



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE ORDINARIO DI TORINO
QUARTA SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott. Francesco Moroni ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. **7828/2020**, promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] rappresentata
e difesa dall'Avv. [REDACTED] elettivamente domiciliata, presso lo studio
del difensore in Torino, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] in forza di separata
procura del 11.11.2019, considerata parte integrante dell'atto di citazione

-attrice-

contro

Controparte_1 in persona del legale rappresentate *pro tempore*, (C.F. e P.I. *P.IVA_1*), rappresentata e difesa dagli avv.ti
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED]
elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore in Torino, [REDACTED]
[REDACTED] come da procura speciale in atti;

-convenuta-

e contro

Controparte_2

(C.F.

C.F._2

, [REDACTED]

[REDACTED] rappresentata e difesa, per procura allegata in atti, dall'Avv. [REDACTED] ed elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore in Torino, [REDACTED]

- convenuta -

OGGETTO: domanda di risarcimento danni per responsabilità medica.

CONCLUSIONI

Udienza di precisazione delle conclusioni: 24.06.2024

Per parte attrice, come da note di trattazione scritta per l'udienza di precisazione delle conclusioni:

*"Voglia l'Ill.mo Tribunale di Torino,
respinta ogni contraria domanda, eccezione, deduzione,
in accoglimento della presente domanda,*

NEL MERITO

1) accertare e dichiarare l'errata diagnosi e/o cura medica ante, infra e post intervento chirurgico effettuato sull'attrice dal Controparte_1 e dalla dott.ssa Controparte_2 per negligenza, imperizia e/o grave colpa come meglio descritto in narrativa e, di conseguenza, dichiarare tenuti e condannare il Controparte_1 e la dott.ssa Controparte_2, in solido tra loro e secondo le rispettive responsabilità contrattuali ed extracontrattuali, a risarcire tutti i danni patrimoniali e non, tra cui quelli biologici, alla sig.ra Parte_1 risultante dalla istruttoria e comunque ritenuta di giustizia, oltre alla rivalutazione monetaria ed agli interessi legali dal fatto all'effettivo soddisfo;

2) dichiarare tenuta e condannare il Controparte_1 e/o la dott.ssa Controparte_2, in solido tra loro e secondo le rispettive responsabilità, alla rifusione delle spese, degli eventuali costi sostenuti per CTU e CCTTPP, di diritti ed onorari del presente giudizio, oltre al rimborso forfettario per spese generali al 15%, oltre I.V.A. e C.P.A., come per legge, nonché al rimborso del contributo unificato;

IN VIA ISTRUTTORIA:

Sulla prova testimoniale e sull'esame della convenuta CP_2: ripropone le istanze formulate con le memorie integrative ex art. 183, co. VI c.p.c.

SULL'AMMISSIONE DEL SUPPLEMENTO DELLA C.T.U.

L'attrice chiede disporsi un supplemento di CTU volto ad accertare:

i) se l'aggravamento dello stato di salute accusato dalla sig.ra Pt_1 a seguito delle dimissioni dal Controparte_1 è stato causato dalle condotte negligenti delle convenute meglio descritte in narrativa e, in caso affermativo da parte di entrambe, stabilendo la quota della loro rispettiva responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale;

ii) se le cure sanitarie e le operazioni chirurgiche a cui la sig.ra Pt_1 i è sottoposta presso il C.T.O. di Torino dal 9.04.2018 sono state causate e/o rese necessarie dalle condotte negligenti delle convenute di cui al punto i) precedente e, anche in questo caso, stabilendo la quota della loro rispettiva responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale;

iii) se quanto accaduto ai precedenti punti i) e ii) ha determinato la causa dell'insorta tromboembolia polmonare e fibrillazione atriale alla sig.ra Pt_1 n data 11.04.2018;

iv) la valutazione medico legale del danno subito dalla sig.ra Pt_1 otto vari profili, ad esempio patrimoniale, non patrimoniale,

biologico, temporaneo, permanente, ecc. e, anche in questo caso, stabilendo la quota di responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale a carico di ciascuna delle convenute a seconda della rispettiva condotta negligente";

Per parte convenuta Controparte_2 , come da note di trattazione scritta per l'udienza di precisazione delle conclusioni:

"Voglia Codesto Ill.mo Tribunale, disattesa ogni avversaria domanda, eccezione, istanza e deduzione,

IN VIA ISTRUTTORIA

- Ammettere prova per testi sui capi da 1 a 4, da 9 a 13, 19, 22, 23, e da 24 a 26 della memoria ex art. 183 VI comma nr. 2 c.p.c.;*
- Ordinare, ai sensi dell'art. 210 c.p.c., alla Controparte_1 l'esibizione del contratto assicurativo stipulato ai sensi dell'art. 10 della L. 24/2017;*

IN VIA PRINCIPALE:

- Respingere, per i motivi di cui in atti, le domande tutte proposte nei confronti della Dott.ssa Controparte_2 sia dall'attrice sia dalla convenuta CP_1*

[...]

In via subordinata:

- Nella denegata e non creduta ipotesi in cui dovesse venire accertata, in corso di causa, una qualsivoglia responsabilità della Dott.ssa CP_2 nella determinazione delle conseguenze lesive dedotte dall'attrice:*
- condannare per le ragioni esposte in atti la Controparte_1 in proprio o per mezzo dell'assicuratore con il quale ha stipulato polizza RC, a manlevare e/o tenere indenne la Dott.ssa*
- corrispondere, a qualsivoglia titolo e/o ragione in dipendenza degli eventi dedotti in giudizio, a parte attrice;*

In via ulteriormente subordinata:

- Nella denegata e non creduta ipotesi in cui dovesse essere esclusa la garanzia e/o manleva di Controparte_1 in favore della Dott.ssa CP_2

- accertare e dichiarare in quale misura percentuale la condotta della Dott.ssa CP_2 ha contribuito, unitamente a quella di Controparte_1 e degli altri soggetti intervenuti nel percorso di cura, alla causazione dei pregiudizi sofferti dall'attrice e conseguentemente limitare la condanna della Dott.ssa CP_2 alla esclusiva quota di responsabilità ad ella direttamente ascrivibile;

