



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI LOCRI

SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Locri, in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott.ssa Valentina Andrizzi, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al numero 1210 del Ruolo Generale Affari Contenziosi dell'anno 2021, promossa

DA

*Parte\_1*, c.f.: *C.F.\_1* elettivamente domiciliata in Marina di Caulonia (RC), *Indirizzo\_1*, presso lo studio degli Avv.ti Francesco Antonio Dimasi e Vincenzo Fabio Ienco, che la rappresentano e difendono in forza di procura alle liti in atti;

ATTRICE

CONTRO

*Controparte\_1* p.iva *P.IVA\_1* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in *Controparte\_1* in *[...]* *Indirizzo\_2*, presso lo studio dell'Avv. Francesco Guglielmo Azzarà, che la rappresenta e difende in virtù di procura alle liti;

*Controparte\_2* p.iva *P.IVA\_2*, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Cosenza, al *Indirizzo\_3*, presso lo studio dell'Avv. Roberto Chiodo, che la rappresenta e difende in virtù di procura alle liti;

CONVENUTI

OGGETTO: responsabilità professionale.

CONCLUSIONI: come da note di trattazione scritta depositate, ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c., con termine perentorio fino al 14 dicembre 2023.

### MOTIVI DELLA DECISIONE

§ 1. Con atto di citazione, ritualmente notificato, *Parte\_1* ha convenuto in giudizio l' *Controparte\_1* e l' *Controparte\_2* [...] allegando che: - in data 18.01.2010, si è sottoposta ad intervento di tiroidectomia totale presso la divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Locri; - a seguito dell'intervento, ha manifestato immediatamente l'insorgenza di disfonia e dispnea dopo lieve sforzo; - il consenso informato all'intervento chirurgico, non è stato rilasciato da parte attrice;- il CTP, Dott. *Persona\_1* dopo aver visitato l'attrice, ha riscontrato, quali esiti dell'intervento subito di tiroidectomia, i seguenti postumi permanenti: "Paralisi totale delle corde vocali vera destra in posizione paramediana associata a marcata disfonia e dispnea da sforzo", riconoscendo una percentuale di invalidità permanente in misura pari al 12%, quantificabile in € 34.266,00; - nel tempo la condizione di disfonia si è aggravata fino alla paralisi di una delle corde vocali, nonostante l'attrice si sia sottoposta a diverse terapie, prescritte da diversi specialisti; - vane sono state le trattative di bonario componimento stragiudiziale della vertenza, così come la procedura di mediazione, che si è conclusa con verbale negativo a causa della mancata adesione dei convenuti.

Ciò premesso, ha chiesto l'accoglimento delle seguenti conclusioni: "accertare e dichiarare che i postumi invalidanti subiti dalla Sig.ra *Parte\_1*, nella percentuale su indicata o in quella maggiore o minore emersa in corso di causa, siano stati diretta conseguenza dell'intervento chirurgico subito presso l'ospedale di Locri, anche in merito al mancato rilascio del consenso informato, liquidando di conseguenza tutti i danni subiti maggiorati di interessi legali e rivalutazione

*monetaria dal dovuto al soddisfo; con vittoria di spese e competenze anche alla luce del comportamento di controparte nella fase di mediazione stragiudiziale e di quello in corso di causa”.*

Con comparsa di costituzione e risposta del 07.01.2022, si è costituita in giudizio l' *Controparte\_3*, la quale ha eccepito la nullità dell'atto di citazione per grave carenza degli elementi necessari ai fini dell'esatta individuazione della *causa petendi* e, nel merito, ha dedotto: - la mancata allegazione e prova di un comportamento colposo addebitabile ai sanitari; - la carenza del nesso di causalità fra la patologia e la condotta dei sanitari; - la necessarietà dell'intervento chirurgico e la mancanza di un pregiudizio derivante dall'omessa informazione funzionale al consenso informato del paziente; - la sussistenza di concause rilevanti ai sensi dell'art. 1227 c.c.; - l'erronea quantificazione del danno operata dalla controparte.

La convenuta azienda sanitaria ha concluso, pertanto, chiedendo al Tribunale *“in via preliminare, dichiarare la nullità dell'atto di citazione per le ragioni esposte in narrativa; respingere, comunque, nel merito la domanda risarcitoria avanzata dalla sig.ra Pt\_1 con il presente giudizio, in quanto totalmente infondata in fatto e diritto, poiché sprovvista di qualsivoglia elemento e prova a supporto; condannare, parte attrice alle spese e competenze del presente giudizio”.*

Con comparsa di costituzione e risposta del 17.01.2022, si è costituita in giudizio l' *Controparte\_2* la quale ha eccepito la propria carenza di legittimazione passiva, in forza del sesto comma dell'art. 12 legge 24/2017 e la prescrizione della domanda; nel merito, la compagnia assicurativa ha dedotto l'assenza di responsabilità professionale dei sanitari dell' *Controparte\_4* evidenziando, infine, che la polizza vigente con l'Asp di Reggio Calabria, prevede una franchigia di € 100.000,00 ed un massimale di € 5.000.000,00.

La convenuta compagnia assicurativa ha concluso, pertanto, chiedendo al Tribunale *“in via preliminare, accertare e dichiarare la carenza di legittimazione passiva dell'odierna resistente per i motivi di cui in narrativa; accertare e dichiarare l'intervenuta prescrizione della domanda essendo trascorsi i termini di legge; nel merito, rigettare l'avversa domanda, siccome assolutamente infondata in fatto ed in diritto, per i motivi esposti in narrativa; in via subordinata, accertare e dichiarare la reale entità delle lesioni subite dal dante causa delle istanti e, conseguentemente, determinare l'eventuale responsabilità dei sanitari nella verifica dell'evento per cui è causa, con esclusione di qualunque vincolo di solidarietà, fatto salvo il diritto di regresso nell'ipotesi di cui*

*all'art. 1910 c.c. e tenuto conto del massimale e della franchigia previsti dalla polizza; il tutto col favore delle spese e competenze del presente giudizio”.*

All'esito della prima udienza, il Giudice ha concesso i termini di cui all'art. 183, comma 6, c.p.c.; disposta ed eseguita la Ctu medico legale, la causa è stata poi rinviata per la precisazione delle conclusioni. Con ordinanza del 05.01.2024, a seguito di trattazione ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c., la causa è stata trattenuta in decisione, con assegnazione dei termini ai sensi dell'art. 190 c.p.c..

§ 2. In via preliminare occorre affrontare l'eccezione di nullità dell'atto di citazione sollevata dall'Asp di Reggio Calabria, nonché quella di carenza di legittimazione passiva proposta dall'assicurazione CP\_2

§ 2.1 L'eccezione di nullità della citazione sollevata dall'Asp di Reggio Calabria deve essere rigettata. L'atto di citazione contiene tutti gli elementi di cui all'art. 163, nn. 3) e 4) c.p.c. (circostanze di tempo e di luogo, evento lesivo, conseguenti lesioni personali subite dall'attore, nonché voci di danno rivendicate) idonei a consentire il pieno esercizio del diritto di difesa delle parti convenute. Infatti, come più volte ribadito: *«la nullità della citazione comminata dall'art. 164, quarto comma, cod. proc. civ. si produce solo quando "l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda", prescritta dal numero 4 dell'art. 163 cod. proc. civ., sia stata omessa o risulti assolutamente incerta, con valutazione da compiersi caso per caso, occorrendo tenere conto sia che l'identificazione della "causa petendi" della domanda va operata con riguardo all'insieme delle indicazioni contenute nell'atto di citazione e dei documenti ad esso allegati, sia che la nullità della citazione deriva dall'assoluta incertezza delle ragioni della domanda, risiedendo la sua "ratio" ispiratrice nell'esigenza di porre immediatamente il convenuto nelle condizioni di apprestare adeguate e puntuali difese»* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 11751 del 15/05/2013).

§ 2.2 Quanto all'eccezione di carenza di legittimazione passiva, va evidenziato che l'attrice ha inteso citare in giudizio la Compagnia assicurativa, quale assicurazione dell'azienda ospedaliera, per sentirla condannare al risarcimento dei danni subiti a seguito dell'intervento chirurgico eseguito presso l'Ospedale di Locri, nonché per la mancata acquisizione del consenso informato in vista del suddetto intervento.

L'eccezione deve essere qualificata correttamente come carenza di legittimazione attiva e non passiva, in quanto la convenuta assicurazione lamenta la possibilità del danneggiato di agire nei confronti dell'assicurazione; quindi, pone in dubbio la sussistenza del diritto dell'attrice nei suoi confronti, così come prospettato dalla parte nell'atto introduttivo.

Ciò posto, giova evidenziare che la giurisprudenza di legittimità ha più volte affermato che *«in tema di assicurazione della responsabilità civile, il danneggiato non può agire direttamente nei confronti dell'assicuratore del responsabile del danno, salvi i casi eccezionalmente previsti dalla legge, atteso che egli è estraneo al rapporto tra il danneggiante e l'assicuratore dello stesso, né può trarre alcun utile vantaggio da una pronuncia che estenda all'assicuratore gli effetti della sentenza di accertamento della responsabilità, anche quando l'assicurato chieda all'assicuratore di pagare direttamente l'indennizzo al danneggiato, attenendo detta richiesta alla modalità di esecuzione della prestazione indennitaria; perciò, soltanto l'assicurato è legittimato ad agire nei confronti dell'assicuratore, e non anche il terzo danneggiato, nei confronti del quale l'assicuratore non è tenuto per vincolo contrattuale, né a titolo di responsabilità aquiliana»* (Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 5259 del 25.02.2021, conf. Cass. civ. n. 9516/2007).

