TRIBUNALE DI TREVISO

SEZIONE PRIMA CIVILE

IL TRIBUNALE IN COMPOSIZIONE MONOCRATICA

Nella causa portante il n. 4485/2018 R.G., promossa con ricorso ex art. 702 *bis* cod. proc. civ.

da

Parte_1

rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] giusta mandato allegato telematicamente al ricorso ex art. 702 *bis* cod. proc. civ. ed elettivamente domiciliato presso lo studio dello stesso sito in San Vendemiano, [redacted]

- ricorrente -

contro

Controparte_1

in persona del legale rappresentante *pro tempore*

rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] giusta mandato allegato telematicamente alla memoria di costituzione ed elettivamente domiciliata presso lo studio dello stesso sito in Conegliano, [redacted]

- resistente -

e con la chiamata in causa di

Controparte_2

in persona del legale rappresentante *pro tempore*

rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] e dall'avv. [redacted] giusta mandato allegato telematicamente alla memoria di costituzione ed elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. [redacted] sito in Milano, [redacted]

- terza chiamata -

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

Osserva

Con ricorso ex art. 702 bis cod. proc. civ. depositato in data 11.6.2018, il signor *Pt_1* conveniva in giudizio la *Controparte_1* esponendo di essersi rivolto alla clinica per un problema di fascite plantare destra e rilevando che il ciclo di infiltrazioni eseguito presso la struttura sanitaria sarebbe stato causa dell'insorgenza di un'infezione da stafilococco aureo. Chiedeva quindi il risarcimento dei danni subiti in conseguenza dell'errore perpetrato dai sanitari che avevano praticato le infiltrazioni e la risoluzione, per grave inadempimento, del contratto di cura sottoscritto con la *CP_1*

Il ricorrente dava, inoltre, atto di aver già preventivamente esperito un procedimento ex art. 696 bis cod. proc. civ. ma che, all'esito dello stesso, alcuna proposta risarcitoria era stata formulata dalla clinica e dalla compagnia assicuratrice della stessa (che aveva partecipato alla consulenza tecnica preventiva).

A seguito della notifica del ricorso e del decreto di fissazione dell'udienza, si costituiva in giudizio la *CP_1* la quale contestava in fatto e in diritto le domande *ex adverso* formulate e chiedeva il differimento della prima udienza al fine di essere autorizzata a chiamare in causa l'assicuratrice *CP_2* .

La chiamata in causa veniva autorizzata.

Si costituiva quindi anche la terza chiamata, la quale contestava le allegazioni di parte ricorrente e si opponeva all'accoglimento delle domande formulate in quanto – a suo dire – infondate.

Eccepiva, inoltre, l'inoperatività della polizza in quanto, trattandosi a ben vedere di errore compiuto dal singolo medico (nemmeno dipendente della *CP_1* , il danno avrebbe dovuto considerarsi coperto dall'assicurazione personale del medico.

All'udienza del 13.11.2018, la *CP_1* contestava l'eccezione svolta dalla terza chiamata ed il Giudice disponeva l'acquisizione del fascicolo del procedimento ex art. 696 bis cod. proc. civ. (R.G. n. 7831/2017).

All'udienza del 28.2.2019, le parti si riportavano rispettivamente ai propri atti introduttivi ed insistevano per l'accoglimento delle conclusioni ivi rassegnate. In quella sede, tutte le parti chiedevano termini per note conclusive; il Giudice autorizzava il deposito di scritti conclusivi e riservava all'esito la decisione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

* * *

1) <u>Premessa: sulla natura della responsabilità della struttura convenuta</u>

Recentemente la legge *Pt_2* (n. 24/2017) ha delineato un doppio binario, in cui alla responsabilità extracontrattuale del medico si contrappone la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata.

Pertanto oggi, senza alcun dubbio, può affermarsi che la struttura risponde degli eventuali danni cagionati ai suoi pazienti ai sensi dell'articolo 1218 cod. civ.

In ogni caso, anche prima della presa di posizione legislativa, la giurisprudenza aveva ricondotto alla responsabilità da inadempimento la responsabilità di tali soggetti giuridici.

