessi la più probabile*.
Diversamente, sostiene ancora il CTU, non si capirebbe perché si era proceduto (nel 2003) da parte dei curanti ad accertamenti come le scintigrafie o perché si era proceduto (a maggio 2004) alla rimozione dell'artoprotesi del ginocchio sinistro con impianto dispositivo cementato con antibiotico.
Ma se, allora i sanitari della struttura evocata in giudizio così come anche il dottor Per_1 "paventavano" (il CTU testualmente:" *avevano ben presente*) già nel corso dell'anno 2003 un'infezione a danno della Pt_1 come si spiega - ci si chiede - se non ipotizzando a loro (dei sanitari) carico una omissione di diligenza, che gli stessi (il Per_1 e i sanitari della Casa di cura) in nessuna occasione hanno proceduto ad adottare i provvedimenti necessari, indagando, intanto, sull'eziologia (ad esempio con una artroscopia) e poi magari tentando un trattamento conservativo, prima di procedere a maggio del 2004, alla rimozione della protesi.
Si badi che il primo vero trattamento antibiotico somministrato alla [redacted] risale ad ottobre 2004, a quando la signora si è rivolta, di propria iniziativa, ad uno specialista infettivologo.
Può, allora, legittimamente affermarsi che la condotta (o meglio, le omesse condotte) dei convenuti sono state, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno.
Persona_1 e, con lui, anche i sanitari della casa di cura, sottoponendo Parte_1 ad un intervento chirurgico in cui *l'infezione costituisce in ordine di frequenza l'evento sfavorevole più comune dopo l'esecuzione dell'intervento stesso* avrebbe dovuto procedere con una più opportuna profilassi antibiotica, specie in considerazione del perdurare nel post-intervento della sintomatologia dolorosa, della comparsa di febbre, e del rilievo di valori ematici anomali, mancando, poi, anche successivamente all'esecuzione dell'intervento, quando perduravano le problematiche adesso menzionate, di disporre opportune indagini, affrettandosi ad eseguire un intervento di rimozione della protesi, senza, però, prima tentare di percorrere la via del trattamento conservativo, contrariamente a quanto suggerito dagli studi e dalla letteratura scientifica esistente in materia.
Il dottor Persona_1 e la Controparte_1 devono, pertanto, rispondere dei danni subiti dalla signora Pt_1 responsabili non solo per l'insorgere dell'infezione ma anche per non avere riscontrato, poi, tempestivamente l'infezione stessa, e per non avere eseguito tutti gli accertamenti necessari, da quelli volti ad identificarne l'eziologia, il germe e anche la sua sensibilità a specifici antibiotici, a quelli volti a debellare l'infezione.
La CTU ha dato una chiara spiegazione tecnica anche in merito agli aspetti più controversi:
- l'esistenza o meno, di un nesso di causa in termini di causalità adeguata, ossia nel rispetto del principio causalistico di derivazione giurisprudenziale insito nel brocardo del "più probabile che non", spiegato da una sindrome infettiva periprotesica come infezione ritardata, ben conosciuta nella letteratura scientifica e che può manifestarsi anche entro due anni dall'intervento chirurgico (causa ritenuta dal CTU come la più probabile),
- (infezione) della cui insorgenza risultano sintomatici la persistenza della sintomatologia dolorosa e la positività degli indici di flogosi che non erano frequenti nel decorso post-operatorio di soggetti sottoposti ad interventi di protesizzazione,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

- posto, tra l'altro, che le scintigrafie fatte eseguire dai curanti alla signora nel corso dell'anno 2003 e l'intervento praticatole nel maggio 2004 "svelano" il sospetto clinico (d'infezione) nutrito dagli stessi sanitari qua convenuti, in assenza di ulteriori segni e sintomi clinici in grado di giustificare le scintigrafie e l'intervento stesso.

E comunque anche quando non volesse ritenersi *la sostenibilità della natura settica della mobilizzazione protesica*, è, in ogni caso, evidente che l'incertezza nella causazione ricade sul medico e sulla struttura sanitaria, in ragione di quanto già posto in rilievo in ordine all'assolvimento dell'onus probandi. Stabilire, come nel caso, se determinati sintomi e valori ematici ad una determinata epoca, siano stati correttamente o scorrettamente interpretati, significa accertare se il medico ha tenuto una condotta negligente o diligente; l'accertamento della diligenza della condotta del medico forma (come già più sopra accennato) oggetto dell'accertamento della colpa, ed in tema di responsabilità medica non è onere dell'attore provare la colpa del medico, ma è onere di quest'ultimo provare di avere tenuto una condotta diligente (Cass. 26517/2017), con la conseguenza che nella eventuale situazione di incertezza sulla sussistenza di colpa, della stessa deve giovarsi il creditore - paziente e non certo il debitore - medico (cfr. Cass. civ., sez. III, 4 marzo 2004, n. 4400).

Il CTU movendo dall'osservazione fattuale per cui *un vero trattamento* antibiotico *fu intrapreso solo nell'ottobre 2004 da specialista infettivologo consultato di propria iniziativa dalla paziente*, conclude individuando *elementi di non perfetta congruità assistenziale*.

Per dirla in altri termini, trattandosi di infezione, la cui gestione è, sempre, certamente complessa, sarebbe, cioè a dire, stato opportuno disporre indagini di tipo "infettivologico" che avrebbero agevolmente permesso di impostare, come era necessario, e di impostare in maniera tempestiva, una corretta terapia antibiotica.