- Nella denegata e non creduta ipotesi in cui dovesse essere individuata qualsivoglia responsabilità, in via solidale con Controparte_1 in capo alla Dott.ssa CP_2 :

- escludere il diritto di rivalsa in favore di Controparte_1 in assenza di assolvimento dell'onere della prova in merito ai presupposti previsti dall'art. 9 L. 24/2017;

In via ulteriormente subordinata:

- Nella denegata e non creduta ipotesi in cui dovesse essere ritenuto sussistente il diritto di rivalsa in capo a Controparte_1 nei confronti della Dott.ssa CP_2 :

- contenere il diritto di rivalsa entro i limiti previsti dall'art. 9 L. 24/2017;

Con il favore, in ogni caso, delle spese di lite, comprensive di compensi, anticipazioni, rimborso forfettario ed accessori di legge"

Per parte convenuta Controparte_1 come da note di trattazione scritta per l'udienza di precisazione delle conclusioni:

"Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis, così giudicare:

NEL MERITO:

- *in via principale: respingere integralmente qualsivoglia pretesa svolta nei confronti della concludente in quanto infondata in fatto e in diritto e, conseguentemente, dichiarare Controparte_1 esente da ogni responsabilità rispetto ai fatti oggetto di causa, con condanna dell'attrice alla refusione delle spese di lite sostenute dalla convenuta;*
- *in via subordinata: nella denegata ipotesi in cui il Tribunale adito accertasse il diritto dell'attrice a vedersi risarcire per i danni lamentati, riconducendone la causazione all'intervento eseguito dalla dott.ssa CP_2 condannare in via esclusiva quest'ultima al preteso risarcimento in quanto esclusiva responsabile dei danni sofferti dalla sig.ra Pt_1*
- *in via ulteriormente subordinata: nella denegata e non creduta ipotesi in cui il Tribunale adito accertasse e dichiarasse una qualsivoglia responsabilità, in tutto o in parte, di Controparte_1 anche in via solidale con la dott.ssa Controparte_2, accertare e determinare le rispettive porzioni di responsabilità limitando l'eventuale condanna della concludente alla quota di sua propria competenza e, in ogni caso, condannare la dott.ssa CP_2 a rimborsare qualsivoglia somma che la concludente fosse tenuta a corrispondere all'attrice in forza del vincolo di solidarietà passiva, in eccesso rispetto a quanto risulterebbe dovuto in dipendenza della sua eventuale quota di responsabilità e/o di apporto causale;*
- *in via sempre subordinata: nella denegata ipotesi in cui il Tribunale adito accertasse e dichiarasse una qualsivoglia responsabilità, in tutto o in parte, di Controparte_1 per i fatti di cui è causa, dichiarare la dott.ssa CP_2 tenuta a manlevare e tenere indenne Controparte_1 da quanto quest'ultima sarà eventualmente obbligata a pagare in conseguenza di sue*

accertate responsabilità per la prestazione medica resa alla sig.ra Pt_1 , per l'effetto, condannarla al pagamento di quanto eventualmente dovuto dalla struttura in favore dell'attrice relativamente alle suddette prestazioni;

- in via istruttoria: nella denegata ipotesi di rimessione della causa in istruttoria, disporre ctu medico legale volta ad accertare:*
- la diligenza e la correttezza della condotta posta in essere dalla dott.ssa CP_2 con riferimento alla prestazione propriamente medica dalla stessa resa alla paziente nonché di quella relativa agli obblighi, sulla medesima gravante, di controllo e/o vigilanza sul decorso post- operatorio della paziente;*
- la diligenza e la correttezza della condotta posta in essere da CP_1 [...] nell'esecuzione della prestazione alla quale, specificatamente, quest'ultima era tenuta nei confronti della paziente e quindi alla messa in opera di tutte le misure atte ad evitare possibili rischi infettivi;*
- se il danno occorso alla sig.ra Pt_1 rientri tra le complicanze non prevenibile insite nell'intervento de quo o se, piuttosto, lo stesso debba ricondursi – così come afferma controparte – ad una errata condotta dei convenuti nell'esecuzione della procedura interventistica eseguita sulla persona dell'attrice;*
- se la condotta poco collaborante e comunque tenuta dalla paziente (poca igiene personale) possa aver – e, nel caso, in che misura – contribuito al manifestarsi della problematica infettiva o comunque possa aver determinato le scelte di cura poste in essere dal sanitario convenuto;*
- solo nell'ipotesi d'accertata condotta colposa specificare il grado di colpa posta in essere dalla struttura e/o dalla dott.ssa CP_2 determinare il danno*

in concreto sofferto dall'attrice specificando in che termini ed in che misura quest'ultimo possa essere imputato a ciascuna delle predette parti.

In ogni caso: Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa.”

MOTIVI DI FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, parte attrice introduceva il presente giudizio nei confronti della Controparte_1 e della Dott.ssa Controparte_2 per vedere accolte le conclusioni di cui in epigrafe, loro contestando una responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale, eventualmente anche in solido, per i danni patrimoniali e non patrimoniali dalla stessa asseritamente patiti in conseguenza dell'intervento chirurgico cui si sottoponeva in data 29.03.2018 presso la clinica odierna convenuta, in Torino.

L'attrice precisava che tale intervento di artrodesi atlanto-epistrofea con fascette sublaminare si rendeva necessario a seguito di una caduta accidentale che le provocava una frattura delle vertebre C1 e C2 riscontrata con esame TAC del 26.02.2018.

Si allegava, altresì, una complicanza infettiva del tessuto cutaneo che rendeva necessario un successivo e ulteriore intervento chirurgico, eseguito presso il C.T.O. in Torino, con ricovero ospedaliero dal 09.04.2018 al 22.06.2018.

In ragione di nuove e sopravvenute complicanze, la paziente veniva trasferita nel reparto di terapia intensiva, al fine di monitorare e curare una tromboembolia polmonare con insorgenza di fibrillazione atriale riscontrata durante il secondo e ravvicinato intervento chirurgico, eseguito da altro professionista e presso una struttura sanitaria diversa da quella

facente capo all'odierna convenuta.

