



RGAC 2024 ANNO 2016

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI SAVONA
Il giudice dott.ssa Daniela Mele**

N.....2024 \2016 R.C.

N.....Sent.

N.....Cron.

N.....Rep.

OGGETTO: lesione
personale

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado, iscritta al n. **2024** del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno **2016**, trattenuta in decisione all'udienza del 27.09.2019, vertente

TRA

Pt_1 e *Parte_2* rappresentati e difesi dall'Avv.
 giusta procura in atti

PARTE ATTRICE

E

Controparte_1 in
persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli Avv.ti
 e
 giusta procura in atti

PARTE CONVENUTA

NONCHE'

Controparte_2 rappresentato e difeso dall'Avv.
 giusta delega in atti;

Controparte_3 in persona del legale rappresentante p.t.,
rappresentata e difesa dagli Avv.ti
 e
 giusta delega in atti;

Controparte_4 in persona del legale rappresentante
p.t., rappresentata e difesa dall'Avv.
 giusta delega in atti;

Controparte_5

TERZI CHIAMATI



FATTO E DIRITTO

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_3* ha citato in giudizio il *Controparte_1* deducendo:

1. di essersi sottoposta, in data 24.01.2007, ad intervento chirurgico di impianto protesi totale al ginocchio sinistro presso il *CP_1* di *CP_1*
2. di aver contratto, in conseguenza di tale intervento, un'infezione diagnosticata a far data dal 16.07.2007;
3. di essere stata sottoposta, nell'ottobre 2007 e nel gennaio 2008, ad un secondo intervento chirurgico di rimozione della protesi installata e di posizionamento di una nuova protesi;
4. che, successivamente agli interventi di cui sopra, non erano stati effettuati gli accertamenti né somministrate le terapie infettivologiche necessarie per contrastare l'infezione;
5. di essere stata sottoposta, in data 11.09.2008, presso l' [...] *Controparte_6* ad un nuovo intervento, resosi necessario per asportare un corpo estraneo, che risultava poi essere un frammento di drenaggio;
6. di essere stata colpita, in data 15.09.2008, da *ictus cerebri*;
7. che l'ischemia era riconducibile, quantomeno con nesso di concausalità, all'inadeguatezza delle cure prestate e cioè all'aver sottoposto la paziente a 3 interventi chirurgici, resisi necessari per non aver, i medici curanti, adeguatamente e tempestivamente trattato l'infezione chirurgica contratta in conseguenza del primo intervento, costringendo la *Parte_3* a subire ulteriori interventi chirurgici, l'ultimo dei quali, di fatto, aveva provocato l'insorgenza dell'ischemia;
8. che, pertanto, la struttura sanitaria doveva essere condannata al risarcimento del danno subito.

Parte attrice ha pertanto chiesto, previo accertamento della responsabilità della struttura sanitaria, la sua condanna al risarcimento del danno subito, quantificato in Euro 400.000,00.

Con comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata si è costituito in giudizio *Controparte_7*

[...]



eccependo in via preliminare l'incompetenza territoriale del Tribunale adito e, nel merito, contestando le avverse pretese. In particolare, parte convenuta ha sostenuto la correttezza dell'operato della struttura sanitaria, rilevando di aver attuato tutti i protocolli necessari per prevenire ed evitare le infezioni ospedaliere. Ha poi spiegato domanda di regresso nei confronti di CP_2

[...] medico chirurgo che aveva effettuato l'operazione, anche sulla base del contratto di collaborazione professionale stipulato. Ha inoltre spiegato domanda di manleva nei confronti di Controparte_3 Controparte_4 e Controparte_5

Con comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata si è costituita in giudizio Controparte_3 rilevando che l'assicurazione era stata stipulata in regime di coassicurazione con le altre compagnie citate in causa, precisando, pertanto, di essere tenuta alla garanzia nei limiti della quota del 50%. Ha inoltre dedotto la sussistenza di una franchigia fissa pari ad Euro 160.000,00 per le ipotesi di responsabilità medica. Ha poi aderito alle difese in fatto svolte dalla propria assicurata ed ha pertanto chiesto il rigetto della domanda attorea ed, in subordine, l'applicazione delle condizioni di polizza.

Le altre compagnie assicuratrici sono rimaste contumaci.