Va, pertanto, senz'altro accertata, alla luce delle risultanze relazione dell'officiato CTU, (dott. *Per_3* la responsabilità contrattuale del dottor *Persona_1* e della *Controparte_1* , ex artt. 1218 e 1228 c.c.

Né la *CP_1* potrebbe andare esente da responsabilità in ragione dell'osservazione con la quale lo stesso CTU conclude il proprio elaborato per cui *risultano adeguatamente documentati i provvedimenti di natura igienico-organizzativa che in occasione del ricovero del settembre 2002 furono adottati al fine di prevenire infezioni chirurgiche.*

E questo perché, intanto, il fatto d'essere stati adeguatamente documentati non equivale a dire né a dimostrare l'effettiva adozione nel caso concreto dei protocolli in tema di profilassi ambientale e sterilizzazione del materiale utilizzato, l'adozione di tutte le cautele prescritte dalla vigente normativa in tema di preservazione delle condizioni igieniche dei locali destinati all'effettuazione degli interventi chirurgici ed al ricovero dei pazienti e di sterilizzazione e profilassi preventiva della strumentazione adoperata. Non è, difatti, stata acquisita agli atti prova della correttezza dei processi di sterilizzazione dei kit chirurgici e della biancheria della sala operatoria; né abbiamo notizia di eventuali interventi eseguiti nella stessa sala operatoria prima dell'intervento praticato alla signora e del se eventualmente la sala sia poi stata nuovamente sterilizzata.

Ed in secondo luogo, perché è lo stesso CTU che pur rilevando di non potere sostenere con *sufficiente certezza carenze di natura igi*enico-organizzative da parte della casa di cura, comunque, non esclude, la riconducibilità causale dell'infezione all'intervento, concludendo sul punto col dire che *troppe* sono *le variabili circostanziali che potrebbero in tesi generale costituire motivo di contagio in sala operatoria*. Variabili che, alla fine del suo ragionare, il CTU non pare comunque, di potere escludere (seppure non affermandole con certezza) che siano intervenute anche nel caso all'esame.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

La correttezza o meno delle procedure di sterilizzazione non risulta corroborata neanche dall'esito delle prove testimoniali svolte in giudizio. In particolare, i testi ammessi e comparsi, *Tes_1* (caposala operatoria) e *Tes_2* (vice direttore sanitario della casa di cura) hanno sì confermato che il processo di sterilizzazione usualmente utilizzato è quello effettuato, conformemente alle linee guida, con il metodo in autoclave (verbale udienza 17.11.2016). Ciò nondimeno, con riferimento all'episodio concreto, l'uno, il *Tes_1* nulla di più specifico ricorda, aggiungendo, tra l'altro, che i documenti che gli vengono mostrati, consistenti in certificati di sterilizzazione, non recano comunque la sua firma; l'altra, la *CP_1* pur ricordando di avere visto i documenti che le vengono esibiti innanzi e che riconosce come certificati di avvenuta sterilizzazione e pulizia, aggiunge e specifica, comunque, di non essere stata personalmente presente alle attività di sterilizzazione. Né alcuno ha poi, confermato che il personale avente accesso in sala operatoria per l'intervento della *Pt_1* ndossava guanti, mascherina, copricapo, sovrascarpe sterilizzati e che si era lavato le mani prima di indossare i guanti sterili o, ancora, che lo strumentario e la teleria era stato aperto solo in sala operatoria o che in sala operatoria non fosse entrato altro personale per tutta la durata dell'intervento. Nessuno dei testi ammessi conferma di avere controllato l'esecuzione della sanificazione della sala operatoria; sicché dall'esame congiunto delle prove testimoniali, della documentazione prodotta a corredo e dalle risultanze della CTU non è possibile ritenere assolto l'onere probatorio gravante sulla struttura sanitaria convenuta in relazione alla prova dell'adempimento e della circostanza che l'insorgere della complicanza infettiva è stata determinata da un evento inevitabile nonostante tutti gli accorgimenti del caso, non prevenibile e dunque non imputabile.

Vale, poi, ripetere che nel caso di danni causati dall'insuccesso di un intervento chirurgico, la casa di cura nella quale l'intervento è praticato risponde a titolo contrattuale del danno causato dal chirurgo (nel caso, dal dottor *Per_1* , anche quando non faccia parte dell'organizzazione aziendale della casa di cura. Nella fattispecie all'esame, si osserva, in fatto, che qualora fosse stata adottata una adeguata e tempestiva terapia antibiotica, una volta venuti a conoscenza della tipologia del batterio causativo del processo infettivo e del suo profilo di antibiotico-resistenza si sarebbe potuto tentare un trattamento conservativo prima di procedere alla rimozione della protesi nel maggio 2004. Emerge, cioè a dire, chiaramente che l'inadeguatezza del management sanitario da parte dei sanitari (tanto di quelli della casa di cura quanto dello stesso dottor *Per_1* ha indubbiamente comportato un aggravamento delle condizioni cliniche della signora *Pt_1* rendendosi, poi, necessario un trattamento chirurgico maggiormente demolitivo rispetto a quello inizialmente resosi necessario di artoprotesi, un intervento che è poi esitato nell'immobilizzazione del ginocchio con applicazione del cd. chiodo di Link.