Pertanto, rimasta insoddisfatta la formale richiesta risarcitoria dei lamentati danni patrimoniali e non, formulata in via stragiudiziale ad ambo le parti convenute, per tramite del legale di fiducia; fallito il tentativo di mediazione esperito ai sensi del D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche (documentati con le produzioni sub 9-10 allegate alla citazione), parte attrice riteneva opportuno introdurre in sede giudiziale la domanda in oggetto, per vedere accertata la responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale delle convenute ed ottenere condanna al risarcimento dei danni asseriti, quantificati complessivamente in € 50.000,00, (spese sanitarie ed esborsi per perizie di parte per € 2.600,00, spese per assistenza legale, danno biologico come determinato dalla relazione tecnica di parte prodotta in allegato alla citazione) e alla refusione delle spese legali e dei costi per CTU E CCTTPP.

Appare opportuno evidenziare sin d'ora che, secondo quanto riportato nell'allegata relazione medico-legale di parte, redatta dal Dott. Per_1 in data 06.05.2019, la paziente, a seguito dell'infezione post-operatoria, avrebbe sofferto un danno biologico determinato in giorni 75 di inabilità temporanea totale, giorni 60 di inabilità temporanea parziale al 75%, giorni 60 di inabilità temporanea parziale al 50% e giorni 60 di inabilità temporanea parziale al 25%, nonché una lesione permanente pari al 9% per la riscontrata fibrillazione atriale, insorta durante l'esecuzione del secondo intervento chirurgico e successiva prescrizione di un anticoagulante da assumere a vita, cui si aggiungeva una richiesta di personalizzazione del danno in via equitativa.

Secondo i fatti allegati, i suddetti danni si riterrebbero cagionati da

entrambe le convenute in ragione, in primo luogo, di una presunta *“interruzione del circuito di sterilità”* ascrivibile all’ambiente o al personale sanitario, come suggerirebbe il dato cronologico (manifestarsi dell’infezione già durante il ricovero nella struttura sanitaria e appena 3 giorni dopo l’esecuzione dell’intervento) e al ricorso ad una profilassi antibatterica preoperatoria (ciproflaxacina) non ottimale per la particolare resistenza della classe batterica da cui insorgeva l’infezione.

Un’ulteriore pratica scorretta veniva individuata nella terapia predisposta dalla Dott.ssa *CP_2* per la cura della riscontrata infezione (Ceftraxione e Levofloxacin), che non contemplava l’ipotesi di intervento tempestivo di revisione e tolettatura della ferita, come da relazione infettivologica di parte, a firma del Dott. *Per_2*.

Infine, anche la dimissione in data 06.04.2018 con infezione ancora in corso, avrebbe acuito le sofferenze della paziente.

Entrambe le convenute, ritualmente citate, si costituivano in giudizio con comparsa di risposta, contestando ciascuna le responsabilità ascritte da parte attrice.

In particolare, la *Controparte_1* chiedeva rigettarsi la domanda attorea escludendo la causalità dell’intervento chirurgico eseguito presso la propria struttura rispetto all’insorgere dell’infezione della ferita; in subordine, nel caso di accoglimento anche parziale della domanda, accertarsi l’esclusiva responsabilità di *Controparte_2* nella produzione del danno e il diritto della *Controparte_1* ad essere tenuta indenne per quanto dovuto a titolo risarcitorio nei confronti di *Parte_1*; in via ulteriormente subordinata, accertare e determinare le rispettive porzioni di responsabilità limitando l’eventuale condanna della struttura

alla quota di sua propria competenza con rimborso delle somme eventualmente versate in esubero.

Da parte sua, la convenuta *CP_2* chiedeva il rigetto della domanda attorea e, in via di subordine, la manleva a carico della *Controparte_1* in proprio o tramite assicuratore per eventuali danni tenuta a corrispondere, domandando altresì di accertare, in via di ulteriore subordine, e quantificare in termini percentuali la responsabilità ascrivibile al solo operatore sanitario per i pregiudizi eventualmente cagionati alla paziente. All'esito dell'udienza di prima comparizione venivano concessi i termini ex art. 183 comma 6 c.p.c.

Ai fini dell'accertamento degli elementi costitutivi della responsabilità risarcitoria, il Giudice, con ordinanza del 01.02.2021, disponeva preliminarmente consulenza tecnica medico-legale, riservando all'esito di questa la valutazione delle ulteriori istanze istruttorie, poi accolte con successiva ordinanza del 04.03.2022, limitatamente ai capi ivi indicati.

Tenuto conto degli esiti della prova orale e ritenuta la causa matura per la decisione, il Giudice fissava udienza di precisazione delle conclusioni al 14.03.2023, assegnando i termini per il deposito di note scritte per la trattazione in udienza "figurata".

Rinnovati tali termini a seguito di riassegnazione con provvedimento del Presidente di Sezione, il Giudice, lette le note scritte di precisazione delle conclusioni, assegnava alle parti i termini ex art. 190 c.p.c. e tratteneva la causa in decisione.

Parte_1 ha adito la presente autorità giudiziaria al fine di sentir dichiarare tenute e condannare *Controparte_1* e *Controparte_2* ,

eventualmente in solido, alla rifusione dei danni patrimoniali e non patrimoniali dalla stessa lamentati, in conseguenza della sottoposizione in data 29.03.2018 a intervento di artrodesi atlanto-epistrofea con fascette sublaminare.

La domanda è diretta ad accertare l'inadempimento della società facente capo alla gestione della struttura sanitaria, in relazione alle obbligazioni proprie del rapporto negoziale di ospedalità, costituitosi con accettazione, ricovero e intervento chirurgico eseguito sulla paziente all'interno della struttura, nonché l'errata pratica medico-sanitaria posta in essere dal professionista adibito dall'istituto di cura.

La prima questione deve essere ricondotta nell'ambito di operatività della disciplina di cui all'art. 1218 c.c., in materia di responsabilità contrattuale.

Con specifico riferimento agli istituti di cura, il rapporto negoziale che viene a costituirsi con il paziente, cd. di ospedalità, comporta l'obbligo di erogare contestuali prestazioni ricettive e di assistenza, offrendo il corretto trattamento medico-sanitario necessario al conseguimento dell'interesse contrattuale indiretto, coincidente con l'esito risolutivo o migliorativo delle condizioni di salute del paziente (Cass. S.U. 577/2008).