Infatti, stante il rapporto contrattuale di "spedalità" o di assistenza sanitaria, la struttura rispondeva (e risponde) a titolo contrattuale nei confronti del paziente e la sua responsabilità conseguentemente scaturisce sia dall'inadempimento alle obbligazioni sorte direttamente in capo alla struttura stessa, sia (ai sensi dell'art. 1228 cod. civ.) dall'inadempimento all'obbligazione di fornire la prestazione medico-sanitaria da parte del medico, il quale, anche se non dipendente della struttura, è comunque considerato un suo ausiliario che esercita la propria attività avvalendosi della struttura (Cass. civ. sez. III, 22 settembre 2015, n. 18610).

Inoltre, la stessa risponde anche dell'inadempimento all'obbligazione di fornire la prestazione medico-sanitaria da parte del medico, il quale, anche se non dipendente della struttura, è comunque considerato un suo ausiliario che esercita la propria attività avvalendosi della struttura.

In altri termini, la struttura sanitaria è chiamata a rispondere a titolo contrattuale non solo per le proprie omissioni, derivanti dal rapporto che essa instaura in maniera diretta con il paziente, ma anche per il fatto del proprio personale dipendente o ausiliario (medico ed infermieristico). In tale secondo caso, più in particolare, esiste una responsabilità solidale tra struttura sanitaria e personale.

Nel caso di specie, il ricorrente ha convenuto in giudizio la sola struttura, facendo valere i suddetti profili di responsabilità. Il medico che, in concreto, praticò le infiltrazioni non è parte del presente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

giudizio ma la struttura, eventualmente, potrà rivalersi sulla base della natura solidale della responsabilità in questa sede fatta valere.

2) <u>Sul nesso di causa tra la condotta dell'ausiliario della struttura e il danno patito dal ricorrente</u>

Costituendo quella della struttura una responsabilità di natura contrattuale, operano le ordinarie regole di allegazione e prova delineate dal codice civile e dalla giurisprudenza.

In particolare, il ricorrente è tenuto a provare il rapporto contrattuale (che non pare essere mai stato contestato dalla struttura né in sede di ATP né in sede di giudizio di merito), allegare l'inadempimento delle obbligazioni pattuite con la stessa e fornire la prova del danno patito, sia sotto il profilo della causalità materiale che di quella giuridica.

Sotto questo ultimo profilo, è stata raggiunta la prova – nel presente giudizio – del nesso di causalità che intercorre tra la condotta del sanitario che ha operato le infiltrazioni e il danno secondo le regole della causalità civile.

In particolare, il dott. *Per_1* nella sua perizia – chiamato a esprimersi proprio su questo profilo – ha affermato che "*il meccanismo causale più probabile appare quello della contaminazione dei tessuti sottocutanei con un batterio normalmente presente sulla cute, (uno stafilococco aureo multisensibile) nella fase di introduzione dell'ago per l'infiltrazione quale conseguenza di una non completamente adeguata disinfezione dell'area cutanea interessata*" (pag. 23 e 24 dell'elaborato peritale).

A tale conclusione il c.t.u. è giunto applicando gli usuali criteri medico-legali in tema di causalità materiale, ovvero quello cronologico, di continuità fenomenica, topografico, di efficienza lesiva e di esclusione di altra causa.

Per tali ragioni, può quindi ritenersi raggiunta la prova del nesso causale tra la condotta del medico (che non ha correttamente disinfettato l'area dell'iniezione prima di introdurre l'ago) e l'infezione contratta dal signor [redacted] che ha comportato i danni di natura patrimoniale e non patrimoniale di cui oltre si dirà. Ciò in ragione del criterio del c.d. "più probabile che non", utilizzato ai fini della determinazione della causalità in ambito civilistico.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

3) <u>Sui danni patiti dal ricorrente</u>

3.1) Sul danno non patrimoniale

Il danno non patrimoniale si identifica con il danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica.