Con comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata si è costituito in giudizio Controparte_2 eccependo in via preliminare l'incompetenza territoriale del Tribunale adito e la prescrizione del diritto fatto valere, atteso che la denuncia dei fatti oggetto di causa era stata avanzata solo nel mese di settembre 2016, a distanza dunque di ben 8 anni dai fatti. Nel merito ha contestato le avverse pretese, rilevando la correttezza del proprio operato ed ha spiegato domanda di manleva nei confronti della CP_4

[...] previa autorizzazione alla chiamata in causa.

Con comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata si è costituita in giudizio Controparte_4 contestando l'operatività della polizza e chiedendo il rigetto delle domande *ex adverso* spiegate.

Con atto datato 23.04.2018 il procuratore di parte attrice ha dato atto dell'intervenuto Parte_3 e si sono costituiti in giudizio gli eredi, Pt_1 e Parte_2



Espletata CTU, all'udienza del 27.09.2019, le parti hanno precisato le conclusioni e la causa è stata trattenuta in decisione.

Preliminarmente, con riferimento all'eccezione di incompetenza territoriale, si richiama il contenuto delle ordinanze emesse in data 19.09.2017 e 02.02.2018. Passando al merito della questione, la domanda è fondata per quanto di ragione.

Giova preliminarmente precisare che, sulla scorta di una lettura sostanziale dell'atto di citazione, parte attrice ha avanzato domanda di risarcimento del danno cagionato dalla responsabilità medica della struttura sanitaria convenuta, consistente, secondo le allegazioni della stessa attrice, nella scorretta gestione dell'infezione contratta in occasione del primo intervento, che ha cagionato la sottoposizione della *Parte_3* ad ulteriori interventi chirurgici, l'ultimo dei quali avrebbe determinato l'insorgenza dell'ischemia. Pertanto, nella domanda di parte attrice deve ricomprendersi sia il danno cagionato dall'ischemia che ha colpito la *Parte_3* sia i danni alla stessa cagionati dall'insorgenza e dalla non corretta gestione dell'infezione operatoria.

A tal proposito, la CTU svolta in corso di causa – alla quale si ritiene di aderire integralmente in quanto immune da vizi logici – ha evidenziato l'impossibilità di stabilire l'esistenza di un nesso di causalità, secondo la regola del più probabile che non, tra l'infezione contratta ed i successivi interventi chirurgici, da un lato, e l'ischemia, dall'altro. La CTU ha infatti evidenziato, citando peraltro vari studi scientifici, che la *Parte_3* aveva un evidente fattore di rischio preesistente, consistente nell'evento cerebrovascolare (protesi valvolare meccanica) dal quale era stata precedentemente colpita. A tale fattore di rischio si sono aggiunti ulteriori fattori di rischio consistenti nel persistente stato infiammatorio correlato all'infezione, nell'interruzione della terapia anticoagulante orale (bridging), anche se per brevi periodi, in occasione degli interventi chirurgici per cui è causa e nella sottoposizione ai tre interventi in oggetto. Tuttavia *“in letteratura non vi è evidenza univoca riguardo al ruolo di singoli fattori di rischio predittivi di evento tromboembolico, incluso il “bridging”, ovverossia*



*l'interruzione della terapia anticoagulante orale prima di una procedura chirurgica e la sua sostituzione con eparina (prevalentemente a basso peso molecolare - LMWH). La paziente al momento dei fatti in oggetto aveva 71-72 anni e presentava un apparato valvolare cardiaco, esclusa la valvola aortica, con evidenti segni degenerativi. Anche recenti contributi di letteratura evidenziano che il maggior fattore di rischio per eventi tromboembolici nei portatori di protesi valvolare cardiaca meccanica è soprattutto l'età" (cfr. pag. 32 CTU). Pertanto, la CTU ha concluso evidenziando che "il rischio di evento tromboembolico in corso di bridging non è significativamente superiore a quello basale sotteso alla situazione clinica della sig.ra **Parte_3** paziente di oltre 70 anni, con protesi valvolare meccanica e fenomeni degenerativi a carico delle valvole cardiache native" (cfr. pag. 35 CTU). Nessuna contraddizione si rileva nelle affermazioni sopra riportate, atteso che la CTU ha semplicemente evidenziato la sussistenza di fattori di rischio preesistenti ed indipendenti dai fatti di causa (età della **Parte_3** preesistente evento cerebrovascolare, fenomeni degenerativi delle valvole cardiache), evidenziando come in termini scientifico-statistici non sia possibile ritenere preponderante, nella causazione dell'evento ischemico, il ruolo svolto dagli ulteriori fattori di rischio connessi alle operazioni chirurgiche oggetto di causa (primo fra tutti il c.d. "bridging"). Pertanto, non vi è prova – il cui onere incombeva alla parte attrice – relativamente alla sussistenza del nesso di causalità tra l'infezione ed i conseguenti interventi chirurgici subiti dalla **Parte_3** da un lato, e l'ischemia che ha colpito l'attrice, dall'altro.*