Orbene, nel caso in esame, non si è in presenza di uno dei casi eccezionalmente previsti dalla legge, in quanto sebbene l'art. 12 della Legge Gelli-Bianco (L. n. 24 del 2017) preveda al primo comma che *“Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.”*, il sesto comma del medesimo articolo precisa che *“Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie”*. Il decreto di cui al comma 6 dell'art. 10 citato, Decreto 15 dicembre 2023, n. 232 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di

un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati) è stato pubblicato in G.U. n. 51 del giorno 01.03.2024 con entrata in vigore del provvedimento il 16.03.2024. Ne consegue che solo a partire dal 16.03.2024 è possibile applicare l'art. 12 citato e ammettere l'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicurativa al fine di sentirla condannare al pagamento diretto, in forza della normativa speciale e quale diretta obbligata, del risarcimento dei danni subiti dal paziente presso la struttura sanitaria assicurata. Né a una diversa soluzione può giungersi operando un'irretroattiva applicazione del citato articolo 12, atteso che la natura processuale della norma implica, in virtù del principio *tempus regit actum*, la possibilità di applicare il disposto in esame ai fatti lesivi già realizzatesi al 16.03.2023 ma comunque a condizione che l'azione sia proposta successivamente a tale data. Del resto, non appare possibile ammettere l'azione diretta nei confronti dell'assicurazione prima dell'entrata in vigore del decreto ministeriale invocando la partecipazione della compagnia assicurativa nelle fasi di mediazione e di Atp conciliativa, poiché la partecipazione in tali ambiti trova un fondamento diverso rispetto al giudizio di merito. In ottica conciliativa, infatti, la partecipazione della compagnia assicurativa può offrire ulteriori elementi per la definizione bonaria della controversia, ove sebbene sia possibile pattuire che l'assicurazione versi direttamente l'indennizzo all'assicurato, ciò avviene in forza delle modalità di attuazione del pagamento nel rapporto tra assicurazione e assicurato, ai sensi dell'art. 1917 comma 2 c.c., e non in forza di un rapporto diretto tra danneggiato terzo e assicurazione.

Deve quindi concludersi che la domanda nei confronti dell'assicurazione è inammissibile per carenza di legittimazione attiva.

**§ 3.** Passando al merito, la domanda dell'attrice nei confronti dell'Asp di Reggio Calabria è in parte fondata e deve essere accolta per quanto di ragione.

Come chiarito dalla Corte di legittimità in una recente pronuncia, «*Nell'ambito della responsabilità medico-chirurgica, ai fini della risarcibilità del danno inferito sia alla salute (per inadempiente esecuzione della prestazione sanitaria), sia al diritto all'autodeterminazione (per violazione degli obblighi informativi) possono verificarsi distinte ipotesi: 1) se ricorrono a) il consenso presunto (ossia può presumersi che, se correttamente informato, il paziente avrebbe comunque*

*prestato il suo consenso), b) il danno iatrogeno (l'intervento ha determinato un peggioramento delle condizioni di salute preesistenti), c) la condotta inadempiente o colposa del medico, è risarcibile il solo danno alla salute del paziente, nella sua duplice componente relazionale e morale, conseguente alla non corretta esecuzione, inadempiente o colposa, della prestazione sanitaria; II) se ricorrono a) il dissenso presunto (ossia può presumersi che, se correttamente informato, il paziente avrebbe rifiutato di sottoporsi all'atto terapeutico), b) il danno iatrogeno (l'intervento ha determinato un peggioramento delle condizioni di salute preesistenti), c) la condotta inadempiente o colposa del medico nell'esecuzione della prestazione sanitaria, è risarcibile sia, per intero, il danno, biologico e morale, da lesione del diritto alla salute, sia il danno da lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente, cioè le conseguenze dannose, diverse dal danno da lesione del diritto alla salute, allegare e provate (anche per presunzioni); III) se ricorrono sia il dissenso presunto, sia il danno iatrogeno, ma non la condotta inadempiente o colposa del medico nell'esecuzione della prestazione sanitaria (cioè, l'intervento è stato correttamente eseguito), è risarcibile la sola violazione del diritto all'autodeterminazione (sul piano puramente equitativo), mentre la lesione della salute - da considerarsi comunque in relazione causale con la condotta, poiché, in presenza di adeguata informazione, l'intervento non sarebbe stato eseguito - dev'essere valutata in relazione alla eventuale situazione "differenziale" tra il maggiore danno biologico conseguente all'intervento ed il preesistente stato patologico invalidante del soggetto; IV) se ricorre il consenso presunto (ossia può presumersi che, se correttamente informato, il paziente avrebbe comunque prestato il suo consenso) e non vi è alcun danno derivante dall'intervento, non è dovuto alcun risarcimento; V) se ricorrono il consenso presunto e il danno iatrogeno, ma non la condotta inadempiente o colposa del medico nell'esecuzione della prestazione sanitaria (cioè, l'intervento è stato correttamente eseguito), il danno da lesione del diritto, costituzionalmente tutelato, all'autodeterminazione è risarcibile qualora il paziente allegli e provi che dalla omessa, inadeguata o insufficiente informazione gli siano comunque derivate conseguenze dannose, di natura non patrimoniale, diverse dal danno da lesione del diritto alla salute, in termini di sofferenza soggettiva e contrazione della libertà di disporre di se stesso, psichicamente e fisicamente. (Nella fattispecie, la S.C., in relazione ad un caso di asportazione di ernia discale con aggravamento della sintomatologia dolorosa causata da fibromi e aderenze cicatriziali, ha confermato la decisione di merito che, ravvisando un consenso presunto, aveva riconosciuto un risarcimento equitativo per la lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente).» (Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 16633 del 12.06.2023).*

Nella citata pronuncia, si evidenzia anche che la violazione degli obblighi informativi dovuti al paziente può essere dedotta sia in relazione eziologica rispetto all'evento di

danno rappresentato dalla lesione del diritto alla salute, sia in relazione all'evento di danno rappresentato dalla violazione del diritto all'autodeterminazione, sia, contemporaneamente, in relazione ad entrambi.

Nel caso in esame, l'attrice lamenta sia il danno alla salute sia il danno all'autodeterminazione, ritenendo che non è stato acquisito il consenso informato, ma in modo autonomo, ovvero sia non lamenta la lesione del diritto all'autodeterminazione in relazione eziologica con il danno alla salute.

§ 3.1 Costituisce *ius receptum* la risarcibilità del danno da lesione al diritto all'autodeterminazione, tuttavia, applicando le regole generali del riparto probatorio in materia di responsabilità, affinché possa esserci un risarcimento del danno è necessario che sia allegato e provato il fatto lesivo e il danno conseguenza. Quanto al fatto lesivo, occorre, infatti, allegare e provare, oltre alla violazione dell'obbligo informativo, anche che, se correttamente informato, il paziente avrebbe rifiutato di sottoporsi all'intervento, ovvero che, pur nel caso in cui possa presumersi che questi avrebbe prestato il consenso (o in cui comunque non v'è prova del contrario, come nel caso di specie), egli non sia stato messo nelle condizioni di autonomamente determinarsi ed affrontarle consapevolmente (cfr. Cass. n. 7248 del 2018; Cass. n. 28895 del 2019). Tale prova, però, non costituisce *ex se* il fondamento del danno risarcibile. Quest'ultimo, invero, è predicabile se e solo se, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio, patrimoniale oppure non patrimoniale (e, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute, in termini di sofferenza soggettiva e contrazione della libertà di disporre di se stesso, psichicamente e fisicamente, da allegarsi specificamente e da provarsi concretamente, sia pure a mezzo di presunzioni (cfr. *ex multis* Cass. 2854/2015; 24220/2015; 24074/2017; 16503/2017).

Orbene, nel caso in esame, è incontestato tra le parti, e quindi provato ai sensi dell'art. 115 c.p.c., che il consenso informato non è stato prestato dalla paziente.

L'attrice, tuttavia, si è limitata ad affermare che non è stato acquisito il consenso senza altro allegare, ovvero sia senza dedurre e poi provare che nel caso in cui fosse stata informata dei rischi dell'intervento chirurgico avrebbe scelto di non sottoporvisi, né che, pur ammettendo che avrebbe scelto di sottoporsi all'intervento, stante la mancata

informazione, non è stata messa nelle condizioni di autonomamente determinarsi ed affrontare consapevolmente le conseguenze dell'intervento. Nulla poi è stato allegato e provato in merito al danno conseguenza, avendo parte attrice solo concluso per la liquidazione del danno in esame in via equitativa. Tale carenza assertiva e probatoria non può essere colmata facendo riferimento alla liquidazione in via equitativa, trattandosi di un criterio che può essere adottato soltanto in ipotesi di impossibilità o di estrema difficoltà di provare l'ammontare dei danni (cfr. *ex plurimis* Cass. Sez. 3, Sentenza n. 9744 del 12.04.2023), danni che comunque devono essere prima allegati e provati, anche attraverso presunzioni.

Del resto, in mancanza di elementi contrari, considerando la patologia diagnostica e la necessità dell'intervento per la rimozione del "gozzo multinodulare", si può dedurre che anche ove informata dei rischi dell'intervento, e in particolare del rischio di disfonia e dispnea, la paziente avrebbe comunque dato il consenso a sottoporsi all'intervento chirurgico, con la conseguenza che in presenza di un danno alla salute e di un'accertata colpa dei sanitari, il danno risarcibile sarebbe solo quello alla salute, ricorrendo in tal caso l'ipotesi I considerata nella pronuncia della Corte di Cassazione del 2023 citata.