L'esatta esecuzione della prestazione richiesta, pertanto, rappresenta interesse contrattuale immediato, ma strumentale alla tutela del bene salute.

Pertanto, l'inadempimento dell'istituto di cura ben potrebbe essere integrato dalla mancata/inesatta erogazione di prestazioni inerenti ai servizi di accoglienza o a quelli strettamente sanitari.

In entrambe le ipotesi, la disciplina applicabile è dettata dagli artt. 1218 e 1228 c.c. per fatto proprio del debitore.

In questa seconda circostanza, presupposto della responsabilità contrattuale è l'incorrere del personale dipendente o ivi operante in condotte di malpractice sanitaria, rispetto alle quali l'art. 1228 c.c. ne consente l'ascrivibilità al debitore che, nell'adempimento delle obbligazioni contratte, si serva dell'opera di terzi.

La *ratio* normativa risponde al principio "*cuius commoda eius et incommoda*", per cui il rischio dell'impresa/attività esercitata incombe su chi ne trae il vantaggio.

Trattandosi di materia sanitaria, la disciplina generica deve applicarsi in combinato disposto con le norme specifiche introdotte dalla legge "Gelli-Bianco" del 2017 che riconosce facoltà di rivalsa all'istituto sanitario nei confronti del medico, in presenza di una responsabilità extracontrattuale di quest'ultimo per dolo o colpa grave, considerato il grado di complessità dell'intervento eseguito ed entro limiti economici determinati. Solo in caso di un'inescusabile devianza del medico dall'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità, si consentirebbe una rivalsa integrale successiva all'intero pagamento dell'obbligo risarcitorio.

Alla luce delle richieste avanzate da parte attrice e dalle convenute, incluse le reciproche rivalse, occorre, dunque, verificare, in primo luogo, l'eventuale presupposto dell'errore medico in cui sarebbe incorsa la professionista operante nella struttura e, quindi, la sussistenza dell'inadempimento contrattuale in ossequio al regime probatorio dettato dall'art. 1218 c.c.; infine, accertato il *quantum* del danno, la possibilità di riconoscere una rivalsa integrale/parziale o manleva all'una o all'altra convenuta per quanto dovessero essere tenute a corrispondere alla danneggiata a titolo risarcitorio.

Invero, la responsabilità contrattuale della clinica sanitaria potrebbe derivare tanto da un inadempimento proprio quanto dal fatto materiale del terzo ausiliario.

Gravando su parte attrice l'onere probatorio del danno e del relativo nesso causale con la condotta contestata, occorre verificare il soddisfacimento di tale onere secondo il criterio del "più probabile che non".

Conformemente all'orientamento consolidato della giurisprudenza, il paziente che intenda far valere la responsabilità della struttura sanitaria per danni derivanti dal trattamento sanitario inadeguato deve dimostrare il titolo della sua pretesa, consistente nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di nuove patologie, oltre al nesso di derivazione causale della lesione patita rispetto alla condotta inadempiente del professionista sanitario, secondo le regole della causalità materiale (artt. 40 e 41 c.p.).

Afferma sul punto Cass. ord. 26907/2020: *"In tema di responsabilità sanitaria, il paziente è tenuto a provare, anche attraverso presunzioni, il nesso di causalità materiale tra condotta del medico in violazione delle regole di diligenza ed evento dannoso, consistente nella lesione della salute (ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia), non essendo sufficiente la semplice allegazione dell'inadempimento del professionista; è, invece, onere della controparte, ove il detto paziente abbia dimostrato tale nesso di causalità materiale, provare o di avere agito con la diligenza richiesta o che il suo inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile".*

Pertanto, è poi onere della struttura sanitaria dare prova dell'esatto adempimento della prestazione medica, ovvero che il peggioramento delle

condizioni soggettive o il danno alla salute siano dipesi da eventi del tutto estranei al comune decorso, imprevedibili e, dunque, non prevenibili, escludendo con tali ragioni il nesso causale tra condotta contestata e pregiudizio del creditore (Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. 18 aprile 2005 n. 7997; ed in via generale, quanto a responsabilità *ex contractu*, Cass. Sez. Un. 30 ottobre 2001, n. 13533).

La prova che incombe sulla struttura sanitaria convenuta in giudizio, pertanto, è duplice:

- dimostrare di aver impiegato la perizia ed i mezzi tecnici adeguati allo standard professionale per la categoria di interventi in esame e la corrispondente misura dello sforzo diligente adeguato a conseguirlo;
- dimostrare che l'inesatto adempimento, estrinsecantesi nel mancato conseguimento degli obiettivi terapeutici previsti per tale intervento, nell'aggravamento della situazione patologica pregressa o nell'insorgenza di nuova malattia, è dovuto a causa non imputabile agli operatori sanitari, in quanto determinato da fattore non prevedibile né prevenibile con la diligenza dovuta nel caso concreto (in altri termini, il rischio della c.d. causa ignota grava sul medico e sulla struttura sanitaria).

Ne deriva che, laddove non vi sia incertezza sull'esistenza della relazione causale sul piano naturalistico (causalità materiale), spetta alla struttura sanitaria dimostrare che l'impossibilità di correttamente adempiere alla prestazione sanitaria richiesta sia derivata da causa ad essa (per il tramite dei sanitari) non imputabile.

Si delinea in tal modo quella duplicità del ciclo causale che coordina tra loro gli oneri probatori rispettivamente a carico delle parti del rapporto di

cura e che viene richiamato nelle pronunce di legittimità (Cass. 11 novembre 2019, nn. 28989, 28991 e 28992).

Al fine di accertare, nel caso di specie, la sussistenza di una relazione eziologica tra la lesione all'integrità psicofisica, nello specifico di insorgenza di nuove patologie, e la condotta dei sanitari della cui opera la struttura sanitaria convenuta si è avvalsa per adempiere la prestazione di cura, si è proceduto in corso di giudizio a esperimento di CTU medico-legale.