Le conclusioni cui perviene il CTU (dottor *Per_3* , non smentite da alcuna valutazione medicolegale contraria e nemmeno attenuativa del giudizio negativo che se ne ricava, inquadrano in maniera più che congrua la poco diligente e perita attività dei sanitari coinvolti oltre che il nesso eziologico tra detta poco perita e poco diligente attività e l'ingiusto vulnus arrecato all'integrità fisica della paziente.

Dall'esame del materiale istruttorio acquisito e prodotto agli atti della presente causa è dato desumere una serie di dati " certi" che orientano la decisione verso l'esistenza di una condotta colposa del dott. *Per_1* e dei sanitari della casa di cura, rilevante a fini risarcitori civili ai sensi dell'art. 1218 e 1228 c.c. e che così si esemplificano :

- sulla base del criterio temporale (infezione ritardata manifestatasi, come, invero, può manifestarsi, entro due anni dall'intervento chirurgico), del criterio topografico (essendo infezione insorta nel "sito chirurgico") e della insussistenza di patologie preesistenti è possibile ritenere, in applicazione del principio del più probabile che non, l'infezione dedotta e lamentata da *Parte_1* come infezione post-chirurgica;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

- il dottor Per_1 e i sanitari della casa di cura hanno precocemente sospeso la terapia antibiotica nella fase post operatoria, nonostante la presenza di febbre e valori elevati di VES e PCR, sottovalutando, nel tempo, la presenza di segni (come la costante positività degli indici di flogosi, lo scollamento protesico) di infezione,
- tralasciando di procedere con una consulenza infettivologica, con un lavaggio dei tessuti risultati infetti per via atroscopica e con la somministrazione di opportuna terapia antibiotica, così da (almeno, provare) ad evitare quantomeno la cronicizzazione dell'infezione ed il ricorso ad altri interventi chirurgici, come è invece si reso necessario, con tutte le conseguenze invalidanti ora qua lamentate.
Sussiste conclusivamente la responsabilità della struttura convenuta 1) sia per inadempimento " diretto" ex art. 1218 c.c. correlato alla mancata prova dell'adozione di tutte le cautele prescritte dalla vigente normativa in tema di preservazione delle condizioni igieniche dei locali destinati all'effettuazione degli interventi chirurgici e di sterilizzazione e profilassi preventiva della strumentazione adoperata, 2) sia per la condotta del dott. Per_1 ai sensi dell'art. 1228 c.c., ascrivibile a grave violazione del dovere di diligenza qualificata esigibile da un medico ortopedico esperto, in grado di apprezzare ed interpretare valori ematici e segni di infezione, in grado di comprendere la necessità di adeguati approfondimenti diagnostici in presenza di anomali decorsi post operatori. La precoce sospensione della terapia antibiotica, le omesse indagini infettivologiche, la sottovalutazione non giustificata dei segni di infezione si configurano quali antecedenti " causali" dell'omessa tempestiva diagnosi di infezione e di intervento di tipo conservativo (come il lavaggio dei tessuti) che avrebbero evitato l'attuale revisione prima e la rimozione, dopo, della protesi e poi, infine, il blocco e l'immobilizzazione chirurgica dell'articolazione del ginocchio sinistro della signora Pt_1

5. Il risarcimento del danno e criteri di quantificazione
Ritenuta la responsabilità dei soggetti convenuti (tanto per l'insorgere dell'infezione, quanto per la mancata diagnosi e cura della stessa) occorre adesso procedere alla valutazione dei danni risarcibili e alla loro quantificazione.
L'attrice ha formulato una domanda di risarcimento del danno complessivo*, sub specie di danno da invalidità permanente e danno da inabilità temporanea*, di euro 191.141,25, da scomporsi, appunto, in euro 143.11,25 per danno da invalidità permanente ed euro 48.030,00 per i danni da inabilità temporanea, *con un aumento del 25% per la personalizzazione del danno*, *oltre rivalutazione ed interessi a decorrere dall'11.09.2002* (data cui risale l'intervento di artoprotesi incriminato) *o, in subordine, dal 10.07.2006* (data cui risale l'intervento risolutivo).
Sul punto, brevemente osserviamo come col ricorso introduttivo la signora aveva, invero, chiesto la minor somma di euro 141.805,00 (di cui euro 105.373,00 per i danni da invalidità permanente ed euro 36.432,00 per i danni da invalidità temporanea), o *la diversa somma, maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre rivalutazione ed interessi a decorrere dall'11.09.2002* (data cui risale l'intervento di artoprotesi incriminato) *o, in subordine, dal 10.07.2006* (data cui risale l'intervento risolutivo).
A fronte, allora, delle deduzioni delle altre parti costituite le quali, in sede di precisazione delle conclusioni, hanno dichiarato *di non accettare il contraddittorio su domande nuove*, vale precisare, in diritto, che la formula "somma maggiore o minore ritenuta dovuta" o altra equivalente, che accompagna le conclusioni con cui una parte chiede la condanna al pagamento di un certo importo, non può essere considerata, di per sé, come una clausola meramente di stile quando vi sia una ragionevole incertezza sull'ammontare del danno effettivamente da liquidarsi (cfr. Cass. n. 4727/1984: "*la formula con cui una parte domanda al giudice di condannare la controparte al pagamento di un importo indicato in una determinata somma "o in quella somma maggiore o minore che risulterà di giustizia" non può essere considerata - agli effetti dell'art. 112 c.p.c. - come meramente di stile, in quanto essa (come altre consimili), lungi dall'avere un contenuto meramente formale, manifesta la ragionevole incertezza della*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