La domanda risarcitoria in relazione alla lesione all'autodeterminazione, pertanto, deve essere disattesa.

**§ 3.2** Passando all'esame del danno alla salute, appare opportuno evidenziare che costituisce principio consolidato in giurisprudenza quello per cui *«l'ospedale risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 cod. civ., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale»* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 1620 del 03.02.2012). La natura contrattuale del rapporto è stata, inoltre, riaffermata dal Legislatore che, all'art. 7 della L. 24/2017 (Legge Bianco - Gelli), ha previsto che *“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”*.

Ciò posto, va detto che è onere del creditore-danneggiato provare la fonte del suo credito ed il nesso di causalità, secondo il criterio del "più probabile che non", tra la condotta del professionista e il danno lamentato, mentre spetta alla struttura sanitaria dimostrare il suo esatto adempimento o in alternativa l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 5490 del 22.02.2023).

L'attrice ha correttamente allegato e dimostrato l'esistenza del rapporto negoziale tra la stessa e la convenuta azienda ospedaliera. In particolare, l'esistenza del suddetto rapporto ha trovato conferma nella cartella clinica depositata in data 01.10.2021 unitamente all'atto di citazione, nonché, in forza dell'art. 115 c.p.c., nelle difese della convenuta che ha riconosciuto l'esistenza del rapporto, seppur contestando l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria.

L'attrice, inoltre, ha allegato il danno e offerto, quali prove dello stesso, i certificati medici delle visite successive all'intervento.

Quanto al nesso causale, l'attrice ha allegato di non aver mai sofferto di disfonia e dispnea e che due giorni dopo l'intervento, gli stessi sanitari dell'Ospedale di Locri hanno accertato e certificato a pag. 9 della cartella clinica l'insorgenza delle patologie dopo l'intervento. La prova del nesso causale, dunque, viene offerta attraverso l'indicazione temporale dell'insorgenza della patologia e quindi del danno nell'immediatezza dell'intervento.

Va ricordato, in merito, che *«in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile; tuttavia, l'insuccesso o il parziale successo di un intervento di routine, o, comunque, con alte probabilità di esito favorevole, implica di per sé la prova dell'anzidetto nesso di causalità, giacché tale nesso, in ambito civilistico, consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale,*

del "più probabile che non"» (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 975 del 16/01/2009, conf. Sentenza n. 12516/2016 e Sentenza n. 24074/2017).

La consulenza tecnica d'ufficio ha affermato che si tratta di un intervento di routine, precisando che *“la gestione del quadro patologico era da ritenersi routinaria e non presentava problemi tecnici di speciale difficoltà; l'atto chirurgico di “tiroidectomia totale”, per una struttura di chirurgia generale e per un chirurgo generale, non rappresenta particolare complessità tecnica. Al riguardo delle condizioni della paziente non sono descritti elementi che avrebbero potuto rendere più difficoltosa l'esecuzione dell'intervento chirurgico”* e ha riscontrato che *“la sig.ra Pt\_1 risulta affetta da una paralisi totale della corda vocale dx che le procura disfonia e una dispnea da sforzo”*. Tale diagnosi è stata suffragata dalla documentazione medica prodotta dall'attrice.

Sulla base dei principi affermati dalla Cassazione la qualificazione dell'intervento come routinario e la constatazione del danno alla salute successivo, quale peggioramento delle condizioni fisiche della paziente, sarebbero già di per sé sufficienti a provare il nesso causale tra l'attività dei sanitari dell' CP\_4 di Locri e il danno subito dall'attrice, secondo il criterio probabilistico. La sussistenza del nesso, invero, è ulteriormente avvalorata dalle considerazioni mediche effettuate dai consulenti tecnici incaricati dal Tribunale, i quali, dopo un attento esame del diario clinico, hanno evidenziato che *“In assenza di menzione del sintomo “disfonia” in epoca antecedente al descritto intervento chirurgico, si ritiene che tale sintomo sia insorto successivamente all'intervento di tiroidectomia e che debba essere messo in rapporto con la lesione iatrogena del nervo ricorrente destro; considerato il breve lasso di tempo tra l'intervento chirurgico e la comparsa del sintomo, la lesione del nervo ricorrente è imputabile ad incauta trazione o a lesione chirurgica nel corso dell'intervento stesso”*, aggiungendo che *“Alla luce del riscontro in diario clinico in data 20/01/2010 della comparsa di disfonia non sono stati eseguiti né approfondimenti diagnostici né è stata prescritta alcuna terapia supplementare. Mancando i referti degli esami pre-operatori come TC e scintigrafie e mancando il referto dell'esame istologico non si può stabilire la correttezza della diagnosi pre-operatoria. Dalla descrizione dell'intervento chirurgico di Tiroidectomia Totale riportato in cartella [...] non si ravvisano particolari difficoltà durante l'esecuzione dello stesso. Si evidenzia comunque l'assenza del neuromonitoraggio intra-operatorio dei nervi ricorrenti, che ne avrebbe potuto ridurre percentualmente le probabilità di lesione degli stessi”*. L'assenza del neuromonitoraggio intra-operatorio dei nervi ricorrenti, secondo quanto accertato dai consulenti, si discosta dalla buona pratica accreditata dalle Comunità scientifiche nazionali ed internazionali, per cui

si deve ritenere sussistente una condotta colpevole dei sanitari dell'ospedale di Locri, sia per non essersi uniformati alle *best practice* e non aver eseguito il neuromonitoraggio intraoperatorio sia per non aver eseguito approfondimenti diagnostici a seguito della manifestazione della disfonia e per aver omesso la prescrizione di una terapia supplementare.

Tali conclusioni, basate sull'elaborato tecnico - meritevole di condivisione da parte del Tribunale, in quanto è stato redatto con rigore scientifico, sorretto da argomentazioni medico-legali (che si intendono integralmente richiamate e trascritte) convincenti e ragionevoli e non presenta contraddizioni logiche - non sono revocate in dubbio nemmeno dalle osservazioni del ctp della compagnia assicurativa, riprese nelle difese dall'Asp di Reggio Calabria. In merito, infatti, occorre evidenziare che appare esaustiva la risposta dei consulenti, i quali hanno riscontrato la mancanza in atti della prova degli assunti da cui è partito il ctp per concludere sull'assenza di *malpractice* nell'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Va precisato, infine, che alcuna concausa è stata accertata in giudizio, atteso che la patologia di cui è affetta l'attrice è stata riscontrata solo dopo l'intervento, e nell'immediatezza dello stesso, e che la causa della malattia, per le motivazioni sopra riportate, deve essere ricondotta all'operato dei sanitari dell'Ospedale di Locri, mentre alcuna rilevanza hanno assunto, in termini causali, le visite e le terapie successive intraprese per porre rimedio al danno e intervenute, comunque, a distanza di tempo dall'insorgenza del danno accertato.

Quanto al danno conseguenza, i consulenti tecnici d'ufficio hanno concluso, in modo condivisibile dal Tribunale, affermando che *“non si individuano periodi di inabilità temporanea assoluta o relativa per le lesioni per cui è causa; sono stati accertati esiti invalidanti, consistenti nella paralisi della corda vocale destra che configura una disfonia e provoca una condizione di dispnea; tali esiti comportano un danno alla salute (danno biologico), inteso in senso comprensivo non solo della lesione alla integrità psico-fisica della persona, ma anche del suo aspetto estetico, del suo normale relazionarsi con l'esterno, del suo stato di benessere in relazione alle consuete attività, pari al 10% (dieci per cento). Non sono stati prodotti giustificativi di spesa e non sono prevedibili, opportune o necessarie spese future”*.

§ 4. Passando alla liquidazione del danno non patrimoniale, ai sensi degli art. 3, comma 3, del decreto-legge 158/2012, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 L. 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. riforma Balduzzi) e art. 7, comma 4, L. 8 marzo 2017, n. 24 (cd. legge Gelli-Bianco), poiché viene in rilievo un danno biologico cd. macropermanente, la liquidazione unitaria del danno non patrimoniale biologico va fatto a norma dell'art. 138 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. n. 209/05). Pertanto, in mancanza dell'introduzione delle tabelle di liquidazione ministeriali a cui fa riferimento l'art. 138 del Codice delle assicurazioni, il danno non patrimoniale deve essere liquidato facendo riferimento al criterio equitativo e, in particolare, al fine di garantire l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, al criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, essendo esso già ampiamente diffuso sul territorio nazionale - e al quale la S.C., in applicazione dell'art. 3 Cost., riconosce la valenza, in linea generale, di parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 cod. civ. -, salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificare l'abbandono (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 12408 del 07/06/2011).