In merito alla vicenda, la relazione redatta dal collegio di esperti, in ausilio alla decisione del giudice, evidenzia alcune rilevanti criticità nell'intervento chirurgico eseguito sulla paziente:

“La paziente a seguito dell’uso prolungato di un collare tipo Philadelphia sviluppava delle lesioni di continuità della cute ancora presenti al momento del ricovero presso [REDACTED] (vedasi anamnesi su Cartella Clinica agli atti). Che questo fosse un problema da tempo e avesse determinato nel più recente passato lesioni di maggiore entità è desumibile anche dalla valutazione pre-ricovero condotta dalla Dr.ssa CP_2 in data 02/03/18.

2) Queste lesioni della cute costituivano il primum movens favorente l’infezione associata all’atto chirurgico. La cute della paziente si è rivelata un pabulum ideale per la proliferazione di batteri come K.pneumoniae e S.epidermidis con caratteri di resistenza agli antibiotici e verosimilmente con cariche piuttosto elevate. La antisepsi prima dell’atto chirurgico e l’antibiotico profilassi non si sono rivelate in grado di impedire la contaminazione della ferita ed il passaggio di questi germi in profondità.

3) La antibiotico-profilassi condotta con la somministrazione di ciprofloxacina si è rivelata del tutto inadeguata (scelta di una molecola e di una classe non presente nelle linee guida coeve all'intervento).

4) Anche la prosecuzione di una profilassi nei giorni successivi all'intervento con ceftriaxone prima e poi con l'aggiunta di levofloxacina per via orale non trovano riscontro nelle indicazioni di tutte le Linee Guida disponibili all'epoca della vicenda esaminata e si dimostrava nei fatti del tutto inefficace.

Una profilassi antibiotica corretta, stante l'allergia alla penicillina denunciata dalla paziente, doveva essere condotta tramite la somministrazione di clindamicina o, in alternativa e in base alla prevalenza locale di stafilococchi meticillino-resistenti, vancomicina. L'infusione per via endovenosa dell'agente di profilassi doveva essere (come universalmente consigliato da ogni indicazione da Linea Guida disponibile) di preferenza monodose (600 mg per clindamicina; 1 g per vancomicina). Per quanto concerne il trattamento empirico posto in essere nell'immediato post-chirurgico al comparire di una secrezione sierosa l'uso del ceftriaxone e soprattutto della levofloxacina sembrano (e si rivelarono nei fatti) inadeguati.

A fronte del sospetto di una infezione precoce del sito chirurgico - come desumibile dalla prescrizione di una terapia antibiotica prima basata sulla sola cefalosporina e poi con l'aggiunta del fluorochinolone - non si tenne in conto sia della possibile eziologia polimicrobica, sia del potenziale profilo di resistenza dei patogeni implicati. Se ciò fosse stato considerato si sarebbe impiegato un agente potenzialmente attivo vs. batteri Gram-negativi ESBL produttori e un secondo agente attivo verso stafilococchi meticillino-

resistenti. In ogni caso mai si sarebbe fatto affidamento su di una molecola come levofloxacin dopo l'evidente fallimento in profilassi di ciprofloxacina. (...)".

Ora, le considerazioni valutative svolte dai CCTTUU risultano ben argomentate e pienamente condivisibili ed appaiono determinanti ai fini dell'accertamento delle condotte inadempienti addebitate dall'attrice alla struttura sanitaria ed al medico e delle loro conseguenze pregiudizievoli.

Invero, facendo applicazione del criterio del "*più probabile che non*", deve ritenersi accertato il nesso causale tra le condotte del personale sanitario e il danno riscontrato dalla paziente: l'aver eseguito il taglio chirurgico pur in presenza di ulcere cutanee, riscontrate dallo stesso medico operante già in sede di visita preoperatoria del 02.03.2018, in uno stato tale da escludere che il trattamento prescritto dal medico sarebbe stato utile a sanare tali lesioni entro la data dell'operazione, rappresenta una prima pratica inadeguata ad escludere il rischio infettivo.

Privi di pregio appaiono, dunque, i rilievi della difesa CP_2 che sottolinea come la propria assistita avesse provveduto a predisporre l'intervento chirurgico intervenendo con medicazioni delle zone ulcerose preesistenti all'intervento, successivamente non riscontrate in sede operatoria, scongiurando in tal modo il rischio infettivo.

Dalle osservazioni dei CCTTUU, una tale possibilità pare inverosimile, proprio in ragione della resistenza degli agenti batterici riscontrati con il secondo ricovero presso il C.T.O. (*Klebsiella pneumoniae* ESBL + e *Staphylococcus epidermidis* meticillino-resistente), non debellabili in circa 20 giorni con quello specifico trattamento prescritto dalla curante.

Ad una prima condotta viziata da colpa deve aggiungersi l'errata profilassi antibatterica antecedente all'intervento chirurgico e, soprattutto, quella successiva all'insorgere dell'infezione, dovendo al riguardo segnalarsi l'applicazione di pratiche di profilassi non conformi alle linee guida coeve all'intervento.

Sul punto, le osservazioni della difesa della Dott.ssa CP_2 - laddove ribadiva che la propria assistita si conformava alle linee guida condivise dalla struttura sanitaria presso la quale operava (risalenti al 2011) - paiono insufficienti, in quanto è anche competenza del professionista valutare nel caso concreto l'adeguatezza delle linee guida in uso (peraltro non aggiornate), verificando le circostanze specifiche del caso empirico, essendo tenuto, eventualmente, a disapplicarle ove se ne riscontri la natura obsoleta e l'inefficacia, al fine di ricorrere alla pratica più efficiente alla guarigione del paziente.

Pertanto, laddove non si riscontri una condotta viziata da colpa "specificata" in capo al professionista, non può automaticamente escludersi una residua colpa generica nella condotta sprovvista della dovuta perizia, misurabile proprio in relazione al caso concreto.

Con riferimento alla terapia antibiotica predisposta per il periodo post-operatorio, l'ipotesi di malpractice sanitaria è ancor più evidente, posto che - come osservato dai CCTTUU - la resistenza al primo trattamento di profilassi avrebbe dovuto indurre il medico a prescrivere altri e diversi trattamenti, impiegando antibiotici di diversa composizione molecolare, quali *"...clindamicina oppure per una combinazione vancomicina più un aminoglicoside è del tutto verosimile che gli effetti della antibiotico-profilassi sarebbero stati diversi (...)"* (pag. 22 della relazione di CTU) e

ancora: *“In ogni caso mai si sarebbe fatto affidamento su di una molecola come levofloxacin dopo l'evidente fallimento in profilassi di iprofloxacin”* (pag. 16).