parte sull'ammontare del danno effettivamente da liquidarsi e ha lo scopo di consentire al giudice di provvedere alla giusta liquidazione del danno senza essere vincolato all'ammontare della somma determinata che venga indicata, in via esclusiva, nelle conclusioni specifiche"; conforme Cass. n. 1324/2006, la quale precisa che "*in tal caso non è viziata da ultrapetizione la sentenza che liquidi un importo maggiore di quello indicativamente determinato"*. Ritenuta l'ammissibilità delle conclusioni " specifiche" formulate dall'attrice si rileva però che la valutazione del danno da determinarsi in via equitativa non è ovviamente vincolata dalle valutazioni delle parti ma demandata al giudice, sia pure sulla base di criteri generali tendenzialmente predeterminati e verificabili.

Tanto premesso si osserva che dall'espletata CTU è emerso che in conseguenza dei fatti di causa sono derivati alla signora *Parte_1* (di anni 65 all'epoca dell'intervento del 11.09.2002) esiti invalidanti permanenti, in termini di *maggior danno, tenuto conto di quanto generalmente residua ad un intervento protesico non complicato* - pari al 15% *di lesione della integrità psicofisica*, nonché un'invalidità temporanea totale di cinque mesi (pari a 150 giorni), ed un'invalidità temporanea parziale di 12 mesi (pari a 365 giorni) (cfr. pag. 21 CTU, dott. *Per_3* .

Per meglio intenderci sugli esiti invalidanti permanenti, occorre muovere dall'osservazione del dato secondo cui *la periziata attualmente presenta anchilosi rettilinea del ginocchio sinistro con una menomazione valutabile nel 25-30% di danno biologico, secondo i correnti barèmes civilistici. Occorre però considerare che ove la protesi applicata nel settembre 2002 avesse avuto buon esito, la paziente avrebbe comunque presentato un certo deficit anatomo-funzionale … che nel caso è ragionevole ritenere (come danno da protesi) pari al 15% …* . Per cui, *assumendo poi il valore massimo attribuibile alla anchilosi rettilinea del ginocchio* nella misura del 30% *... il maggior danno che risulta alla fine è pari al 15-18%* (vedi pag. 10-11 CTU dott. *Per_3* .

Ritiene il Giudice che il danno permanente complessivo " residuato" all'intervento debba valutarsi non nel valore " massimo" indicato dal CTU ma, bensì, tenuto conto dell'età della paziente e delle sue complessive condizioni di salute, in quella media del 25% di cui l'incidenza dell'aggravamento riconducibile a colpa dei sanitari (danno iatrogeno) può essere valutato nella misura del 15%, secondo la stima del CTU.

Procedendo alla liquidazione del danno, si ritiene opportuno premettere che il Giudice deve accertare, sul piano *della causalità materiale*, l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 codice penale, così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano *della causalità giuridica*, allo scopo di evitare l'attribuzione all'autore della condotta, "responsabile *tout court* sul piano della causalità materiale", un obbligo risarcitorio che comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì alla pregressa situazione patologica del danneggiato (Cass. civ., 21 luglio 2011, n. 15991; anche Cass. 20996/2012).

Premesso tanto, nel caso all'esame, è risultato che, rispetto alla complessiva invalidità che sarebbe comunque derivata a carico della paziente (pari al 25 %), l'entità del danno iatrogeno riferibile all'erronea attività dei sanitari convenuti può essere quantificato nella misura del 15%.

Da qui, pertanto, *la necessità di procedere, sotto il profilo della causalità giuridica, ad una selezione, nell'ambito della complessiva situazione di invalidità della parte lesa, delle conseguenze per individuare il danno alla persona oggetto dell'obbligo risarcitorio a carico del medico operante. Principio che inevitabilmente deve riflettersi anche sui criteri liquidatori di esso che non possono prescindere dal rilievo che assume la situazione preesistente sotto due principali profili: a) non può farsi gravare sul medico, in via automatica, una misura del danno da risarcirsi incrementata da fattori estranei alla sua condotta, così come verrebbe a determinarsi attraverso una automatica applicazione di tabelle con punto progressivo, computato a partire, in ogni caso, dal livello di invalidità preesistente; b) la liquidazione va necessariamente rapportata ad una concreta verifica, secondo le*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

allegazione delle parti, delle conseguenze negative "incrementative" subite dalla parte lesa" (Trib. Milano, giudice Bichi, sent. 30.10.2013).

Ciò premesso, si reputa, nell'ambito di una stima comunque necessariamente equitativa, di dover fare riferimento alle tabelle vigenti in uso presso il Tribunale di Milano, aggiornate, in ultimo, al 2014, sia perché i criteri di liquidazione contenuti nelle elaborazioni dell'autorità giudiziaria milanese sono stati costantemente ritenuti presso questo Tribunale coerenti con l'obiettivo di meglio soddisfare le esigenze di integrale risarcimento dei danneggiati, sia perché i parametri de quibus sono stati, altresì, adattati e resi pienamente compatibili , in termini quantitativi, con i principi desumibili dalle note sentenze dalla Corte di Cass. a SS.UU., nn. 11.11.08, nn. 26972 e 26973 (con modificazione del valore del cosiddetto "punto" , così da ricomprendere nello stesso una percentuale ponderata per il danno non patrimoniale relativo alla sofferenza soggettiva, sia in relazione all'invalidità permanente, che temporanea), individuando, comunque, ambiti di personalizzazione che consentono, al di fuori di rigidi automatismi, di tenere in considerazione le peculiarità delle singole fattispecie (ciò ancor più alla luce del fatto che il "danno morale" ha comunque mantenuto una specifica rilevanza - vedasi Cass., sez. III, 20.5.2009, n. 11701; Cass. sez. III, n.16448, 15.7.09; Cass., sez. III, 12.9.2011, n. 18641; vedasi anche Cass. sez. III, 8.5.2012, n.6930, in tema di danno esistenziale, sempre, peraltro, al di fuori della configurabilità di un' autonoma voce di danno, come da Cass. , sez. III, n.23778, 7.11.2014 ed ancora Cass. sez. III, n.336 ,13.1.2016).