Viceversa, la CTU svolta in corso di causa ha accertato la sussistenza di responsabilità medica, riconducibile tanto alla struttura sanitaria, quanto al medico curante, nell'insorgenza e nella gestione dell'infezione. Infatti, la CTU ha evidenziato come l'infezione che ha colpito la **Parte_3** sia senza dubbio da mettere in relazione con il primo intervento subito dalla stessa (l'infezione è infatti insorta tra i 3 ed i 24 mesi successivi all'intervento ed è caratterizzata dalla presenza di microrganismi a bassa virulenza), precisando come sia del tutto improbabile ricondurre l'origine dell'infezione a cause diverse da quella



nosocomiale (cfr. pag. 26 e 46 CTU). La CTU ha inoltre evidenziato l'inadeguatezza della profilassi perioperatoria eseguita in occasione del primo intervento (*"scelta non appropriata per tipo di molecola, dosaggio e tempistica. Inutile la prosecuzione di terapia intramuscolare con cefazolina per i 3 giorni successivi"*; cfr. pag. 29 CTU), ma anche l'inadeguatezza della terapia somministrata alla prima diagnosi di infezione protesica e dell'approccio diagnostico/terapeutico durante e dopo il secondo intervento (*"in sostanza lo specialista ortopedico avrebbe dovuto eseguire più prelievi intraoperatori profondi (...) avrebbe dovuto prescrivere una terapia antibiotica post-operatoria più aggressiva e prolungata (4-6 settimane) e avrebbe dovuto monitorare la paziente con frequenti controlli clinici e laboratoristici"*; cfr. pagg. 30-31 CTU).

Sussistono, pertanto, tutti gli elementi per ritenere sussistente la responsabilità della struttura sanitaria. Come noto, infatti: *"la struttura sanitaria privata conclude necessariamente col paziente che ad essa si rivolga un contratto atipico (c.d. "contratto di ospedalità" o di "assistenza sanitaria") in virtù del quale la prima si obbliga a fornire al secondo una adeguata prestazione di contenuto sanitario. Ne consegue che per effetto di tale contratto la clinica è direttamente responsabile nei confronti del paziente che abbia patito un danno in conseguenza di un deficit organizzativo della struttura sanitaria, come pure in conseguenza di un errore del personale medico o paramedico, a nulla rilevando in quest'ultimo caso che l'autore materiale del danno sia o meno dipendente della clinica né che la prestazione sia stata resa o meno in regime di convenzionamento con S.s.n."* (Cass. Civ., n. 577 dell'11 gennaio 2008). Pertanto, poiché la responsabilità della struttura sanitaria ha natura contrattuale, con conseguente applicabilità della disposizione di cui all'art. 1228 c.c., nessun rilievo assume nell'ambito della responsabilità risarcitoria il fatto che la struttura, per adempiere alle prestazioni poste a suo carico, si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di collaboratori esterni e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti, atteso che la struttura sanitaria risponde comunque dei danni cagionati dal sanitario quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato,



sussistendo comunque un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e l'organizzazione aziendale (cfr. Cass. Civ., n. 13953 del 14 giugno 2007). D'altra parte, come noto: *“in tema di responsabilità della struttura sanitaria (...), ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato o che non è stato etiologicamente rilevante”* (Cass. Civ., n. 577 dell'11 gennaio 2008). Nel caso specifico, pertanto, non essendo stata fornita la prova positiva sopra descritta ed, anzi, essendo accertato l'inesatto adempimento della prestazione principale, il CP_1 convenuto è tenuto, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. a risarcire integralmente all'attrice i danni derivanti dai fatti oggetto di causa.

Passando alla quantificazione del danno, si osserva quanto segue.