Nessun rilievo tale da discostarsi dalle conclusioni di CTU sulla causa lesiva della salute della paziente pare sollevabile rispetto alle modalità adoperate per gli accertamenti condotti, con riferimento ai metodi o alla letteratura scientifica assunta quale fonte di ricerca.

In ogni caso, merita richiamare i principi espressi dalla S.C. con riferimento alla valutazione giudiziale degli esiti della CTU, secondo cui *“qualora il giudice del merito aderisca al parere del consulente tecnico d'ufficio, non è tenuto ad esporre in modo specifico le ragioni dell'adesione e ciò in quanto l'accettazione di detto parere, delineando il percorso logico della decisione, ne costituisce adeguata motivazione, non suscettibile di censure in sede di legittimità”* (Cass. n. 28647/2013; n. 10222/2009; n. 3881/2006).

Il richiamo, anche *per relationem*, dell'elaborato peritale implica una compiuta, positiva valutazione del percorso argomentativo e dei principi e dei metodi scientifici seguiti dal consulente (cfr. Cass. n. 15147/2018). Precisa ancora la Corte che *“il giudice del merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico - che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte - esaurisce l'obbligo della motivazione mediante l'indicazione delle fonti del suo convincimento: senza necessità che si soffermi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti di fiducia, che, seppur non espressamente confutate, restano implicitamente disattese in quanto incompatibili con le conclusioni tratte”* (cfr. Cass. n. 282/2009; n. 8355/2007; n. 12080/2000).

Con particolare riguardo alle materie come quella in esame, che richiedono un elevato livello di cognizioni tecniche specifiche, è rimesso al prudente apprezzamento del giudice di merito, nella cui esclusiva competenza rientra pervenire a siffatta determinazione, astenersi dall'effettuare considerazioni personali determinanti e valutazioni comparative che mancherebbero del supporto di un'appropriata preparazione scientifica, tanto più ove le argomentazioni dell'esperto nominato dall'ufficio, assistite dalla presunzione d'imparzialità, si contrappongano a quelle degli esperti di parte, comunque meno attendibili se non altro in quanto influenzate dall'esigenza di sostenere le ragioni del preponente (cfr. Cass. n. 23362/2012).

Tuttavia, non può dirsi raggiunto l'accertamento di causalità lesiva relativo alle pratiche di sterilizzazione degli strumenti e dell'ambiente operatorio, poiché risulta impraticabile a posteriori la verifica dell'esatta/inesatta esecuzione conforme al protocollo, così come attestata nella documentazione relativa alle operazioni di disinfezione degli ambienti. I consulenti, infatti, non ne potevano verificare l'esatta e attenta conformità.

Ad ogni modo, i CCTTUU non mancavano di osservare l'incompletezza della documentazione prodotta con riferimento ai protocolli di profilassi antibiotica validata dalla Direzione Sanitaria, in uso presso [REDACTED] all'epoca dei fatti (incompletezza che non potrebbe certamente pregiudicare sul piano probatorio il paziente, in ragione del principio di vicinanza della prova che grava sulla posizione della struttura).

“Pertanto, si è ritenuto verosimile che non esistesse una indicazione standardizzata di antibiotico-profilassi in Chirurgia, che esso non venisse

tantomeno aggiornato in base alla epidemiologia locale né al verificarsi di eventuali infezioni post-chirurgiche (tutte attività di un Comitato per le Infezioni Ospedaliere o CIO locale sulla cui esistenza o attività non è stata prodotta evidenza” (pag. 18 della relazione di CTU).

Tale mancanza, pertanto, deve ritenersi certamente ascrivibile alla gestione dell'istituto di cura.

Infine, se pare condivisibile l'osservazione delle convenute sull'esistenza di un rischio non prevenibile di infezione associato all'intervento in oggetto, si deve pure constatare come il margine di tale rischio risulti fortemente variabile tra il 3% e il 18% *“in dipendenza dalla tipologia del paziente e dei suoi fattori di rischio pre-operatorio, dal tipo di approccio (maggiore per il posteriore rispetto all'anteriore), al volume di fisiologica e al tipo di disinfettante usato per il lavaggio della cavità prima della sutura, alla presenza o alla durata di posizionamento dei drenaggi, alle caratteristiche di appropriatezza della profilassi antibiotica impiegata”.*

In sintesi, sebbene il fenomeno infettivo post-operatorio risulti empiricamente molto diffuso, la percentuale di inevitabilità del rischio, per quanto certamente accettato dalla paziente che prestava il proprio consenso informato all'intervento, varia notevolmente in ragione della presenza di fattori molteplici e differenti, cui, in tal caso, si aggiungono le inadeguate pratiche del personale sanitario che nella vicenda non paiono escludibili, nonostante la prestazione non implicasse problemi di speciale difficoltà.

In ragione di ciò, può affermarsi raggiunto l'onere probatorio relativo alla condotta inadempiente della contraente con riferimento al nesso causale materiale e giuridico tra la condotta irregolare e il danno immediatamente

patito da parte attrice, consistente nell'insorgenza dell'infezione post-operatoria pacificamente riscontrata, non ritenendosi provato né il fatto contrario dell'adempimento della creditrice, ma al più un presupposto di illecito extracontrattuale ascrivibile al medico operante, né la sopravvenienza di cause impeditive non imputabili alla creditrice.

Non trova applicazione l'art. 2236 c.c., accertata la media difficoltà dell'intervento da eseguire, non sufficiente ad escludere la colpa grave del medico, riscontrandosi, peraltro, non solo l'imperizia di adottare pratiche dissonanti rispetto alle linee guida coeve, ma anche l'imprudenza di eseguire la manipolazione chirurgica nonostante la presenza di cute ulcerosa proprio nel tratto interessato dall'intervento.