Il fatto, in ultimo, che detti criteri siano stati condivisi dalla stessa Suprema Corte, per essere apparsi i più idonei ad uniformare la quantificazione del danno a livello nazionale, ferme le personalizzazioni del caso, anche oltre i limiti previsti, qualora ricorrano specifiche e comprovate ragioni, induce ancor più all'applicazione degli stessi (vedasi Cass. sez. III, 7.6.2011,12408, e , più recentemente, Cass., sez. VI, 14.1.2013, n. 134, Cass., sez. III, 6.3.2014, n. 5243, Cass., sez. III, n.20895, 15.10.2015 e Cass. sez. III , n. 3505, 23.2.2016).

A fronte di ciò, tenuto conto dell'età dell'attrice al momento del fatto (di anni 65), considerando che il danno iatrogeno si innesta nel caso su una situazione di salute che sarebbe stata già in parte compromessa dall'applicazione di una protesi (cd. danno differenziale), aggravandone i sintomi, e che, pertanto, per la liquidazione dello stesso occorre far riferimento alla differenza tra i due differenti gradi di invalidità 25% e 15%), deve essere determinato un danno da invalidità permanente pari ad € 52.236,00 (risultante appunto dalla differenza tra la stima del danno risultante movendo da una base di invalidità del 25 % e pari ad euro 88.621,00 e la stima del danno che ne risulta movendo da una base di danno del 15% pari ad euro 35.985,00 = 52.236,00).

Tale importo può essere personalizzato, in termini di incidenza sull'attività ed abitudini di vita di una donna che, a fronte di una situazione pre-intervento in cui accusava qualche dolore ed aveva qualche problema di postura, ha visto aggravata la propria situazione per essersi dovuta sottoporre a più ricoveri, per preoccupazione di non recuperare il pieno vigore fisico oltre che per la sensazione di incuria nella gestione ordinaria dei pazienti, così da far sorgere in lei un aggravato, oltre che permanente, senso di rabbia e di sfiducia.

Dette considerazioni, valutato il range previsto nelle tabelle milanesi induce a ritenere congruo un aumento in termini di personalizzazione del danno non patrimoniale da euro 52.236,00 ad euro 60.000,00.

In ordine, poi, ai danni da invalidità temporanea, quantificati dal CTU in giorni 150 di inabilità temporanea assoluta e 12 mesi di inabilità temporanea parziale si ritiene congruo, in applicazione dei parametri di cui alle tabelle milanesi, liquidare la somma complessiva di euro 27.120,00 (150 giorni di inabilità temporanea assoluta, 50 giorni di inabilità temporanea al 75%, 115 giorni di inabilità temporanea al 50%, 150 giorni di inabilità temporanea parziale al 25%) con specificazione – omessa dal CTU – della percentuale per periodi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

dell'inabilità temporanea fondata su una valutazione prognostica " media" dei tempi di recupero e riabilitazione progressivamente migliorativi. Complessivamente si riconosce in favore dell'attrice, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale per lesione della sua integrità psico – fisica la somma complessiva di euro 87.120,00, liquidata all'attualità in applicazione delle tabelle aggiornate al 2014 del Tribunale di Milano.
Trattandosi di debito di valore su tale importo andranno corrisposti gli interessi in misura legale - di tipo compensativo - dalla data del fatto, calcolati, previa **devalutazione** della somma capitale liquidata all'attualità, secondo l'indice *Org_2* dalla data dell'evento lesivo (all'11.9.2002, data dell'intervento chirurgico) e determinati per ogni singolo anno sulla somma via via rivalutata annualmente come da noto orientamento della Suprema Corte di cui alla sentenza a SS.UU. n.1712/95, idoneo, nel caso di specie, a garantire il pieno ristoro, senza indebite locupletazioni.
Tale importo che integra la liquidazione totale del danno, dovrà essere maggiorato dei soli interessi legali dalla data della presente pronuncia sino al saldo.