Per quanto concerne il danno non patrimoniale, in ordine al danno biologico, la CTU – cui si ritiene di aderire integralmente in quanto immune da vizi logici – ha evidenziato con chiarezza la sussistenza della lesione dell'integrità psicofisica, accertando un'invalidità permanente quantificata nei quindici punti percentuali compresi tra il 30 ed il 15% dell'invalidità permanente totale. Trattandosi di danno differenziale, la liquidazione deve essere effettuata non sottraendo il grado di invalidità permanente effettivamente residuo da quello che sarebbe residuo se non vi fosse stato l'aggravamento dovuto alla responsabilità sanitaria, ma sottraendo il risarcimento effettivamente dovuto da quello che sarebbe stato dovuto se non vi fosse stato il danno iatrogeno (cfr. Cass. Civ., n. 6341/14, secondo cui: *“In tema di responsabilità medica, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto ad un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residua anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella*



effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario”). Tuttavia, nel caso specifico deve anche tenersi conto del prematuro [redacted] *Parte_3* [redacted]

[redacted] [redacted] [redacted] [redacted] Come noto, infatti, secondo il costante orientamento giurisprudenziale in materia, in ipotesi di morte del danneggiato in pendenza del giudizio e per cause indipendenti dal fatto illecito subito, il risarcimento del danno non patrimoniale da liquidare in favore degli eredi deve essere calcolato sulla base non della probabile aspettativa di vita del soggetto, bensì sulla durata effettiva di vita dello stesso (cfr. Cass. Civ., 679/2016, Cass. Civ. n. 2297/2011, Cass. Civ. n. 14767/2003). A tal proposito, è stato anche precisato che: *“In tema di risarcimento del danno biologico, la liquidazione va parametrata alla durata effettiva della vita, se questa è più breve - per cause indipendenti dal sinistro oggetto del giudizio - rispetto a quella attesa o corrispondente alla vita media (sebbene occorra tenere conto della maggiore intensità del patema d'animo nei primi tempi successivi all'evento), assumendo esclusiva rilevanza la sofferenza effettivamente patita per il residuo tempo di durata della vita, nel rispetto del fondamentale principio di contenimento di qualunque forma di risarcimento all'effettivo pregiudizio arrecato”* (Cass. Civ., n. 10897/2016). Nel caso specifico, la durata della vita della *Parte_3* [redacted] è risultata comunque inferiore all'aspettativa di vita media tenuta in considerazione nell'elaborazione delle Tabelle di Milano. Deve pertanto applicarsi al caso concreto la Tabella per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da lesione del bene salute definito da premorienza, aggiornata all'anno 2018, elaborata dall' [redacted] [...]

Organizzazione_1 [redacted] di Milano. Ebbene, applicando la tabella appena citata e calcolando la differenza tra il risarcimento che sarebbe dovuto per 30 punti di invalidità permanente per persona che sia sopravvissuta all'evento lesivo per 11 anni ed il risarcimento che sarebbe dovuto per 15 punti di invalidità permanente in presenza delle medesime circostanze, l'importo liquidabile, a titolo di invalidità permanente è pari ad Euro 35.625,00.



Quanto alla personalizzazione di tale danno, si osserva che la tabella relativa al c.d. danno intermittente consente di incrementare il dato tabellare fino al 50%, in considerazione delle peculiarità del caso concreto. Nel caso specifico, poiché a causa degli errori medici sopra evidenziati, la *Parte_3* è stata costretta a sottoporsi ad altri due interventi chirurgici (uno dei quali effettuato in due fasi), si ritiene equo incrementare il valore sopra riportato del 10% e, pertanto, spetta complessivamente agli odierni attori, a titolo di invalidità patrimoniale, l'importo di Euro 39.187,50.

Per quanto concerne il danno biologico da inabilità temporanea, adottando un criterio equitativo e riferendosi alle tabelle previste dal Tribunale di Milano per l'anno 2018, il danno in questione, avendo riguardo alla gravità della lesione e all'età del danneggiato, è oggi liquidato con una somma pari ad euro 98,00 al giorno per l'inabilità temporanea assoluta, mentre quello per l'inabilità temporanea parziale è liquidato con una riduzione in percentuale.