Va esaminato, in primo luogo, il danno da lesione permanente o temporanea dell'integrità psico-fisica del soggetto in sé considerata e il correlativo pregiudizio alla possibilità di esplicazione della personalità in tutti gli ambiti della vita individuale e sociale.

Tale voce di danno, suscettibile di accertamento medico-legale (v. artt. 138 e 139 del d.lgs. 209/05, sostanzialmente ricognitivi degli indirizzi giurisprudenziali in materia) va determinata, ai fini del risarcimento integrale del danno alla persona e della sua personalizzazione, con riferimento sia alle componenti a prova scientifica medico-legale, sia a quelle relative all'incidenza negativa sulle attività quotidiane (c.d. inabilità totale o parziale), sia a quelle che incidono sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, che attengono anche alla perdita della capacità lavorativa generica e della possibilità di svolgere attività socialmente rilevanti ovvero anche meramente ludiche, ma comunque essenziali per la salute o la vita attiva (cfr. Cass. civ., sez. III, 18 febbraio 2010, n. 3906). Occorre avere riguardo, cioè, alla sfera spirituale, culturale, affettiva, sociale, sportiva, e a ogni altro ambito e modo in cui il soggetto svolge la sua personalità, ovvero a tutte le attività realizzatrici della persona umana (cfr. Corte Cost., 18 luglio 1991, n. 356, Corte Cost. 14 luglio 1986, n. 184).

Dalla documentazione clinica in atti e dalla relazione del c.t.u. dott. *Persona_2* (qui da intendersi integralmente richiamata), emerge che il ricorrente ha contratto un'infezione da stafilococco aureo, che ha comportato – a guarigione completata – una piccola zona nodulare di consistenza aumentata e un piccolo esito cicatriziale ipercromico, con conseguenti riferite difficoltà nella postura digitigrada e taligrada a destra.

Ne è conseguito – secondo la ricostruzione del c.t.u. – un periodo di temporanea compromissione dello stato di salute (ovvero un danno biologico temporaneo) di complessivi 97 giorni, di cui i primi 22 al

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

100%, i successivi 20 al 75%, ulteriori 20 giorni al 50%, 20 giorni al 25% ed infine gli ultimi 15 giorni al 15%.

Sussistono, inoltre, postumi permanenti in misura pari ad un danno biologico del 1-2%.

Ciò premesso, la quantificazione del danno va operata in applicazione delle tabelle previste per le lesioni micropermanenti nel D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, in tema di assicurazione obbligatoria derivante dalla circolazione dei veicoli.

Infatti, ai sensi dell'art. 3, comma 3, del d.l. 158/2012 (applicabile *ratione temporis* ai fatti per cui è causa, anteriori all'entrata in vigore della c.d. Legge Gelli), il danno biologico derivante da condotte inadempienti poste in essere dall'esercente la professione sanitaria deve essere risarcito sulla base delle tabelle previste dal D.M. 20 giugno 2014, richiamato dall'art. 139 D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209.

Ciò premesso, avuto riguardo alla misura percentuale di invalidità permanente, individuata dal c.t.u. nel 1-2%, e da riconoscersi in concreto nella percentuale del 2%, compete la liquidazione di un importo pari ad € 1.420,34.

Con riferimento all'inabilità temporanea, dev'essere liquidata la somma di € 1.035,54 per i 22 giorni di invalidità temporanea totale, € 706,05 per i 20 giorni di invalidità temporanea parziale al 75%, € 470,70 per i 20 giorni di invalidità temporanea parziale al 50%, € 235,35 per i 20 giorni di invalidità temporanea parziale al 25% ed € 105,91 per i residui 15 giorni di invalidità temporanea parziale al 15%.

Conclusivamente, per il danno biologico temporaneo compete la complessiva somma di € 2.553,55.

Gli importi sopra indicati, come già anticipato, si riferiscono alla componente lesione della salute e devono essere adattati e individualizzati al fine di prendere in considerazione le ulteriori conseguenze dei postumi.