Ciò precisato, va rilevato che le nuove tabelle di Milano, anche a seguito delle ultime pronunce della Suprema Corte (cfr.: Cass. Ordinanza n. 15733/2022; Cass. n. 8532/2020; Cass. n. 25164/2020), offrono una liquidazione distinta per il danno biologico (ora definito "danno biologico/dinamico-relazione) e per il danno morale/sofferenza soggettiva (ora denominato "danno da sofferenza soggettiva interiore"). Si deve infatti ricordare che *«In tema di risarcimento del danno alla persona, nel procedere alla liquidazione del danno alla salute secondo le Tabelle di Milano, attesa l'autonoma rilevanza del danno morale rispetto al danno dinamico-relazionale, il giudice deve: 1) accertare l'esistenza, nel caso, di un eventuale concorso del danno dinamico-relazionale e del danno morale; 2) in caso di positivo accertamento, determinare il quantum risarcitorio applicando integralmente le suddette tabelle, che prevedono la liquidazione di entrambe le voci di danno mediante indicazione di un valore monetario complessivo; 3) in caso di negativo accertamento (con esclusione della componente morale del danno), considerare la sola voce del danno biologico depurata dall'aumento tabellarmente previsto per il danno morale secondo le percentuali ivi indicate, liquidando conseguentemente il solo danno dinamico-relazionale; d) in caso di positivo accertamento dei presupposti per la cd. personalizzazione del danno, procedere all'aumento (fino al 30%) del valore del solo danno biologico depurato, analogamente a quanto indicato al precedente punto 3), dalla componente morale del*

danno inserita in tabella, ai sensi dell'art. 138, comma 3, c.ass.» (Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 7892 del 22.03.2024).

Considerato che *Parte\_1* al momento del sinistro aveva 68 anni, in base alle tabelle richiamate spettano all'attrice euro 14.947,00 per danno biologico/dinamico relazionale per 10 punti di invalidità. Non sono state, infine, documentate le spese mediche.

In totale, pertanto, il danno subito da *Parte\_1* ammonta ad euro **14.947,00**, somma che appare idonea a ristorare integralmente il danneggiato a titolo di danno non patrimoniale perché alcuna somma può essere riconosciuta a titolo di danno morale quale sofferenza, di natura interiore e non relazionale, conseguente all'evento dannoso e prodotta dalle lesioni subite e dalla durata delle cure alle quali l'attrice è stata sottoposta, atteso che nulla in tali termini è stato allegato né provato, nemmeno per presunzioni, da parte dell'attrice e perché quest'ultima non ha nemmeno allegato e provato specifiche circostanze da cui desumere che le lesioni riportate ed i postumi permanenti di invalidità residuati hanno inciso in modo peculiare, aggravandola, sulla sua precedente condizione "esistenziale".

Occorre, infatti, precisare che in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, il danno biologico, rappresentato dall'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato, è pregiudizio ontologicamente diverso dal cd. danno morale soggettivo, inteso come sofferenza interiore patita dal soggetto in conseguenza della lesione del suo diritto alla salute; esso, ordinariamente liquidato con il metodo c.d. tabellare in relazione a un "barème" medico legale che esprime in misura percentuale la sintesi di tutte le conseguenze ordinarie che una determinata menomazione presumibilmente riverbera sullo svolgimento delle attività comuni ad ogni persona, può essere incrementato in via di "personalizzazione" in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate e provate dal danneggiato, le quali rendano il danno subito più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da lesioni personali dello stesso grado sofferte da persone della stessa età e condizione di salute (Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 27482 del 30.10.2018).

Il danno non patrimoniale, con particolare riferimento a quello cd. esistenziale, non può essere considerato "in re ipsa", ma deve essere provato secondo la regola generale dell'art. 2697 c.c., dovendo consistere nel radicale cambiamento di vita, nell'alterazione della personalità e nello sconvolgimento dell'esistenza del soggetto. Ne consegue che la relativa allegazione deve essere circostanziata e riferirsi a fatti specifici e precisi, non potendo risolversi in mere enunciazioni di carattere generico, astratto, eventuale ed ipotetico (Cass. Sez. 2, Ordinanza n. 28742 del 09.11.2018).

Facendo applicazione dei superiori principi, null'altro spetta all'attrice a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, in assenza di una specifica e puntuale allegazione (prima ancora che di prova) di pregiudizi inerenti all'aspetto interiore (cd. danno morale) e/o dinamico-relazione del danno sofferto, diverso e più intenso di una qualsiasi altra persona della sua età affetta dalla medesima invalidità.

Alla luce delle considerazioni svolte, la convenuta società ospedaliera va condannata al pagamento in favore di Parte\_1 della somma di euro 14.947,00.

**§ 5.** In ordine alla richiesta di rivalutazione della somma riconosciuta all'attrice e di corresponsione degli interessi si osserva, quanto alla prima, che i danni sono stati liquidati all'attualità. Quanto, invece, agli interessi si rileva che *«il danno subito per la mancata corresponsione dell'equivalente pecuniario del bene danneggiato può essere liquidato in via equitativa, attraverso il ricorso agli interessi, non necessariamente determinati in misura corrispondente al saggio legale, da calcolarsi sulla somma corrispondente al valore del bene al momento dell'illecito via via rivalutata»*. In pratica, *«qualora la liquidazione del danno da fatto illecito extracontrattuale sia effettuata "per equivalente", con riferimento, cioè, al valore del bene perduto dal danneggiato all'epoca del fatto illecito, e tale valore venga poi espresso in termini monetari che tengano conto della svalutazione intervenuta fino alla data della decisione definitiva, è dovuto al danneggiato anche il risarcimento del mancato guadagno, che questi provi essergli stato provocato dal ritardato pagamento della suddetta somma. Tale prova può essere offerta dalla parte e riconosciuta dal giudice mediante criteri presuntivi ed equitativi, quale l'attribuzione degli interessi, ad un tasso stabilito valutando tutte le circostanze obiettive e soggettive del caso; in siffatta ultima ipotesi, gli interessi non possono essere calcolati (dalla data dell'illecito) sulla somma liquidata per il capitale, definitivamente rivalutata, mentre è possibile determinarli con riferimento ai singoli momenti (da stabilirsi in concreto, secondo le circostanze del caso) con riguardo ai quali la somma*

*equivalente al bene perduto si incrementa nominalmente, in base ai prescelti indici di rivalutazione monetaria, ovvero in base ad un indice medio (così, per prima, Cass. Sez. Unite, 17 febbraio 1995, n. 1712)».*

Tali principi si applicano anche alle obbligazioni risarcitorie derivanti da inadempimento contrattuale, vertendosi anche in questi casi nella liquidazione di debito di valore (Cass. 13225/2016; Cass. 5843/2010; Cass. 1335/2009).

Questo Tribunale ritiene equo, ai sensi del secondo comma dell'art. 2056 c.c., adottare, come criterio di risarcimento del pregiudizio da ritardato conseguimento delle somme dovute (cd. lucro cessante), quello degli interessi fissandone il tasso nella misura del 1,5 % (unovirgolacinqueper cento) annuo, tenuto conto del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, atteso l'intervallo di tempo fra l'evento che ha determinato il danno, 18 gennaio 2010, ed il suo risarcimento (quattordici anni) e l'andamento medio dei tassi di impiego del denaro correnti nel periodo considerato.

Pertanto, gli interessi in oggetto devono calcolarsi dal momento del verificarsi del danno sull'importo sopra liquidato di euro 14.947,00 svalutato all'epoca del sinistro, con l'applicazione del coefficiente ISTAT 1,291 dell'ultima rilevazione (marzo 2024) consultabile sul sito web dell'ISTAT ([www.istat.it](http://www.istat.it)), ad euro 11.577,85 e, quindi, su quest'ultima somma come progressivamente rivalutata, di anno in anno, ogni successivo 18 gennaio, secondo la variazione dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie degli operai ed impiegati accertata dall'I.S.T.A.T., fino alla data della presente decisione. Sull'importo finale come sopra riconosciuto, euro 14.947,00 (che si converte in debito di valuta), maggiorata degli interessi compensativi maturati sino a tale data, saranno dovuti i normali interessi legali *ex art. 1282 c.c.*

**§ 6.** Le spese di CTU, ferma restando la solidarietà passiva di tutte le parti nei confronti del consulente in base al decreto di liquidazione del 18 aprile 2024 (Cass., sez. II, sent. n. 28094 del 30.12.2009; Cass. sez. 6-3, ord. n. 23522/2014), si pongono nei rapporti interni tra le medesime a carico esclusivo della convenuta Asp, con il conseguente diritto dell'attrice di ripetere dalla predetta convenuta le somme eventualmente versate o che saranno versate al Ctu in forza del predetto decreto.

§ 6.1 Le spese di lite vengono liquidate secondo i parametri di cui al D.M. 55/2014 così come modificato dal D.M. n. 147/2022 e in vigore dal 23 ottobre 2022, per lo scaglione da euro 5.200,01 a euro 26.000,00 (individuato secondo il criterio del *decisum*), applicando i valori minimi, tenuto conto della ridotta attività istruttoria, che si è tradotta nell'espletamento della ctu, della difficoltà della causa, nonché del valore della stessa e, in applicazione del principio della soccombenza, sono poste nel rapporto tra l'attrice e la compagnia assicurativa *CP\_2* a carico di *Parte\_1* e nel rapporto tra quest'ultima e l'Asp di Reggio Calabria a carico dell'ente sanitario.