Censurabile risulta, dunque, tanto la condotta del medico operante, quanto la condotta del █████ che mancava di aggiornare le linee guida di profilassi antibatterica condivise al momento dell'esecuzione dell'intervento, rispondendo in tal caso sia del fatto proprio sia del fatto materiale dell'ausiliario, ex artt. 1218 c.c., 1228 c.c e art. 7, co.1 della legge Gelli che statuisce: *“La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.”*

Sul punto, da ultimo, Cass. 16272/2023: *“Nel caso in cui il paziente si rivolga a una struttura sanitaria per la sottoposizione a un intervento medico chirurgico, e la struttura lo prenda in carico ai fini dell'intervento, [...] effettuandone l'accettazione, disponendone il ricovero, compilando la relativa cartella clinica ed eseguendo l'intervento all'interno della struttura*

ospedaliera [...], con la medesima si instaura un rapporto contrattuale atipico a prestazioni corrispettive – cd. contratto di spedalità [...] idoneo a fondare, in caso di esito infausto dell'intervento, la legittimazione passiva dell'ente in relazione all'azione di responsabilità proposta dal paziente”.

La responsabilità della struttura sanitaria integra, ai sensi dell'art. 1228 c.c., una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzo nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'art. 2049 c.c. (Cass. 29001/2021).

Tuttavia, riscontrata altresì una vera e propria negligenza da parte di [REDACTED] in violazione dell'art. 1176 c.c. che regola l'esatto adempimento della prestazione contrattuale, il danno ingiusto conseguente alla violazione dell'interesse contrattuale può dirsi causato dalle condotte concorrenti di entrambe le convenute.

Nel caso di specie, per quanto spettante alla struttura sanitaria, si ometteva il periodico aggiornamento delle linee guida "aziendali", al fine di conformarle a quelle istituzionali e condivise dalla comunità medica e scientifica, per altra parte, il medico intervenuto applicava pedissequamente e acriticamente tali indicazioni, senza verificarne l'adeguatezza al caso concreto, così da sottoporre la paziente ad una terapia, la cui inefficacia veniva confermata in sede di CTU.

Pacificamente ammessa la possibilità che la solidarietà si costituisca anche in caso di responsabilità civile di diversa natura giuridica, non superata con le risultanze probatorie la presunzione di cui agli artt. 1298 e 2055 c.c., si afferma l'uguale colpa delle danneggianti, con possibilità di regresso da parte di chi dovesse risarcire integralmente il danno, limitatamente al *quantum* ascrivibile al concorrente.

In merito, operano altresì le condizioni previste dall'art. 9 della "Legge CP_3 " che ammette la rivalsa integrale da parte dell'istituto di cura sul personale sanitario per quanto imputabile a questo, entro soglie economiche determinate, quando la condotta non sia stata commessa con dolo, purché viziata da colpa grave e causa esclusiva del danno.

Può leggersi in tale norma una conferma della ripartizione interna della responsabilità delle concorrenti.

Sul punto, da ultimo, Cass., Sez. III, 11/12/2023, n. 34516 ha stabilito che la rivalsa integrale da parte della struttura sanitaria richiede la prova di una condotta del medico *"del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità"* e l'assenza di *"trascuratezze nell'adempimento del contratto di ospedalità da parte della struttura, comprensive di controlli atti ad evitare rischi dei propri incaricati, da valutare in fatto, da parte del giudice di merito, in un'ottica di duttile apprezzamento della fattispecie concreta."*

Pertanto, quand'anche si dovesse qualificare la condotta del medico come gravemente colposa, difetterebbe, nel caso di specie, l'esclusività di tale responsabilità assorbente.

Del resto, sulla base di quanto già considerato, sussistono elementi descritti in commento alla relazione di CTU per ripartire paritariamente la responsabilità.

La quantificazione del danno cagionato dalle odierne convenute, con riferimento all'avanzata pretesa risarcitoria, rappresenta l'ultimo oggetto di accertamento della causalità giuridica della condotta censurata.

L'art. 1223 c.c. impone di ascrivere al danneggiante esclusivamente i danni che siano conseguenza diretta e immediata dell'inadempimento.

Sul punto, la relazione di CTU costituisce strumento di chiarimento: in particolare, si riconosce un danno biologico da inabilità temporanea totale di giorni 74, coincidente con la durata della degenza ospedaliera presso il C.T.O. di Torino, con esclusione di postumi permanenti.

Nello specifico, parte attrice attribuisce l'insorgere della patologia di fibrillazione atriale ad un fenomeno di "stress anestesilogico" conseguente al secondo intervento chirurgico e favorito dall'età avanzata della paziente, essendo statisticamente dimostrata, per quanto con probabilità bassa, anche l'insorgenza successiva a interventi chirurgici diversi da quelli cardiaci o da sepsi.

Secondo la difesa di parte attrice, sarebbero queste, in assenza di altre patologie cardiache e non cardiache, le uniche cause dimostrate secondo il criterio del *"più probabile che non"*, anche alla luce del dato cronologico, per cui, la FA conseguiva ad una trombosi della vena cubitale mediana dell'arto superiore destro, dove si eseguiva la cannulazione venosa.

Tuttavia, la letteratura scientifica prodotta tanto dai consulenti di parte quanto dai tecnici ausiliari del giudice attesta la frequentissima comparsa di FA nel 70% dei pazienti di età compresa tra i 65 e gli 85 anni, con

probabilità di insorgenza che aumenta proporzionalmente all'invecchiamento, soprattutto dopo gli 80 anni.

Numerosi sono i fattori di rischio di sviluppo della malattia, alcuni dei quali pertengono al fisiologico invecchiamento dei tessuti cardiaci interessati, con perdita di elasticità e contrattilità; nonché ad una predisposizione del substrato elettrofisiologico e alla concorrenza con altre patologie altrettanto diffuse in età avanzata.

Nel caso di specie, veniva rilevata sulla paziente una ipertensione arteriosa, il cui trattamento farmacologico, secondo le conclusioni dei CCTTUU, non sarebbe sufficiente ad escludere l'incidenza di tale fattore di rischio.

Tra gli altri, veniva documentata anche una broncopneumopatia cronica ostruttiva emersa dall'esame degli esiti di una precedente visita pneumologica con spirometria, che sarebbe verosimilmente confermata anche dall'intenso uso, da diversi decenni, di fumo di tabacco.