Come chiarito dalla Corte di Cassazione nelle storiche sentenze San Martino, nell'ambito della categoria generale del danno non patrimoniale le formule "danno morale" e "danno esistenziale" non individuano una autonoma sottocategoria di danno, ma hanno una valenza meramente descrittiva, individuando, tra i vari possibili pregiudizi non patrimoniali, quelli costituiti, nel primo caso, dalla

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

sofferenza soggettiva cagionata dal fatto illecito in sé considerata e, nel secondo caso, dalla lesione dei diritti inviolabili inerenti la persona non aventi natura economica.

Nella liquidazione del danno devono, quindi, essere presi in considerazione tutti i pregiudizi di carattere non patrimoniale che connotano il caso concreto. Solo così facendo il Giudice potrà garantire l'integrale risarcimento del danno, evitando però duplicazioni risarcitorie.

Il danno biologico da micro permanenti è definito dall'art. 139 cod. ass. priv. come "lesione temporanea o permanente all'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico - legale che esplica un incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato", e può essere "aumentato in misura non superiore ad un quinto, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato" secondo la testuale disposizione della norma. Il tetto normativo previsto dal terzo comma dell'art. 139 non riguarda la sola componente biologica, ma l'insieme delle conseguenze non patrimoniali.

Nel caso concreto oggetto del presente procedimento, devono ritenersi sussistenti le condizioni per un aumento personalizzato dell'importo con riferimento all'invalidità permanente, in quanto il ricorrente ha fornito prova documentale delle numerose attività sportive al livello agonistico o semi-agonistico praticate (doc. 12 allegato al ricorso), che ora – a postumi stabilizzati – gli risultano maggiormente difficoltose (com'è stato documentato anche dal c.t.u. dott. *Per_1* che ha individuato una difficoltà posturale digitigrada e taligrada al piede destro). E' noto, infatti, che la pratica dello sport ed in particolare dell'atletica leggera richiede l'utilizzo di tutte le aree della pianta del piede, che invece è parzialmente compromesso nel piede destro del signor *Pt_1* .

Tale profilo legittima un aumento personalizzato – seppur contenuto – del risarcimento liquidato per l'invalidità permanente, nella misura del 10%, così risultando l'importo di € 1.562,37.

Il complessivo danno non patrimoniale subito dall'attore deve, pertanto, essere liquidato nella misura di € 4.115,92.

3.2) Sul danno da lesione del consenso informato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

Il ricorrente ha lamentato la lesione del diritto all'autodeterminazione in quanto non gli sarebbe stata fornita un'adeguata informativa sui rischi connessi alle pratiche di infiltrazione al momento della raccolta del suo consenso informato.

Deve innanzitutto specificarsi che la mancanza del consenso informato può comportare un risarcimento del danno soltanto quando siano derivate delle conseguenze pregiudizievoli dalla violazione del fondamentale diritto all'autodeterminazione del paziente, indipendentemente da una lesione della salute del paziente.

Ai fini del risarcimento del danno è, quindi, necessario accertare il nesso di causalità tra la carente informativa resa al paziente da parte degli operatori sanitari, e la decisione (viziata) del paziente di sottoporsi al trattamento, quindi con la necessità di appurare se il consenso non sarebbe stato dato qualora l'informativa fosse stata corretta.

Tale onere probatorio è però a carico del paziente, in quanto riguarda profili di causalità giuridica ovvero di correlazione tra l'evento dannoso e i danni conseguenti, sicché sarà quest'ultimo a dover allegare e provare che, qualora avesse ricevuto una corretta informazione, avrebbe negato il consenso.

Nel caso di specie, tuttavia, tale prova non è stata fornita, essendosi limitato il signor *Pt_1* a dichiararlo genericamente nel proprio ricorso, senza tuttavia addurre elementi ulteriori a sostegno della sua pretesa risarcitoria.

La relativa domanda deve essere pertanto rigettata.