Poiché è accertata una durata della suddetta inabilità temporanea assoluta per giorni 90 e dell'inabilità temporanea parziale al 50% per giorni 545, tale danno è quantificato, in complessivi Euro 35.525,00.

A titolo di danno biologico spettano, pertanto, agli odierni attori – che non hanno avanzato domande iure proprio – Euro 74.712,50.

Quanto al danno patrimoniale, si osserva che parte attrice non ha prodotto documentazione alcuna relativamente ad eventuali spese mediche e/o di cura sostenute, mentre per ciò che attiene alle “spese di assistenza”, parte attrice si è limitata ad allegare genericamente la loro sussistenza, senza fornire alcun riscontro probatorio.

Pertanto, in conclusione, il *Controparte_1* deve essere condannato al risarcimento dei danni subiti dagli odierni attori, quantificati nella cifra complessiva di Euro 74.467,50, a titolo di danno non patrimoniale.

Su tale cifra, trattandosi di obbligazione di valore, devono applicarsi interessi e rivalutazione monetaria. In particolare, la somma riconosciuta a titolo di invalidità permanente deve essere devalutata, secondo gli indici ISTAT, alla data della cessazione della inabilità temporanea (cfr. Cass. Civ., n. 5680 del 20



giugno 1996). La cifra riconosciuta a titolo di inabilità temporanea deve essere riportata in valori monetari alla data di verifica del sinistro, utilizzando i medesimi criteri di cui sopra. Le somme liquidate vanno rivalutate, secondo gli indici ISTAT, alle date in cui sono state monetariamente determinate (*aestimatio*) fino alla data della loro liquidazione definitiva (*taxatio*). Devono infine applicarsi gli interessi, nella misura legale, calcolati dalla data del momento generativo dell'obbligazione risarcitoria sino al momento della liquidazione, sulla somma via via rivalutata con periodicità annuale (Cass. Civ., n. 6209 del 20 giugno 1990).

Passando alla domanda di manleva avanzata dal **CP_1** nei confronti delle compagnie assicuratrici, si osserva che appare pacifico in causa che la polizza assicurativa stipulata prevedesse, per sinistri derivanti da responsabilità medica, quale quello che ci occupa, una franchigia fissa pari ad Euro 160.000,00 (cfr. doc. n. 1 fascicolo **Controparte_3** e, segnatamente, certificato di assicurazione sottoscritto, oltre che dal Policlinico, anche dalle tre imprese di assicurazione convenute in giudizio). Poiché il danno risarcibile risulta contenuto nei limiti della franchigia, appare evidente che lo stesso dovrà essere integralmente sopportato dalla parte convenuta. Conseguentemente, la domanda di manleva deve essere respinta.

Quanto alla domanda di regresso avanzata nei confronti di **Controparte_2** deve preliminarmente respingersi l'eccezione di prescrizione sollevata dal terzo chiamato. Come noto, infatti, a partire dal 1999 (cfr. Cass. Civ., n. 589/1999) e fino alla recente entrata in vigore della legge n. 24/2017, la responsabilità del medico è stata considerata dall'orientamento giurisprudenziale maggioritario come responsabilità contrattuale, da contatto sociale, con conseguente termine decennale di prescrizione e ciò anche nel vigore del D.L. 158/2012. Secondo il più recente orientamento giurisprudenziale in materia, inoltre: *“Le norme sostanziali contenute nella legge 189/2012, al pari di quelle di cui alla legge 24/2017 non hanno portata retroattiva e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca precedente alla loro entrata in vigore, a differenza di quelle che richiamando gli artt. 138 e 139 codice delle assicurazioni private in punto di liquidazione del danno,*



sono di immediata applicazione anche ai fatti pregressi” (cfr. Cass. Civ., n. 28994/2019). Ne deriva che nel caso specifico, la responsabilità del medico deve continuare ad inquadrarsi nell’ambito della responsabilità contrattuale da contatto sociale, con conseguente termine decennale di prescrizione. Ciò posto, passando al merito della questione, si osserva che sin dalla comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata il *Controparte_1* [...] ha chiesto la condanna del medico convenuto a manlevare e tenere indenne la struttura sanitaria dalle conseguenze della soccombenza e ciò sulla base del contratto di collaborazione libero professionale autonoma coordinata e continuativa sottoscritto *inter partes* (cfr. doc. n. 10 fascicolo *CP_1* [...]). In effetti l’art. 10 del contratto stipulato *inter partes* - debitamente sottoscritto dal medico convenuto e da questi non disconosciuto - contiene un patto di manleva con il quale il dott. *CP_2* si è espressamente impegnato a manlevare e tenere indenne il *Controparte_1* da ogni conseguenza pregiudizievole accertata giudizialmente, che si riferisca ad ogni domanda promossa nei suoi confronti e nei confronti del *CP_1* sia da pazienti suoi personali che da quelli della struttura sanitaria, in conseguenza dell’attività da lui svolta e ciò tanto nei casi di colpa grave e dolo, quanto nei casi di responsabilità per scarsa diligenza (cfr. art. 10 doc. n. 10 cit.).