6. Sulla domanda di garanzia e manleva svolta dalla *Controparte_1* nei confronti di *Controparte_3* in forza della polizza n. [redacted]

La *CP_1* costituitasi nel presente giudizio ha negato qualsiasi sua responsabilità, chiedendo il rigetto della domanda ed in subordine, di essere garantita da *Controparte_3* con la quale aveva in essere una polizza professionale.
Controparte_3 a sua volta, costituitasi, ha chiesto rigettarsi la domanda dell'attrice contro la convenuta, perché infondata, ma, confermata l'esistenza della polizza decorrente dal 26.1.1996 al 26.1.2006 e rinnovata sino alla scadenza del 26.1.2010, ha, preliminarmente, eccepito la prescrizione ex art. 2952 c.c. del diritto dell'assicurata, perché "inerte" per oltre due anni a far data dalla richiesta di risarcimento da parte della *Pt_1*
Orbene, i fatti che ci occupano originano in data 11 settembre 2002. *Controparte_3* ha allegato che la *Pt_1* chiese il risarcimento alla *CP_1* (e anche al dottor *Per_1* con raccomandata a/r del 28.12.2006, (doc. 2 fascicolo *Parte_2*) e che la Casa di cura ha denunciato il sinistro solo a mezzo della notifica dell'atto di chiamata in causa nel presente procedimento, vale a dire, il 26.05.2011, ben oltre il biennio di cui all'art. 2952 co. 3 c.c.
Per contro, dai documenti versati in atti dalla *CP_1* e, segnatamente, dai documenti depositati ed acquisiti al fascicolo di causa all'udienza del 27.10.2011 risulta che la predetta *CP_1* ha, invero, tempestivamente comunicato alla compagnia assicuratrice il sinistro, allegando la richiesta della signora *Pt_1* che recava l'indicazione delle modalità essenziali del fatto, la richiesta di risarcimento del danno e l'intenzione, in difetto, di adire le vie legali (si vedano, doc. n. 12.1/12.2/12.3 - comunicazione di apertura sinistro inviata via fax, in data 23 gennaio 2007, ore 10.05, da *Organizzazione_3* per conto della *CP_1* .
E che questa comunicazione all'assicuratore di avvenuta richiesta di risarcimento del danno fosse nella specie idonea a sospendere il termine di prescrizione nel rapporto diretto tra assicurato ed assicuratore, ex art. 2952 c.c., comma 4, "finchè il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile, oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto", discende dal principio (più volte affermato: Cass. n.4548 del 26.2.14; Cass. n.3042 del 28.2.12; Cass. n.17834 del 22.8.07; Cass. n.10598 del 2.8.01; Cass. n. 4426 del 17.5.97 ed altre), per cui l'effetto sospensivo della prescrizione in oggetto deve ritenersi raggiunto anche quando la comunicazione all'assicuratore della richiesta di risarcimento proposta dal danneggiato provenga non dall'assicurato, ma dal danneggiato medesimo, o finanche da un terzo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

Si trattava, di una comunicazione, quella inoltrata a *CP_3* a gennaio 2007, dalla casa di cura a mezzo del broker *Org_3*, sufficientemente univoca nell'esplicitare la volontà della signora *Pt_1* di ottenere, anche previo ricorso a vie legali, in caso di mancato pagamento, il risarcimento di tutti i danni subiti.

La maturazione del termine biennale di prescrizione è stato, in definitiva, qui impedito ben prima della chiamata in causa della compagnia assicuratrice da parte della *CP_1*

Né giova, ora, alla compagnia il (solo) sostenere *di non avere contezza alcuna* della comunicazione inoltrata all'assicurazione a mezzo fax in data 23 gennaio 2007 e della quale è acquisito agli atti anche il rapporto di trasmissione con esito positivo (doc. n. 11 e doc. 12 fascicolo *CP_1* depositati all'udienza del 27.10.2011). Si ritiene, infatti, provato l'invio della denuncia da parte della struttura sanitaria alla compagnia assicurativa. La mera allegazione della circostanza secondo cui *CP_3* non l'avrebbe, invero, ricevuta non può, di per sé, valere ad escludere l'anzidetta prova e anche la buona fede dell'assicurata.

In altre parole, accertato che l'invio era stato fatto ad un numero che, comunque, si è verificato (vedi doc. 1 fascicolo *CP_1* depositati all'udienza del 27.10.2011) essere realmente riconducibile alla *CP_3* *[...]* e che dalla stessa non è stato disconosciuto, si può legittimamente trarre conferma dell'avvenuto invio della denuncia da parte del broker *Org_* (per conto della *CP_1* dalla ricevuta di trasmissione.

Il fax, ex se considerato, appartiene, infatti, al novero degli strumenti idonei a fornire la prova in punto di effettività della comunicazione. In tal senso, vanno richiamati i precedenti espressi dal Supremo Collegio, qui condivisi, secondo cui "una volta dimostrato l'avvenuto corretto inoltro del documento a mezzo telefax al numero corrispondente a quello del destinatario, è logico presumere il conseguente ricevimento, nonché la piena conoscenza di esso da parte del destinatario, restando pertanto a carico del medesimo l'onere di dedurre e dimostrare l'esistenza di elementi idonei a confutare l'avvenuta ricezione" (Cass. n. 349/2013; Cass. n. 6911/2009).

Nel caso di specie, allora, la ricezione può attendibilmente ritenersi provata con la conseguenza che la volontà della struttura assicurata espressa nel fax e reiterata nelle successive comunicazioni deve reputarsi idoneo e valido atto di denuncia, dispiegando in tal senso i suoi effetti di carattere temporale, impedendo, cioè, di ritenere prescritto il diritto alla garanzia della casa di cura, posto che il decorso del termine è stato validamente sospeso dalla comunicazione inviata via fax il 23 gennaio 2007 (ore 10.05).

La norma di cui all'art. 2952 c.c., comma 4, regolando, in ogni suo aspetto, il rapporto tra assicurato ed assicuratore, prevede, infatti, la disciplina speciale della sospensione del termine di prescrizione sino alla definitiva liquidità ed esigibilità del credito del terzo danneggiato (cfr. Cassazione civile Sez. III, sentenza n. 10595/2000).