3.3) Sul danno patrimoniale relativo alla trasferta a Chicago

Il ricorrente ha prodotto documentazione relativa ad una trasferta lavorativa negli Stati Uniti, già calendarizzata nel periodo in cui invece lo stesso è stato assente da lavoro per malattia, chiedendo il risarcimento del danno emergente consistente nella mancata percezione delle indennità di trasferta così come indicate nel doc. 13.

Nella quantificazione dei tale danno il ricorrente ha indicato la somma forfetaria di € 300,00, senza meglio specificare o indicare come tale importo sia stato ricavato o calcolato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

Si evidenzia, tuttavia, che tale voce di danno ha senza dubbio natura patrimoniale, pertanto il suo risarcimento potrà avvenire in via equitativa solo ove non sia in alcun modo possibile utilizzare criteri empirici di determinazione e quantificazione.

Così non è nel caso di specie, in cui ben avrebbe potuto essere quantificato esattamente – anche attraverso la produzione della busta paga effettivamente percepita – l'effettivo mancato guadagno, al netto della tassazione ma scorporato quanto invece percepito nonostante la malattia.

Il richiesto risarcimento, nella sua indeterminata quantificazione, non potrà quindi trovare accoglimento.

3.4) Sul danno patrimoniale da perdita di *chance*

La *chance* deve intendersi come concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene e non è una mera aspettativa di fatto, bensì un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione.

Il danneggiato ha l'onere di provare, anche in modo presuntivo o secondo un calcolo di probabilità, la realizzazione in concreto di alcuni dei presupposti per il raggiungimento del risultato sperato ed impedito dalla condotta illecita della quale il danno risarcibile deve essere conseguenza immediata e diretta (Cass. civ., sez. III, 28 gennaio 2005, n. 1752).

Si tratta, però, di un *onus probandi* che si impone sul soggetto che chiede il risarcimento: trattandosi di danno patrimoniale futuro – e come tale diverso ed ulteriore rispetto al danno alla salute, a carattere, invece, non patrimoniale – la perdita di futuri guadagni non può essere desunta in via presuntiva dalla mera esistenza di postumi invalidanti, spettando al danneggiato l'onere di provare che il danno alla salute gli ha precluso l'accesso a situazioni di studio o di lavoro tali che, se realizzate, avrebbero fornito anche soltanto la possibilità di maggiori guadagni (Cass. civ., sez. III, 14 marzo 2017, n. 6488).

Nel caso di specie, tale prova non è stata fornita. Non è stato specificato, infatti, il motivo per cui la mancata partecipazione alla trasferta e/o l'assenza da lavoro per 22 giorni abbiano – a detta del ricorrente – pregiudicato la sua possibilità di avanzamento di carriera.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

Tale compito spettava all'attore, e la limitata durata dell'assenza lavorativa non consente di essere valorizzata nemmeno in via presuntiva.

Anche tale voce di danno non può, quindi, formare oggetto di risarcimento.

3.5) Sulle spese mediche

Il c.t.u. dott. *Per_1* ha espressamente dichiarato la congruità e la pertinenza delle spese mediche sostenute (pag. 24 della perizia); in particolare, nella misura di € 44,45 per spese farmacologiche, € 441,55 per tickets del SSN ed ulteriori € 73,00 per accertamenti diagnostici. Le spese mediche complessivamente ammontano ad € 559,00, interamente risarcibili.

3.6) Sulle spese per la fase stragiudiziale

Può considerarsi risarcibile sotto questo profilo esclusivamente la spesa sostenuta per la perizia stragiudiziale del dott. *Per_3* per importo pari ad € 375,76, in quanto si tratta di spesa correlata al procedimento e necessaria in vista dell'introduzione del futuro giudizio.

Nulla invece potrà essere corrisposto con riguardo alla spesa per assistenza legale stragiudiziale, in quanto sfornita di adeguata prova del relativo esborso.

3.7) Sulle spese di consulenza tecnica del procedimento ex art. 696 bis cod. proc. civ.

In considerazione dell'esito del presente giudizio, che ha portato al riconoscimento delle pretese del signor *Pt_1* , saranno interamente risarcibili le spese sostenute per la consulenza tecnica nel procedimento ex art. 696 bis cod. proc. civ., in quanto debitamente documentate.