Nell’ambito del presente giudizio, il medico convenuto non ha sollevato alcuna eccezione in merito alla validità ed efficacia del suddetto accordo, che appare frutto dell’autonomia negoziale delle parti. Inoltre, la CTU svolta in corso di causa ha accertato la responsabilità del medico relativamente ai profili sopra descritti. A tal proposito, le doglianze sollevate dal terzo chiamato relative ai compiti dell’anestesista ed alla carenza di farmaci appaiono tardive in quanto sollevate oltre i termini decadenziali previsti dall’art. 183, comma 6, c.p.c..

La domanda di regresso avanzata dal *Controparte_1* deve, pertanto, essere accolta. A tal proposito, la CTU svolta in corso di causa ha appurato che il danno da invalidità permanente subito dalla *Parte_3* (quantificato in Euro 39.187,50) sia addebitabile per 1/3 alla struttura sanitaria e per 2/3 all’operato del medico curante. Ne deriva che, nei rapporti interni, il



risarcimento del danno derivante dall'invalidità permanente deve gravare per Euro 13.062,50 sulla struttura sanitaria e per Euro 26.125,00 sul CP_2 Per ciò che attiene all'inabilità temporanea, la CTU ha evidenziato che l'inabilità temporanea assoluta protrattasi per 30 giorni e quella parziale al 50% protrattasi per giorni 120 è riconducibile alla responsabilità della struttura sanitaria, mentre l'inabilità temporanea assoluta di giorni 60 e quella parziale al 50% protrattasi per 12 mesi è ascrivibile all'operato del medico. Ne deriva che nei rapporti interni, il risarcimento del danno derivante dall'inabilità temporanea deve gravare per Euro 11.760,00 sulla struttura sanitaria e per Euro 23.765,00 sul CP_2

Venendo infine alla domanda di manleva spiegata dal CP_2 nei confronti della società Controparte_4 si osserva quanto segue. Secondo il più recente orientamento giurisprudenziale in materia: *“Il modello di assicurazione della responsabilità civile con clausole "on claims made basis", quale deroga convenzionale all'art. 1917, comma 1, c.c., consentita dall'art. 1932 c.c., è riconducibile al tipo dell'assicurazione contro i danni e, pertanto, non è soggetto al controllo di meritevolezza di cui all'art. 1322, comma 2, c.c., ma alla verifica, ai sensi dell'art. 1322, comma 1, c.c., della rispondenza della conformazione del tipo, operata attraverso l'adozione delle suddette clausole, ai limiti imposti dalla legge, da intendersi come l'ordinamento giuridico nella sua complessità, comprensivo delle norme di rango costituzionale e sovranazionale. Tale indagine riguarda, innanzitutto, la causa concreta del contratto – sotto il profilo della liceità e dell'adeguatezza dell'assetto sinallagmatico rispetto agli specifici interessi perseguiti dalle parti -, ma non si arresta al momento della genesi del regolamento negoziale, investendo anche la fase precontrattuale (in cui occorre verificare l'osservanza, da parte dell'impresa assicurativa, degli obblighi di informazione sul contenuto delle "claims made") e quella dell'attuazione del rapporto (come nel caso in cui nel regolamento contrattuale "on claims made basis" vengano inserite clausole abusive), con la conseguenza che la tutela invocabile dall'assicurato può esplicarsi, in termini di effettività, su diversi piani, con attivazione dei rimedi pertinenti ai profili di volta in volta implicati”* (Cass.. Civ., S. U., n.