### P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa promossa da *Parte\_1* nei confronti dell' *Controparte\_1* [...] e dell' *Controparte\_2* ogni contraria e ulteriore istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

1. dichiara inammissibile per difetto di legittimazione attiva la domanda avanzata da *Parte\_1* nei confronti di *Controparte\_2*
2. accoglie per quanto di ragione la domanda dell'attrice nei confronti della ASP di Reggio Calabria e dichiara quest'ultima inadempiente agli obblighi assunti nel rapporto contrattuale con l'attrice e, quindi, esclusiva responsabile dei danni patiti da *Parte\_1* a seguito dell'intervento chirurgico del 18 gennaio 2010;
3. condanna, per l'effetto, la *CP\_5* di *Controparte\_1* al pagamento in favore dell'attrice della complessiva somma di euro 14.947,00, oltre interessi compensativi nella misura del 1,5 % annuo dal momento dell'intervento, il 18 gennaio 2010, sul predetto importo svalutato a detta epoca e cioè su euro 11.577,85, e su tale somma progressivamente rivalutata, di anno in anno, ogni successivo 18 gennaio, secondo gli indici ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, dal sinistro fino alla pubblicazione della presente sentenza, oltre interessi legali sulla somma come sopra riconosciuta di euro 14.947,00, maggiorata degli interessi compensativi maturati, dalla data di pubblicazione sino al soddisfo;
4. condanna la *Parte\_2* al pagamento delle spese di lite, che si liquidano in complessivi euro 3.083,50, di cui euro 545,00 per spese vive ed euro

2.538,50 per compensi, oltre rimborso spese generali (15% sul compenso) ed accessori di legge se dovuti.

5. condanna Signati *Pt\_1* al pagamento, in favore dell' *Controparte\_2* *[...]* delle spese di lite, che si liquidano in euro 2.538,50, oltre rimborso spese generali al 15% sul compenso, Iva e C.p.a. come per legge;
6. pone le spese di ctu, nel rapporto tra le parti, definitivamente a carico dell' *[...]* *Parte\_2* .

Così deciso in Locri, il 18 aprile 2024.

Il Giudice

*Dott.ssa Valentina Andrizzi*

Sentenza n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024

RG n. 10000

Repert. n. 923/2024 del 29/04/2024

Sentenza non definitiva n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il tribunale di Cosenza, seconda sezione civile, in composizione monocratica, nella persona della dott.ssa Ermanna Grossi, ha pronunciato la seguente

**SENTENZA NON DEFINITIVA**

nella causa civile iscritta al n. R.G.A.C. vertente

**TRA**

\_\_\_\_\_ rappresentata e difesa,  
in virtù di procura allegata all'atto di citazione, dall'avv. \_\_\_\_\_ ed  
elettivamente domiciliata presso il suo studio in Luzzi, alla via C. Firrao;

- attrice -

**CONTRO**

\_\_\_\_\_ in persona del legale  
rappresentante p.t., elettivamente domiciliata in Cosenza, alla via Riccardo  
Misasi, n. 80/D, presso lo studio dell'avv. \_\_\_\_\_ che la rappresenta e  
difende in virtù di procura allegata alla comparsa di risposta; - convenuta -

(c.f.:

\_\_\_\_\_ rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata alla comparsa di risposta,  
dagli avvocati \_\_\_\_\_ ed elettivamente  
domiciliata presso lo Studio Legale \_\_\_\_\_ in Rende, al viale della  
Resistenza, n. 98; - convenuta -

(c.f.:

\_\_\_\_\_ e  
(c.f. \_\_\_\_\_ entrambi  
rappresentati e difesi, in virtù di separate procure allegate alla comparsa di  
risposta, dagli avvocati \_\_\_\_\_ ed elettivamente  
domiciliati presso il loro studio in Milano, al viale Bianca Maria, n. 37;

- convenuti -

\_\_\_\_\_, in persona del legale rappresentante  
p.t., rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata alla comparsa di  
risposta, dall'avv. Roberto Chiodo ed elettivamente domiciliata presso il suo  
studio in Cosenza, al corso Mazzini, n. 217; - convenuta -

- Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del legale  
rappresentante p.t., rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata alla  
comparsa di risposta, dall'avv. \_\_\_\_\_ ed elettivamente domiciliata





in Cosenza, alla via Panebianco, n. 177 presso lo studio dell'avv.

- terza chiamata dalla dott.ssa

e dal dott.

in persona del legale rappresentante  
p.t., rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata alla comparsa di risposta  
dagli avvocati ed elettivamente  
domiciliata presso il suo studio di quest'ultimo in Chiaravalle Centrale, c.da  
Serra Rizzo – Villa Bellina; - terza chiamata dal dott.

, in persona del legale rappresentante  
p.t., rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata alla comparsa di risposta  
dagli avvocati e ed elettivamente  
domiciliata presso il suo studio di quest'ultimo in Chiaravalle Centrale, c.da  
Serra Rizzo – Villa Bellina; - terza chiamata dalla dott.ssa

**Oggetto:** risarcimento danni da responsabilità professionale medica.

**Conclusioni delle parti:**

**Per l'attrice (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 4/10/2023):** *In via preliminare RIGETTARE ogni avversa eccezione preliminare e/o pregiudiziale spiegata nei suoi confronti dalle controparti in quanto infondata in fatto e diritto, inammissibile tardiva e non provata e/o ACCERTARE E DICHIARARE la responsabilità dei convenuti, ogni uno per propria competenza, e in solido, di quanto sopra, e della mancata diligenza nell'intervento eseguito in data 19.05.2012, e delle conseguenze e danni subiti dall'istante come meglio sopra, da intendersi trascritto, e quindi per la rimozione non necessaria delle ovaie ed ancora per lesione vescicale e l'insorgere di fistola, e per errata suturazione e l'insorgere delle aderenze e delle infezioni, nonché per essere stata sottoposta a un successivo intervento del 20.06.2012 necessario per ridurre le conseguenze e pregiudizi derivanti all'istante dal primo intervento e cattiva gestione del post-operatorio e visita del 30.05.2012, e per tutto quanto sopra in premessa ha determinato, anche la diastasi dei muscoli ed ulteriore intervento, oltre l'insorgere di patologie psichiatriche, come in atti, e/o di ogni danno non patrimoniale e patrimoniale derivante dall'invalidità lavorativa e/o ACCERTARE E DICHIARARE la responsabilità dei convenuti, ogni uno per propria competenza, e in solido, e per uno o più motivi di cui sopra, del danno biologico, danno psichiatrico, danno alla sessualità, danno morale e/o di ogni danno non patrimoniale derivante da quanto sopra e/o di ogni danno patrimoniale derivante dall'invalidità lavorativa e/o ACCERTARE E DICHIARARE la responsabilità dei convenuti, ogni uno per propria competenza, ed anche in solido, e per uno o più motivi di cui sopra, dei danni non patrimoniali quantificati, secondo l'ATP e/o con integrazione della consulenza e/o con nuova consulenza nella misura e per tutti i danni oltre a quelli indicati dai consulenti, non inferiore ad di € 26.000,00 oltre interessi e rivalutazione monetaria e/o di quella somma*





superiore o inferiore ritenuta per legge e/o di ogni danno patrimoniale derivante dall'inabilità lavorativa e/o ACCERTARE E DICHLARARE la responsabilità dei convenuti, ogni uno per propria competenza, ed anche in solido, e per uno o più motivi di cui sopra, dei danni patrimoniali quantificati, in via equitativa, ossia il triplo dell'assegno sociale per ogni anno, dall'anno dell'occorso €. 152.474,34 oltre interessi e rivalutazione, per inabilità lavorativa e come meglio sopra e/o in quella somma superiore e/o inferiore ritenuta per legge ed anche in via equitativa e/o CONDANNARE i resistenti al pagamento di quanto sopra, anche in solido e delle spese e competenze di lite ex art. 93 cpc con distrazione in favore del difensore e di ogni ulteriore dovuta anche del procedimento di ATP e/o delle spese di consulenza medica e/o tecnica dell'ATP e del procedimento di merito, oltre alle spese e competenze della fase di mediazione e/o RIGETTARE ogni avversa eccezione preliminare e/o pregiudiziale e/o ogni domanda, eccezione, deduzione, a richiesta anche istruttoria, conclusione e argomentazione, spiegata in ogni loro atto difensivo, verbale di causa e nota trattazione scritta in quanto infondata in fatto e diritto, inammissibile e non provata e/o In via istruttoria, insiste nell'ammissione della prova per testi sulle circostanze articolate in memoria ex art. 183, comma VI, n. 2, cpc e con i testi indicati da intendersi trascritte e riportati e/o insiste nella l'ammissione della Consulenza Tecnica d'Ufficio per i quesiti indicati nella memoria ex art. 183, comma VI, n. 2 c.p.c. da intendersi trascritta e/o per quanto ritenuto utile e necessario. Inoltre, si insiste nell'acquisizione del fascicolo, ove non fosse già stata effettuata, dell'ATP Tribunale di Cosenza n 2265/2018. Ed ancora, in ordine alle richieste istruttorie delle controparti ne chiede il rigetto, in quanto irrilevanti e/o inconferenti per i fatti di causa e inammissibili e come da memora ex art. 183, comma VI, n. 3 da intendersi trascritta al presente, in caso denegato di ammissione chiede di essere ammessa alla prova del contrario sulle stesse circostanze e stessi testi. Riserva di ogni ulteriore”.