Nello specifico, dovranno essere rimborsati sia l'esborso relativo ai compensi del c.t.u. (per € 1.830,00, come si evince dal doc. 18 di parte ricorrente), sia ai compensi del c.t.p. dott. *Per_3* (per ulteriori € 1.830,00, come da ricevuta fiscale prodotta sub doc. 17).

Complessivamente, gli importi pagati ammontano quindi ad € 3.660,00.

4) <u>Sulla risoluzione del contratto</u>

Il ricorrente ha richiesto la risoluzione del contratto atipico di assistenza sanitaria stipulato con la *[...]* *CP_1* e la restituzione dell'importo corrisposto.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

A tal proposito, deve osservarsi che la gravità dell'inadempimento accertato (che, come si è visto, ha comportato l'infezione da stafilococco aureo del piede del paziente, rivoltosi alla *CP_1* per curare una fascite plantare) fonda ex art. 1455 cod. civ. la domanda di scioglimento del vincolo negoziale.

Nel caso di specie, il sinallagma contrattuale è caratterizzato dall'attività medico-sanitaria ricevuta dal paziente, da un lato, e il pagamento del compenso dall'altro.

Pertanto, l'errore del sanitario, una volta accertato giudizialmente, si traduce *in primis* in un inadempimento contrattuale, in considerazione dell'inutilità dell'opera eseguita, se non della sua contrarietà all'interesse del paziente o addirittura dannosità.

Qualora tale inadempimento sia di non scarsa importanza in considerazione dell'interesse del paziente, ai sensi del combinato disposto degli artt. 1453 e 1455 cod. civ., il paziente è legittimato a richiedere anche la risoluzione del contratto stesso, con conseguente restituzione di quanto pagato (sul punto si vedano, *ex multis*: Trib. Milano, sez. I, sent. n. 13382/2016).

Nel caso di specie, la *CP_1* dovrà restituire quanto corrisposto dal signor *Pt_1* limitatamente alla somministrazione delle infiltrazioni, per l'importo complessivo di € 120,00 (come si evince dalla documentazione prodotta sub doc. 14 di parte ricorrente).

5) <u>Sulla chiamata in garanzia della compagnia assicuratrice</u>

La struttura sanitaria ha chiamato in garanzia la propria compagnia assicuratrice *CP_2* al fine di essere tenuta manlevata e indenne da ogni domanda che, per capitale, interessi, rivalutazione e spese legali, fosse accolta nei suoi confronti e, in generale, da qualsivoglia esito negativo ed esborso di questa causa.

La compagnia assicuratrice ha eccepito l'inoperatività della polizza in quanto già operante nel caso di specie la copertura assicurativa del medico che in concreto ha cagionato il danno.

A tal proposito, deve però evidenziarsi che se due contratti di assicurazione garantiscono rischi diversi, non può mai sussistere per definizione una copertura "a secondo rischio".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

Quest'ultima, infatti, presuppone che il rischio dedotto nel contratto sia già assicurato da un'altra polizza. Ma poiché il rischio cui è esposto il medico è diverso dal rischio cui è esposta la struttura (trattandosi di due responsabilità ontologicamente e nominativamente diverse), l'assicurazione stipulata dalla struttura sanitaria a favore proprio non potrebbe mai garantire anche la responsabilità del medico. Ne consegue che una polizza stipulata a copertura della responsabilità civile della struttura sanitaria (tanto per il fatto proprio quanto per il fatto degli ausiliari, tra cui i medici operanti all'interno della stessa) non potrà mai operare in eccesso alle assicurazioni personali dei medici, perché non vi è coincidenza di rischio assicurato tra i due contratti (sul punto: Trib. Firenze, sez. II, 9 ottobre 2017, n. 3204).