22437/2018). Pur nell'incertezza giurisprudenziale che connota la materia in esame, l'unico punto fermo riguarda l'assoluta legittimità e liceità della clausola *claims made* c.d. pura, ossia quella che prevede l'operatività della polizza per i sinistri denunciati durante la sua vigenza indipendentemente dalla data di commissione del fatto illecito (cfr. in proposito, Cass. Civ., n. 9140/2016). Nel caso specifico la richiesta di risarcimento è intervenuta nel settembre 2016, momento durante il quale non risultava vigente alcuna delle polizze azionate dal terzo chiamato. Infatti, la polizza *Org_2* è stata stipulata dal *CP_2* in data 11.06.2003 ed è rimasta operativa sino all'11.06.2007 (tale polizza conteneva peraltro una clausola *claims made* pura), mentre la polizza *CP_8* - anch'essa contenente una clausola *claims made* pura in caso di sostituzione di polizza - attivata l'11.06.2007 è venuta a cessare in data 11.06.2012, quando il *CP_2* ha acceso l'ulteriore polizza *CP_4* rimasta operativa sino alla data dell'11.06.2013. Pertanto, anche considerando l'illegittimità della clausola *claims made* nella parte in cui prevede una retroattività limitata nel tempo - presente peraltro nella sola polizza *CP_4* che, però, appare priva di qualunque collegamento con il sinistro, atteso che non era la polizza vigente alla data del fatto illecito, né quella vigente alla data della richiesta di risarcimento - le polizze azionate nel presente giudizio non coprirebbero comunque il sinistro oggetto di causa. Ad ogni modo, si osserva che il terzo chiamato non ha fornito, se non tardivamente in sede di scritti conclusivi, gli elementi necessari per effettuare l'indagine di cui all'art. 1322, comma 1, c.c. (informativa precontrattuale, entità del premio ecc.).

La domanda di manleva deve pertanto essere respinta.

Le spese di lite, liquidate come in dispositivo sulla base dell'effettivo valore della controversia, seguono la soccombenza. Pertanto, il *Controparte_1* [...] deve essere condannato al pagamento delle spese di lite sostenute dagli attori, mentre *Controparte_2* deve essere condannato al pagamento dei 2/3 delle spese di lite sostenute dal *Controparte_1*

[...] Le spese di CTU devono essere definitivamente poste a carico del *Controparte_1* nella misura di 1/3 e di



Controparte_2 nella misura di 2/3. Viceversa, nel rapporto tra il *CP_1* e la *Controparte_3* le spese di lite devono essere integralmente compensate, atteso che la quantificazione del danno in misura inferiore alla franchigia è emersa solo in corso di causa. Parimenti devono essere compensate le spese di lite nel rapporto tra *Controparte_2* e la *CP_4* [...] stante il mutamento giurisprudenziale in materia di legittimità della clausola *claims made* ed attesa la sussistenza di orientamenti giurisprudenziali contrastanti.

P. Q. M.

il Tribunale di Savona, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza e deduzione, così provvede:

- * in accoglimento della domanda attrice, condanna il [...] *Controparte_9* al pagamento, in favore di *Pt_1* e *Parte_2* [...] della somma complessiva di Euro 74.712,50 a titolo di risarcimento del danno, oltre interessi e rivalutazione monetaria come in motivazione;
- * in accoglimento della domanda di regresso, condanna *Controparte_2* a restituire al *Controparte_1* la somma di Euro 49.890,00, oltre interessi legali dalla data del pagamento al saldo effettivo;
- * respinge le ulteriori domande avanzate;
- * condanna il *Controparte_1* al pagamento, in favore degli attori, delle spese di lite, che liquida in euro 7.795,00 per compensi professionali ed in Euro 518,00 per esborsi, oltre spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge;
- * condanna *Controparte_2* al pagamento, in favore del [...] *Controparte_1* dei 2/3 delle spese di lite, che liquida in Euro 5.196,00 per compensi professionali, oltre spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA come per legge;
- * compensa integralmente le spese di lite nel rapporto tra il [...] *Controparte_1* e la *Controparte_3* e tra *CP_2* [...] e la *Controparte_4*



* pone definitivamente a carico del *Controparte_1*

[...] nella misura di 1/3 e di *Controparte_2* nella misura di 2/3 le spese di CTU, liquidate come da separato provvedimento.

Così deciso in Savona, il 14 marzo 2020.

Il Giudice

(dott.ssa Daniela Mele)