E comunque, *ad abundantiam*, movendo dalla considerazione secondo cui la buona fede deve sempre presiedere all'esecuzione del contratto (e anche del contratto d'assicurazione) si può osservare, anche sotto il profilo soggettivo, che l'assicurata, dopo avere inoltrato il fax a mezzo del suo broker, ed avere ricevuto il rapporto di trasmissione con esito "ok", ha, fondatamente, ritenuto di avere denunciato il sinistro, così ritenendo, per quanto le constava, di avere correttamente assolto al proprio onere nei confronti della compagnia.

Deve, pertanto, essere rigettata l'eccezione di prescrizione del diritto all'indennizzo della *Controparte_1* *[...]* sollevata dalla *Controparte_3* la quale, pertanto, è tenuta a manlevare la propria assicurata.

6. Sulla domanda di garanzia e manleva svolta dal dottor *Persona_1* nei confronti di *Controparte_3* in forza della polizza n. [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

Controparte_3 chiamata in causa dell'assicurato dottore Persona_1 costituendosi in giudizio ha sostenuto che il predetto *dottore, proprio assicurato, non ha mai denunciato il sinistro a* CP_3 *la quale è venuta a conoscenza della vertenza per quanto riguarda il dottor* Per_1 *solamente con la chiamata in causa di terzo nel presente procedimento.*

Il dottor Per_1 dal canto suo, al fine di fondare la propria richiesta di operatività della garanzia, si è avvalso delle deduzioni ed allegazioni che la CP_1 ha svolto all'udienza del 27.10.2011 (deduzioni appena sopra riassunte) per sostenere che tutto quanto "portato" dalla CP_1 portato nel senso di fatto valere in termini di difese svolte e documenti allegati, impedirebbe di considerare prescritto (anche) il proprio diritto di manleva e garanzia. In particolare, il dottor Per_1 ha ritenuto che le *comunicazioni intercorse tra* Organizzazione_3 *e la* Controparte_1 *portavano compiutamente a conoscenza ad ogni effetto di legge la compagnia assicurativa della pretesa risarcitoria elevata* "anche nei confronti di lui, dottor Per_1 .

Sul punto, si rammenta che la comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato, quale prevista ai sensi e per gli effetti di cui al quarto comma dell'art. 2952 cod. civ., non è assoggettata dalla legge a particolari oneri di forma e non rappresenta un atto di costituzione in mora, perseguendo semplicemente lo scopo di fare conoscere all'assicuratore stesso la circostanza della istanza del terzo.

Proprio, allora, in relazione al fine di notizia che la comunicazione medesima deve realizzare, è stato ritenuto dalla costante giurisprudenza della Suprema Corte che essa possa essere effettuata da un terzo o dallo stesso danneggiato, eventualmente in surrogazione del debitore inerte (Cass. civ. n. 7076-94; Cass. civ. n. 4426-97). Facendo, quindi, puntuale applicazione del principio or ora esposto al caso in esame, le comunicazioni intercorse tra Organizzazione_3 e la CP_3 ben possono valere, ai fini e per gli effetti dell'art. 2952 c.c., come rituale e tempestiva denuncia alla compagnia proveniente dall'assicurato dottor Per_1 seppure inoltrata a mezzo di un terzo.

Se, difatti, la finalità sottesa alla comunicazione prevista dall'art. 2952 c.c. è da individuarsi nel portare a conoscenza la compagnia di un determinato fatto occorso al proprio assicurato e potenzialmente idoneo a coinvolgere l'assicurazione, in forza della polizza con questo stipulata, nella fattispecie, acquisita la prova (come sovra visto) dell'avvenuta comunicazione da parte della CP_1 a CP_3 della comunicazione richiesta ex art. 2952 c.c., corredata, peraltro, dall'allegata richiesta di risarcimento danno della signora Pt_1 (considerato tanto) non può, allora, utilmente dubitarsi che la finalità sottesa alla previsione dell'art. 2952 c.c. sia stata, nel caso, raggiunta.

La richiesta di risarcimento danni della signora Pt_1 del 28.12.2006 (doc. 12.2 fascicolo casa di cura CP_1 allegata, poi, alla comunicazione, datata 23 gennaio 2007, inoltrata dalla CP_1 (a mezzo del broker Org_3 alla compagnia risulta, infatti, espressamente indirizzata alla CP_1 e al dottor Per_1 c/o la Controparte_1 (addirittura, quindi, fatta recapitare al dottore a mezzo della stessa CP_1 . Non è, pertanto, dubbio che CP_3 già il 23 gennaio 2007 avesse avuto notizia (e quindi notizia tempestiva) della richiesta di risarcimento danni ora oggetto del giudizio de quo.

Da qui (stante, cioè a dire, il carattere assorbente delle considerazioni che precedono ed in ossequio al principio di economia processuale) la superfluità di soffermarsi, adesso, sulla circostanza, pure dedotta dal dottor Per_1 secondo cui lo stesso avrebbe comunque personalmente comunicato alla compagnia il fatto che lo voleva coinvolto come responsabile, in data 21 settembre 2009 in coincidenza del ricevimento da parte sua della notifica del ricorso ex art. 696 c.p.c. e che sarebbe coinciso col momento in cui lui (il dottor Per_1 era venuto realmente a conoscenza del fatto.