Inoltre, sotto altro e diverso profilo, la giurisprudenza di merito ha anche interpretato la clausola la quale preveda che la copertura assicurativa operi per l'eccedenza rispetto alle assicurazioni personali dei medici ivi operanti nel senso che, ferma restando la copertura a primo rischio della responsabilità dell'ospedale, la medesima polizza copra altresì a secondo rischio la responsabilità personale dei medici, secondo lo schema dell'assicurazione per conto altrui (Trib. Firenze, sez. II, 20 marzo 2018, n. 824).

Nel caso di specie, il ricorrente ha formulato domanda risarcitoria nei confronti della sola struttura sanitaria, per tale ragione – e richiamati i principi sopra delineati – la polizza stipulata con *CP_2* deve considerarsi pienamente efficace ed operante, trattandosi peraltro di somme eccedenti la franchigia ivi prevista.

Deve, pertanto, trovare accoglimento la domanda di manleva formulata dalla resistente *CP_1* nei confronti della terza chiamata.

6) <u>Sugli interessi e sulla rivalutazione monetaria</u>

Sulle somme liquidate a titolo di risarcimento del danno spetteranno rivalutazione monetaria ed interessi secondo i criteri di seguito esplicati.

Il danno non patrimoniale liquidato deve intendersi in termini monetari attuali. Su tale somma, devalutata alla data del fatto dannoso e anno per anno rivalutata secondo gli indici *Org_* spettano gli

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

interessi compensativi al tasso legale dalla data del fatto dannoso alla data della presente ordinanza e gli interessi legali da tale ultima data al saldo.

Con riferimento, invece, al danno patrimoniale emergente, la somma corrispondente alle spese sostenute deve essere rivalutata dalla data in cui la spesa è stata sostenuta ("data della spesa": Cass. civ, sez. III, 16 febbraio 2001, n. 2335) e su tale importo, devalutato alla data dell'esborso ed anno per anno rivalutato su base *Org_* spettano gli interessi compensativi al tasso legale dalla data della spesa alla data della presente ordinanza e gli interessi legali da tale ultima data al saldo.

7) <u>Sulle spese di lite</u>

Le spese di lite del presente procedimento e della precedente fase di A.T.P. seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo. Si precisa che le spese per il presente giudizio di merito sono calcolate sulla base dei parametri di cui al D.M. 55/2014 per le sole fasi di studio, introduttiva e conclusiva, dal momento che non è stata effettuata attività istruttoria.

8) <u>Sulla trasmissione all'</u> *Org_2* **<u>di copia della pronuncia</u>**

Ai sensi dell'art. 148, decimo comma, cod. ass. priv., sussistendone i presupposti, dovrà essere trasmessa copia della presente ordinanza all' *Controparte_3* assicurazioni (I.V.A.S.S.) per gli accertamenti di propria competenza.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza:

- accertata la responsabilità della struttura sanitaria nella causazione dell'evento dannoso, condanna *[...]* *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 8.720,68 quale risarcimento del danno non patrimoniale e patrimoniale dallo stesso patito, oltre rivalutazione e interessi al saggio legale calcolati sulla base dei criteri esposti in motivazione;

- accertato il grave inadempimento delle obbligazioni gravanti su *Controparte_1* pronuncia la risoluzione del contratto di assistenza sanitaria e condanna *Controparte_4* alla restituzione ad *Parte_1* della somma di € 120,00;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521

- condanna solidalmente *Controparte_1* e *Controparte_2* alla rifusione, in favore di *Parte_1*, delle spese processuali del presente procedimento nonché di quello ex art. 696 bis cod. proc. civ. che liquida, rispettivamente, in € 156,03 per esborsi ed € 3.235,00 per compensi, nonché in € 156,03 per esborsi ed € 2.225,00 per compensi, in entrambi i casi oltre rimborso forfetario, IVA e CPA se dovuti per legge

- manda alla Cancelleria per la trasmissione di copia dell'ordinanza all' *Controparte_3* vigilanza sulle assicurazioni (I.V.A.S.S.) per gli adempimenti di propria competenza, ai sensi dell'art. 148, comma decimo, cod. ass. priv.

Così deciso in Treviso, 25 maggio 2019.

Il Giudice

dott.ssa Giulia Civiero

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-521