Per la convenuta (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 4/10/2023): *“In via preliminare: Accertare e dichiarare tardività della notifica del ricorso e del decreto con conseguente violazione del diritto di difesa; - in subordine, disporre la conversione del rito sommario di cognizione al rito ordinario.*

*Nel merito: Accertare e dichiarare la inammissibilità nonché la improcedibilità del proposto ricorso ex articolo 702 bis c.p.c. per l'inesistenza dei presupposti ex lege previsti. Accertare e dichiarare la infondatezza e genericità della domanda in quanto carente dei presupposti giuridici valevoli ai fini di una corretta formulazione. Condannare la ricorrente al pagamento, in favore dell'odierna resistente, delle spese, competenze e onorari di giudizio”.*

Per la convenuta dott.ssa (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 26/9/2023): *“Accertare e dichiarare l'improcedibilità della domanda e l'inopponibilità dell'accertamento tecnico preventivo alla dott.ssa per difetto di notifica nei confronti della stessa del ricorso ex art. 696 bis cpc; nella denegata ipotesi in cui la domanda dovesse essere dichiarata procedibile, accertare e dichiarare per le ragioni di cui in parte motiva l'intervenuta prescrizione dell'azione proposta nei confronti della dott.ssa e, per l'effetto, rigettare la*





domanda proposta nei confronti della stessa; in ogni caso, con condanna alle spese e competenze di lite in favore del sottoscritto procuratore antistatario”.

Per i dottori (conclusioni

rassegnate nelle note scritte depositate in data 5/10/2023): “Nel merito, in via preliminare: accertare e dichiarare la prescrizione dei diritti risarcitori azionati dalla Sig.ra Romano nei confronti per le ragioni esposte nei precedenti atti. Nel merito: accertata e dichiarata la mancanza di profili di responsabilità nella condotta professionale del Dott. , respingere le domande svolte da parte ricorrente in quanto infondate in fatto e in diritto; nel merito in via subordinata e in manleva: nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande della ricorrente e di accertamento di nesso causale tra la condotta del dott. o del Dott.

le lesioni riportate dalla ricorrente, limitarsi quanto dovuto a titolo di risarcimento, entro i limiti delle specifiche condotte e dei danni così come eventualmente provati; per la parte dott. nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte ricorrente e/o della Assicurazione condannare

Compagnia di Assicurazioni SpA con sede e Direzione Generale in Corso Libertà 53 - CAP 41018 San Cesario sul Panaro (Modena), P.IVA in forza della polizza assicurativa richiamata in atti, a tenere indenne il Dott. di quanto questi fosse tenuto a pagare per qualsiasi titolo a favore della ricorrente e/o di assicurazione dell'Azienda, in forza dell'emananda sentenza, nonché a rimborsare al dott. e spese legali sostenute per resistere all'azione avversaria ai sensi e per gli effetti dell'art. 1917, III comma, c.p.c.; per la parte dott. nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte ricorrente e/o di compagnia assicurativa dell' condannare Gruppo Assicurativo del l.r. pro tempore, con

sede in - 20122 Milano - cod. fisc.- part. iva in forza della polizza assicurativa richiamata in atti, a tenere indenne il Dott. di quanto questi fosse tenuto a pagare per qualsiasi titolo a favore della ricorrente e/o di forza dell'emananda sentenza, nonché a rimborsare al dott. le spese legali sostenute per resistere all'azione avversaria ai sensi e per gli effetti dell'art.1917, III comma, c.p.c.; nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte ricorrente, condannare l' P. con sede legale

s.n.c, a tenere indenni il Dott. e il Dott. di quanto questi fossero obbligati a pagare per qualsiasi titolo a favore di parte ricorrente in forza dell'emananda sentenza, per le ragioni dedotte in atti; in ogni caso: condannare parte ricorrente al pagamento delle spese e competenze di giudizio, oltre accessori di legge”.

Per (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 27/9/2023): “In via preliminare la scrivente difesa eccepisce la carenza di legittimazione passiva della convenuta compagnia assicurativa, evocata in giudizio in aperta violazione del sesto comma art. 12 legge 24/2017, ovvero Gelli-Bianco. In particolare, si evidenzia che, l'art. 10, comma 2, della legge citata prevede per i sanitari che operano al di fuori delle strutture sanitarie ovvero al loro interno, ma in regime





di libera professione, un autonomo e specifico obbligo di copertura assicurativa della responsabilità civile.

All'uopo, il Tribunale di Cosenza, in fattispecie identica, ha pronunciato la seguente ordinanza ex art. 702 bis nel giudizio al n. 768/2020: "Non può invece essere accolta la domanda di condanna formulata dalla [redacted] nei confronti della compagnia assicuratrice [redacted]."

Pur ritenendo, infatti, ammissibile l'azione diretta del danneggiato nei confronti delle compagnie assicuratrici delle strutture sanitarie e dell'esercente la professione medica nell'ambito del procedimento per ATP in ragione del dettato dell'art. 8 della legge 24/2017 (c.d. legge Bianco - Gelli) che prevede - quale norma processuale, come tale applicabile retroattivamente - la partecipazione obbligatoria delle assicurazioni alla procedura conciliativa per non frustrare il fine deflattivo dell'istituto e rendere opponibili nel successivo giudizio di merito anche ad esse le risultanze dell'accertamento tecnico, ad analoga conclusione non può pervenirsi in relazione al giudizio di merito a ciò ostando l'espresso dettato dell'art. 12, comma 5 L. 24/2017 che subordina la chiamata diretta del danneggiato alla previa emanazione ed entrata in vigore del decreto ministeriale con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie." Pertanto si insiste nella predetta eccezione preliminare.

In via istruttoria: ci si oppone alla chiesta CTU medico-legale per i motivi in atti, in caso di ammissione la stessa CTU dovrà accertare la sussistenza del nesso di causalità tra la presunta

condotta colposa dei sanitari e l'evento per cui è causa;

nel merito: rigettare l'avversa domanda, siccome assolutamente infondata in fatto ed in diritto, per i motivi esposti in narrativa;

in via subordinata: accertare e dichiarare la reale entità delle lesioni subite dal ricorrente conseguentemente determinare l'eventuale responsabilità dei sanitari nella verifica dell'evento per cui è causa, con esclusione di qualunque vincolo di solidarietà, fatto salvo il diritto di regresso nell'ipotesi di cui all'art. 1910 c.c. e tenuto conto del massimale di polizza. Il tutto col favore delle spese e competenze del presente giudizio. Con ogni salvezza e riserva".

Per (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 29/9/2023): "Piacca al Tribunale Ill.mo, adversis reiectis, dichiarare la carenza di legittimazione passiva della chiamata in causa [redacted] e/o l'improponibilità della domanda e ciò ai sensi delle garanzie e condizioni di polizza; conseguentemente respingere la richiesta di manleva e dichiarare, con consequenziale provvedimento, la lite temeraria; il tutto con vittoria di spese, competenze ed accessori. In via subordinata e per mero scrupolo difensivo, respingere ogni e qualsiasi domanda così come proposta in quanto infondata in fatto e diritto; il tutto con vittoria di spese, competenze ed accessori".

Per chiamata dal dott. [redacted] (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 26/9/2023): "1 - in via principale, rigettare l'azione risarcitoria promossa dalla signora [redacted] verso il [redacted]."





dott. in quanto infondata, ciò per le ragioni opposte dall'Assicurato con la sua comparsa di costituzione e risposta.

2 - In via principale alternativa, rigettare la domanda di garanzia proposta dal dott. Pirillo nei confronti di per la non operatività della copertura assicurativa prestata con la Polizza perché quello relativo all'Azione Risarcitoria è rischio non compreso nel relativo Oggetto dell'assicurazione, ciò per le ragioni opposte dalla Compagnia al paragrafo 2 della propria comparsa di costituzione e risposta.

3 - In via subordinata, per la denegata ipotesi di ritenuta non accoglibilità dell'eccezione di cui al precedente punto 2, rigettare la Domanda di Garanzia per la non operatività della copertura assicurativa prestata con la Polizza ai sensi dell'art. 6, 2° comma, delle condizioni generali, ciò per le ragioni opposte dalla Compagnia al paragrafo 3 della propria comparsa di costituzione e risposta.

4 - In via ulteriormente subordinata, rigettare la Domanda di Garanzia per la non operatività della copertura assicurativa prestata con la Polizza ancora ai sensi dell'art. 6, 2° comma, delle condizioni generali, ciò per le ragioni opposte dalla Compagnia al paragrafo 4 della propria comparsa di costituzione e risposta.

5 - In via estremamente subordinata, per la recisamente denegata duplice ipotesi di ritenuta fondatezza sia dell'Azione Risarcitoria che della Domanda di Garanzia,

5A - con riferimento all'Azione Risarcitoria, accertare i danni risarcibili effettivamente, direttamente ed immediatamente, riconducibili alla accertata condotta illecita del dott. Pirillo e conseguentemente condannare il medesimo, in solido con le altre parti convenute dichiarate corresponsabili, a pagare alla signora gli importi così accertati;

5B - con riguardo alla Domanda di Garanzia, accertare essere la Compagnia tenuta ad indennizzare l'Assicurato nei seguenti limiti:

5B1 - per la quota di responsabilità diretta dell'Assicurato, con esclusione di qualsiasi responsabilità derivantegli in via solidale; quota da quantificarsi in una misura comunque non superiore al 16,66% dei danni risarcibili alla signora

5B2 - in via specificamente subordinata al mancato accoglimento dell'eccezione di non operatività di cui ai precedenti punti 3 e 4, con ripartizione proporzionale degli indennizzi ex art. 1910 c.c. con la Polizza e/o con la Polizza Precedente.

5B3 - fino alla concorrenza del massimale, unico per sinistro, di € 2.500.000,00.

Con condanna al pagamento delle spese del presente giudizio, oltre a rimborso per spese generali (15%), C.P.A. ed I.V.A., come per legge.