Anche l'uso di alcool, per quanto non attuale, denunciato dalla stessa parte attrice, costituisce un attestato fattore di rischio.

Ad ogni modo, risulta decisiva l'osservazione conclusiva degli esiti di CTU, secondo la quale la comparsa di fenomeni di FA peri-operatoria rimane un evento transitorio che, se diviene permanente, conferma l'inevitabile insorgere della patologia, anche in assenza dell'intervento chirurgico, il quale può ritenersi, dunque, mera occasione di insorgenza, ma non causa materiale.

E' proprio in applicazione del richiamato criterio del più probabile che non che i fattori di rischio, ugualmente documentati e ritenuti verosimilmente determinanti per l'insorgere della malattia, sono quelli estranei

all'esecuzione dei due ravvicinati interventi chirurgici, rispetto ai quali la probabilità statistica causale si è detto essere particolarmente bassa.

Sussistendo, al contrario, una prova scientifica che attesta la maggior influenza di diversi e ulteriori fattori di rischio, anch'essi esistenti e dimostrati, con efficacia probatoria scientifica e, dunque, maggiore di quella statistica, deve escludersi la presenza di un danno permanente giuridicamente conseguente alla condotta delle odierne convenute.

Ritenuta l'insussistenza di un rapporto causale o concausale tra l'intervento e i danni permanenti lamentati da parte attrice, la domanda non può essere integralmente accolta, dovendo differenziare i danni immediatamente conseguenti da quelli solo occasionati dall'errore medico. Il fatto costitutivo del credito risarcitorio richiede la presenza dei seguenti elementi:

- a) la condotta lesiva;
- b) l'evento di danno legato al primo da nesso di causalità materiale;
- c) il danno conseguenza, ossia le concrete conseguente pregiudizievoli, derivanti, secondo nesso di causalità giuridica ex art. 1223 c.c., dall'evento di danno, queste sole costituendo danno risarcibile nel vigente ordinamento, che non ammette la risarcibilità del danno *in re ipsa*.

Tanto premesso, si accoglie la richiesta risarcitoria per il danno biologico conseguente a rilevata inabilità temporanea totale per tutto il periodo di degenza presso ██████████ ████████ di Torino, pari a giorni 74 e quantificabile complessivamente in € 5.450,21, con esclusione di personalizzazione del danno sofferto, essendo già computato in tale somma un indice relativo al patimento morale, considerata altresì la risoluzione dell'iniziale problematica sofferta, e non essendo state riscontrate, come da

osservazioni di CTU, incidenze sullo svolgimento e qualità delle ordinarie attività di vita sociale o riflessi di ordine soggettivo.

Con riferimento alle voci di danno patrimoniale, si accoglie la richiesta di ristoro delle spese mediche sostenute e documentate dalla danneggiata, limitatamente agli esborsi sostenuti a causa della comparsa dell'infezione per € 179,30, nonché quelle relative alle perizie di parte, documentate in allegato alla memoria ex art. 183, co. 6 n. 2 c.p.c., per € 2.220,00.

Le spese di lite, liquidate come da dispositivo, seguono la soccombenza e sono poste a carico delle parti convenute.

Alla relativa liquidazione si provvede in applicazione dei parametri di cui al DM n. 55/14 come modificato dal DM n. 147/22, tenuto conto del valore della causa come determinato dall'art. 5 TF in base al liquidato, e così applicandosi i valori medi come da dispositivo.

Tra gli esborsi liquidati in favore dell'attrice in dispositivo non sono comprese le spese di CTP, in quanto non documentate.

Le spese di CTU devono essere definitivamente poste a carico delle parti convenute soccombenti, in solido tra loro.

Nei rapporti tra la struttura e il medico, accolta la domanda svolta in via di subordine e non quella fondata sulla responsabilità esclusiva del medico, sussistono i presupposti per l'integrale compensazione delle spese di lite: *"l'accoglimento in misura ridotta, anche sensibile, di una domanda articolata in un unico capo non dà luogo a reciproca soccombenza, configurabile esclusivamente in presenza di una pluralità di domande contrapposte formulate nel medesimo processo tra le stesse parti o in caso di*

parziale accoglimento di un'unica domanda articolata in più capi..." (S.U. n. 32061/22).

P.Q.M.

Il Tribunale di Torino, definitivamente pronunciando nella causa in epigrafe indicata, ogni altra domanda, eccezione e deduzione disattesa e respinta, così provvede:

1) Dichiara tenuta e condanna la *Controparte_1* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, e la dott.ssa *Controparte_2*, in solido tra loro, al pagamento immediato in favore di *Parte_1* della somma di € 7.849,51 a titolo di risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale (oltre interessi legali dalla pronuncia al saldo).

2) Condanna la *Controparte_1* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, e la dott.ssa *Controparte_2*, in solido tra loro, al pagamento, in favore di *Parte_1*, delle spese di lite del presente giudizio, che liquida in € 5.077,00 per compensi, oltre € 545,00 per esborsi, rimborso delle spese generali nella misura del 15%, nonché IVA e CPA come per legge.

3) Pone le spese di CTU definitivamente a carico delle parti convenute soccombenti, in solido tra loro.

4) Dichiara che nei rapporti interni tra la *Controparte_4* e la dott.ssa *Controparte_2* la responsabilità per i danni subiti dalla sig.ra *Parte_1*, come accertati con la presente sentenza, è paritaria e, conseguentemente, dichiara tenuta e condanna la dott.ssa *Controparte_2* a rimborsare alla *Controparte_1* quanto dalla stessa pagato o pagando, in conseguenza delle statuizioni di condanna di cui ai punti 1), 2)

e 3) del presente dispositivo, in misura superiore alla sua quota di concorso del 50%.

5) Dichiara integralmente compensate le spese di lite dei rapporti tra

Controparte_1 e *Controparte_2* .

Così deciso in Torino, in data 02.12.2024.

Il Giudice

Dott. Francesco Moroni

Minuta del provvedimento redatta dalla dott.ssa Alessandra Chiffi, Magistrato Ordinario in tirocinio.