Il diritto del dottor Per_1 di essere garantito non può, per tutto quanto sovra detto, ritenersi estinto per prescrizione e la sua domanda verso la terza chiamata è, quindi, fondata. L'affermazione della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

responsabilità del dottor *Persona_1* nella causazione del danno alla convenuta, comporta, allora, l'obbligo dell'assicuratrice di onorare la garanzia prestata.

8. Le spese di causa

Passando alle spese di lite la complessità della controversia e l'accoglimento parziale in punto di quantificazione del danno della domanda dell'attrice giustificano una parziale compensazione delle spese di lite del giudizio di merito nella misura del 40 %, mentre la restante parte parte del 60% - liquidata , tenuto conto del valore della controversia, dei parametri tariffari medi e dell'attività svolta dalle pari, nella somma di euro 7.971,00 oltre I.V.A., C.A.P. e rimborso spese generali al 15% da distrarsi in favore del procuratore dichiaratosi antistatario - va posta a carico dei convenuti in solido (che dovranno altresì corrispondere le spese anticipate propriamente dette nella misura documentata negli atti di causa). I convenuti devono essere altresì condannati alla refusione per intero delle spese del procedimento per ATP in favore dell' attrice che vengono liquidate nella somma di euro 1620,00 a titolo di compenso professionale, oltre I.V.A., C.A.P e rimborso spese generali oltre rimborso delle spese di CTU sostenute dalla signora *Pt_1* el procedimento di istruzione preventiva per la somma di euro 1285,00.

Le spese della CTU espletata nel giudizio di merito vanno invece poste definitivamente a carico di tutte le parti in causa.

Si ritiene, in ragione delle difese svolte e dell'esito del giudizio, di dovere compensare le spese tra i convenuti e le terze chiamate in causa (*Controparte_3* .

P.Q.M.

Il Tribunale di Perugia, definitivamente pronunciando nella causa civile indicata in epigrafe, ogni altra domanda o eccezione disattesa, così provvede:

1) Ritenuta la responsabilità, ex artt. 1218 e ss.c.c, di *Persona_1* e della *Controparte_1* in parziale accoglimento della domanda di parte attrice condanna il dottor *[...]* *Controparte_4* - in persona del legale rappresentante p.t. - al pagamento in solido, in favore di parte attorea, del risarcimento dei danni che liquida nella complessiva somma di euro 87.120,00 – già liquidata all'attualità come comprensiva di rivalutazione - a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, oltre interessi compensativi come determinati in motivazione dalla data del fatto sino alla presente pronuncia e interessi legali dalla pronuncia sino al saldo;

2) Rigetta, per le ragioni esposte nella parte motiva, l'eccezione di prescrizione opposta dalla terza chiamata *Controparte_3* nei confronti della convenuta *Controparte_1*

3) Rigetta, per le ragioni esposte nella parte motiva, l'eccezione di prescrizione opposta dalla terza chiamata *Controparte_3* nei confronti del convenuto dottor *Persona_1* e per l'effetto dichiara la " *Controparte_3*

4) Dichiara compensate le spese del giudizio di merito tra le parti nella misura del 40% e condanna il dottor *Persona_1* e la *Controparte_1* in persona del legale rappresentante p.t. - in solido tra loro, alla refusione della restante parte in favore dell'attrice che liquida nella somma di 7.971,00 a titolo di compenso professionale oltre spese documentate per anticipazioni, I.V.A,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002

C.A.P. e rimborso spese generali al 15%.Pone definitivamente a carico di tutte le parti in causa le spese di CTU liquidate provvisoriamente in corso di causa.

5) Condanna il dottor *Persona_1* e la *Controparte_1* - in persona del legale rappresentante p.t. - in solido tra loro, alla refusione in favore dell'attrice delle spese del procedimento per ATP che liquida nella somma complessiva di euro 1620,00 per compenso professionale oltre I.V.A. e C.A.P. come per legge e rimborso spese generali al 15%. Pone definitivamente a carico dei convenuti, in solido, le spese della CTU esperita nel corso del procedimento per ATP, liquidate nella misura di 1.285,00, oltre accessori di legge.

6) Distrae le spese come sopra liquidate in favore dell'attrice *Parte_1* ex art. 93 c.p.c., in favore dell'avvocato [redacted] procuratore dichiaratosi antistatario.

7) Compensa integralmente le spese di lite fra i convenuti ed i terzi chiamati.

8) Condanna la terza chiamata *Controparte_3* a tenere indenne, in forza della polizza n.. [redacted] la struttura sanitaria " *Controparte_1* *CP_1* propria assicurata in relazione alle somme che la medesima andrà a pagare in forza di quanto disposto nel presente provvedimento e come specificato in dispositivo;

9) Condanna la terza chiamata *Controparte_3* a tenere indenne, in forza della polizza n. [redacted] il dottor *Persona_1* proprio assicurato, in relazione alle somme che la medesima andrà a pagare in forza di quanto disposto nel presente provvedimento e come specificato in dispositivo.

Manda alla Cancelleria per gli adempimenti di competenza.
Perugia, 28.2.2018 Il Giudice

Dr.ssa Loredana Giglio

Provvedimento redatto con la collaborazione del MOT in tirocinio mirato dott.ssa [redacted] *Per_4*

[...] *SENTENZA DEPOSITATA IN VIA TELEMATICA IN DATA 6.3.2018*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1002