In via istruttoria:

- ordinare al dott. la esibizione ex art. 210 c.p.c. della polizza di assicurazione della responsabilità civile da egli stipulata ed in vigore all'epoca della vicenda oggetto di contestazione, e quindi nei mesi di maggio e giugno 2012;

- dichiarare la inammissibilità di tutti i capitoli di prova per testimoni dedotti dalla signora Romano con la sua memoria ex art. 183, comma 6, n. 2, c.p.c. per i motivi analiticamente opposti nella memoria ex art. 183, 6° comma, n. 3), c.p.c. per S.p.A. terza chiamata dal dott.





Per s.p.a. chiamata dalla dott.ssa

(conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data

26/9/2023): "1 - in via principale, rigettare l'azione risarcitoria promossa dalla signora Romano verso la dott.ssa in quanto infondata, ciò per le ragioni opposte dall'Assicurata con la sua comparsa di costituzione e risposta.

2 - In via principale alternativa, rigettare la domanda di garanzia proposta dalla dott.ssa Marzullo nei confronti di per la non operatività della copertura assicurativa prestata con la Polizza perché quello relativo all'Azione Risarcitoria è rischio non compreso nel relativo Oggetto dell'assicurazione, ciò per le ragioni opposte dalla Compagnia al paragrafo 2 della propria comparsa di costituzione e risposta.

3 - In via subordinata, per la denegata ipotesi di ritenuta non accoglibilità dell'eccezione di cui al precedente punto 2, rigettare la Domanda di Garanzia per la non operatività della copertura assicurativa prestata con la Polizza ai sensi dell'art. 6, 2° comma, delle condizioni generali, ciò per le ragioni opposte dalla Compagnia al paragrafo 3 della propria comparsa di costituzione e risposta.

4 - In via ulteriormente subordinata, rigettare la Domanda di Garanzia per la non operatività della copertura assicurativa prestata con la Polizza ancora ai sensi dell'art. 6, 2° comma, delle condizioni generali, ciò per le ragioni opposte dalla Compagnia al paragrafo 4 della propria comparsa di costituzione e risposta.

5 - In via estremamente subordinata, per la recisamente denegata duplice ipotesi di ritenuta fondatezza sia dell'Azione Risarcitoria che della Domanda di Garanzia,

5A - con riferimento all'Azione Risarcitoria, accertare i danni risarcibili effettivamente, direttamente ed immediatamente, riconducibili alla accertata condotta illecita della dott.ssa Marzullo e conseguentemente condannare la medesima, in solido con le altre parti convenute dichiarate corresponsabili, a pagare alla signora gli importi così accertati;

5B - con riguardo alla Domanda di Garanzia, accertare essere la Compagnia tenuta ad indennizzare l'Assicurata nei seguenti limiti:

5B1 - per la quota di responsabilità diretta dell'Assicurata, con esclusione di qualsiasi responsabilità derivante in via solidale; quota da quantificarsi in una misura comunque non

superiore al 16,66% dei danni risarcibili alla signora

5B2 - in via specificamente subordinata al mancato accoglimento dell'eccezione di non operatività di cui ai precedenti punti 3 e 4, con ripartizione proporzionale degli indennizzi ex art. 1910 c.c. con la Polizza con la Polizza

5B3 - fino alla concorrenza del massimale, unico per sinistro, di € 2.500.000,00.

Con condanna al pagamento delle spese del presente giudizio, oltre a rimborso per spese generali (15%), C.P.A. ed I.V.A., come per legge.

In via istruttoria:

- dichiarare la non opponibilità alla dott.ssa e quindi pure ad terza chiamata dalla dott.ssa e la conseguente assoluta inutilizzabilità, della C.T.U. resa all'esito del procedimento ex art. 696bis c.p.c. svoltosi innanzi codesto





Ill.mo Tribunale R.G. n. 2265/2018, per non essere stata la stessa dott.ssa  
parte di esso  
procedimento;

- dichiarare la tardività – e la conseguente inammissibilità e inutilizzabilità – della produzione di nuovi documenti offerta dalla signora \_\_\_\_\_ con la sua memoria ex art. 183, comma 6, n. 3, c.p.c., trattandosi di documenti aventi ad oggetto, secondo le deduzioni della stessa attrice, una prova diretta, e non certo una prova contraria;
- dichiarare inammissibili tutti i capitoli di prova per testimoni dedotti dalla signora \_\_\_\_\_ con la sua memoria ex art. 183, comma 6, n. 2, c.p.c. per i motivi analiticamente opposti nella memoria ex art. 183, 6° comma, n. 3), c.p.c. per \_\_\_\_\_ terza chiamata dalla dott.ssa \_\_\_\_\_
- dichiarare ammissibili i capitoli di prova per testimoni dedotti dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ con la sua memoria ex art. 183, 6° comma, n. 2), c.p.c.”.

#### Fatto e diritto

1. Con ricorso ex art. 702-bis c.p.c. depositato in data 2/4/2021

ha premesso che in data 19/5/2012 si è ricoverata presso l'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia dell'A.O. di \_\_\_\_\_ per sottoporsi ad intervento chirurgico di isterectomia totale con annessiectomia totale a causa di metrorragie recidivanti. L'intervento veniva effettivamente eseguito in data 21/5/2012 dall'equipe composta dal dott. Francesco \_\_\_\_\_ quale primo operatore e dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ quale seconda operatrice. L'attrice ha riferito che nelle ore immediatamente successive all'intervento e comunque in data 30/5/2012 riferiva dolori a livello della sutura, stato febbrile e fuoriuscita di materiale sieromatico che veniva medicato e trattato con terapia antibiotica; veniva altresì rilevata "piccola raccolta a livello della cupola vaginale".

A causa del progressivo aggravarsi del dolore la \_\_\_\_\_ veniva nuovamente ricoverata in data 4/6/2012 con diagnosi in entrata "probabile fistola vescico – vaginale post chirurgica in paziente operata di recente laparoisterectomia". In data 20/6/2012 veniva nuovamente operata per "riparazione di fistola vagino-vescicale secondo O'Connor" dall'equipe composta dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Nel corso di tale secondo intervento, per come si evince dal verbale operatorio, venivano riscontrate "... laparotomia sec. ... Aperto l'addome non si evidenzia la cupola vaginale per la presenza di tenaci aderenze vescico – viscerali e vescico – parietali. Si decide di riparare la fistola vescico – vaginale per via transvescicale (intervento di O'Connor) ... Si apre la vescica a livello della cupola, si prepara la parete posteriore fino al tragitto fistoloso e lo si incide longitudinalmente fino alla fistola. Ben visibili gli stent uretali. Ricostruzione della parete posteriore della vescica. Sutura nella cupola vescicale anteriore in continua ... Drenaggio a caduta endoaddominale... Ricostruzione della parete addominale". Nel corso della degenza e prima dell'intervento del 20/6/2012 venivano eseguiti i seguenti esami: cistografia in data 11/6/2012 che





evidenziava una sospetta fistola vescico-vaginale; TC addome inferiore in data 12/6/2012 che evidenziava *“una raccolta di urina iodata nella sede anatomica dell'utero in regione extraperitoneale; urina iodata che defluisce attraverso la vagina”*. Successivamente all'intervento chirurgico veniva nuovamente eseguito l'esame di cistografia in data 2/7/2012 che rivelava *“aspetti da reflusso uretrale alto a sn (in portatore di stent)”*. La paziente veniva dimessa in data 8/7/2012.

Senonché, perdurando i dolori e la minzione spontanea, con peggioramento dello stato della ferita, nausea e persistente stato ansioso negativamente incidenti sulla vita matrimoniale della paziente, impossibilitata ad avere rapporti sessuali, e sulla possibilità di svolgere qualunque attività ludica o lavorativa, in data 13/11/2015 la . . . si sottoponeva ad un ulteriore intervento di *“alloplastica, ricostruzione della parete”* presso la . . .

per esserle stata diagnosticata la diastasi dei muscoli addominali. Nel corso dell'intervento veniva riscontrato *“incisione escidente la vecchia cicatrice, presenza di una grossa soluzione di continuo a carico dei m. retti e dei m. piriformi”*. Si procedeva alla *“preparazione dei piani m. aponevrotici e al posizionamento di rete in propilene in sede preperitoneale, fissata alla faccia posteriore della fascia, previo scollamento delle anse intestinali e della vescica controllo emostasi, posizionamento drenaggio di rendon, sutura a strati della parete”*. La paziente veniva dimessa in data 17/11/2015.

L'attrice ha riferito di essere tuttora in cura presso il Centro di Salute Mentale dell'A.S.P. di Cosenza per *“disturbo d'ansia con umore depresso”*, insorto a seguito della necessità di sottoporsi continuamente a visite e controlli, ad interventi chirurgici e del peggioramento delle sue condizioni di salute che si è negativamente riflesso sulla qualità delle sue relazioni familiari, matrimoniali e con terzi.

Nella prospettiva dell'attrice, fondata sulle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio redatta dai dottori Davide Crispino (medico legale) e Gabriele Tunnera (medico specialista in Ginecologia e Ostetricia) nell'ambito del giudizio di accertamento tecnico preventivo iscritto al n. 2265/2018 R.G. di questo tribunale, sono riscontrabili profili di colpa in capo all'

e ai sanitari che l'hanno avuta in cura prendendo parte ai due interventi chirurgici eseguiti in data 21/5/2012 e 20/6/2012 e comunque nel corso della degenza, per avere erroneamente cagionato, nel corso del primo intervento, una perforazione della vescica e comunque una sua non corretta saturazione che ha poi provocato la fuoriuscita immediata delle urine oltre allo stato febbrile e alla necessità di sottoporre la paziente ad un secondo intervento, che avrebbe potuto evitarsi se non fossero stati commessi i menzionati errori e se a seguito della visita del 30/5/2012 i sanitari avessero tempestivamente diagnosticato l'insorgenza della fistola vescico-vaginale. L'attrice ha altresì lamentato che i sanitari che eseguirono il primo intervento avrebbero operato l'asportazione delle ovaie senza che ve ne fosse necessità, visto che non



Sentenza n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024

RG n.

Repert. n. 923/2024 del 29/04/2024

Sentenza non definitiva n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024



risultano indicati nel verbale operatorio i motivi per i quali si è proceduto all'annessiectomia totale. Gli errori commessi durante il primo e il secondo intervento avrebbero poi provocato l'insorgenza di una laparocoele che, nella prospettazione attorea, non si sarebbe verificata se la paziente non fosse stata sottoposta al secondo intervento. Di conseguenza anche la necessità di sottoporsi al terzo intervento di alloplastica e ricostruzione della parete sarebbe eziologicamente riconducibile agli errori commessi dai sanitari nel corso del primo intervento chirurgico e comunque nel post operatorio. Ad essi sarebbe altresì attribuibile la sindrome ansioso-depressiva diagnosticata e manifestatasi solo successivamente agli interventi subiti.

Per tali ragioni la signora [nome] si è rivolta a questo tribunale per ottenere la condanna dell' [nome], della compagnia assicuratrice della sua responsabilità civile [nome] s.p.a. e dei dottori [nome] e [nome] al

risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali da lei subiti e consistenti, quanto ai primi, nell'impossibilità di svolgere qualunque attività lavorativa e, quanto ai secondi, nel danno biologico e in quello da invalidità temporanea totale per come quantificati dai cc.tt.uu. nominati nell'ambito del giudizio di accertamento tecnico preventivo.

Con decreto emesso in data 6/4/2021 il giudicante ha fissato la prima udienza di comparizione delle parti per il giorno 2/7/2021.

Si è costituita in giudizio l' [nome] per eccepire preliminarmente di aver ricevuto la notifica del ricorso introduttivo oltre il termine assegnato per la costituzione. Nel merito ha chiesto il rigetto della domanda attorea sul presupposto che l'intervento di laparoisterectomia non era di facile esecuzione, per come accertato dai cc.tt.uu. Ha rimarcato che l'asportazione di entrambe le ovaie non solo era un'evenienza accettata dalla paziente al momento della prestazione del consenso informato, ma è stata giudicata rispondente alla corretta pratica medica dai cc.tt.uu. Il c.t.u. dott. Tunnera ha pure escluso che la febbre e i dolori lamentati dalla paziente successivamente al primo intervento fossero sintomatici di una sua non corretta esecuzione, essendo dovuti al trauma subito dai tessuti ed alla loro ricomposizione mediante applicazione di punti di sutura. L'A.O. ha altresì contestato che l'insorgenza della fistola vescico-vaginale sia dipesa da una cattiva esecuzione del primo intervento, trattandosi di complicanza prevedibile (anche se solo nell'1% dei casi), ma non evitabile, dell'intervento di isterectomia e annessiectomia totale cui la [nome] ha consapevolmente deciso di sottoporsi. Ha pure contestato l'esistenza di qualunque nesso eziologico fra la supposta esecuzione imperita degli interventi subiti il 21/5/2012 e il 20/6/2012 e la diastasi dei muscoli addominali riscontrata tre anni dopo, che – per come accertato dai cc.tt.uu. – *“non risulta in relazione con i due precedenti interventi, la paziente soffre di una lassità dei tessuti che hanno determinato la*





*diastasi dei retti*". Ha infine contestato la domanda sotto il profilo del *quantum debeatur*.

Con separate comparse di risposta depositate in data 22/6/2021 si sono costituiti i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ al solo fine di eccepire la nullità della notifica del ricorso introduttivo per come eseguita dalla ricorrente perché oltre il termine all'uopo fissato dal giudice e di chiedere il differimento della prima udienza al fine di meglio articolare le proprie difese.

Con comparsa di risposta depositata in data 24/6/2021 si è costituita \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, compagnia assicuratrice dell'\_\_\_\_\_, per eccepire il proprio difetto di legittimazione passiva ai sensi dell'art. 12 della legge n. 24/2017, non disponendo l'attrice di azione diretta nei suoi confronti. Nel merito ha chiesto il rigetto della domanda attorea non ravvisandosi alcun profilo di responsabilità in capo ai sanitari dell'A.O. convenuta. La convenuta ha contestato la domanda anche sotto il profilo del *quantum* richiesto.

Alla prima udienza del 2/7/2021 il tribunale ha onerato l'attrice di provvedere al rinnovo della notifica del ricorso nei confronti della dott.ssa \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, non essendo andata a buon fine quella effettuata dal difensore. Ha altresì consentito all'\_\_\_\_\_, ai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, cui la notifica del ricorso è pervenuta ben oltre il termine all'uopo assegnato dal giudice nel decreto di fissazione di udienza, di meglio sviluppare le proprie difese e ha fissato la successiva udienza per il giorno 19/11/2021.

Con comparsa di risposta depositata in data 5/11/2021 si è costituita in giudizio la dott.ssa \_\_\_\_\_ per eccepire preliminarmente l'improcedibilità della domanda svolta nei suoi confronti, perché non preceduta dal giudizio di accertamento tecnico preventivo, in cui non è stata coinvolta dalla ricorrente, che ha invece notificato il relativo ricorso alla dott.ssa \_\_\_\_\_, pure operante nell'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia dell'\_\_\_\_\_. Per le stesse ragioni ha eccepito l'inopponibilità nei suoi confronti della relazione di c.t.u. depositata nell'ambito di quel giudizio. Ha pure eccepito la prescrizione dell'azione extracontrattuale di risarcimento del danno per il decorso del termine quinquennale dal dì del fatto asseritamente illecito (consumatosi fra il 21/5/2012 e l'8/7/2012) e la data di notifica del ricorso introduttivo del presente giudizio. Nel merito ha eccepito l'infondatezza della domanda, specificando di aver preso parte solamente al primo intervento eseguito il 21/5/2012, che non solo non era di facile esecuzione, ma è stato correttamente eseguito dagli operatori, per come peraltro accertato non solo dai cc.tt.uu. nominati nel giudizio di a.t.p., da cui lei è rimasta estranea, ma anche dal proprio c.t.p. dott. Riccardo Morgera nella relazione allegata. Ha contestato la domanda anche sotto il profilo dei danni risarcibili. Ha infine richiesto ed ottenuto di essere autorizzata a chiamare in causa \_\_\_\_\_.





... e ... per essere manlevata in caso di condanna.

Con memoria depositata in data 9/11/2021 i dottori ... e ... hanno preliminarmente eccepito la prescrizione dell'azione risarcitoria, giacché la responsabilità dei sanitari, da qualificarsi come extracontrattuale alla luce della legge n. 24/2017, si prescrive dopo il decorso di cinque anni dal verificarsi del presunto fatto illecito. Essa era dunque prescritta già al momento della notifica del ricorso per a.t.p. avvenuta nel mese di giugno 2018. Hanno poi eccepito l'infondatezza della domanda per non avere l'attrice, sulla quale ricadeva il relativo onere, data la ritenuta natura extracontrattuale della responsabilità dei sanitari, dimostrato le ragioni di illiceità della condotta dei medici.

Con riguardo alla posizione del dott. ... che all'epoca dei fatti ricopriva l'incarico di direttore dell'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia dell'A.O. di ... e che non ha preso parte ad alcuno degli interventi chirurgici in contestazione, i difensori hanno eccepito la genericità della domanda non avendo la ricorrente chiarito le ragioni in forza delle quali sarebbe configurabile una responsabilità a suo carico.

I convenuti hanno comunque affermato la correttezza dell'operato dei sanitari intervenuti anche alla luce delle conclusioni cui sono pervenuti i cc.tt.uu. nominati nell'ambito del giudizio di a.t.p., specificando peraltro di non aver preso parte alla visita della paziente del 30/5/2012 eseguita esclusivamente dalla dott.ssa ... Hanno poi contestato tutti i danni risarcibili. Hanno in ogni caso proposto domanda trasversale nei confronti dell'A.O.

... per essere tenuti indenni in caso di loro condanna ai sensi di quanto previsto dal CCNL e dagli articoli 1228 e 2049 c.c. Hanno infine richiesto ed ottenuto di essere autorizzati a chiamare in causa le rispettive compagnie assicuratrici ( ... )

... d) per essere manlevati in caso di condanna.

Con comparsa di risposta depositata in data 25/3/2022 si è costituita ... - Rappresentanza generale per l'Italia, terza chiamata dalla dott.ssa ... e dal dott. ... associandosi alle eccezioni di prescrizione e di infondatezza delle richieste, per come sollevate dai propri assicurati. Ha specificato che le polizze richiamate sono polizze collettive stipulate dall'AOGOI finalizzate alla copertura del solo rischio di condanna derivante da responsabilità per colpa grave dei medici ginecologi aderenti. La polizza presuppone, ai fini della operatività, che l'assicurato venga condannato per colpa grave con sentenza dell'autorità giudiziaria. Poiché nella specie questo presupposto manca, ha eccepito l'improponibilità nei suoi confronti della domanda di manleva.



Sentenza n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024

RG n.

Repert. n. 923/2024 del 29/04/2024

Sentenza non definitiva n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024



Con separate comparse di risposta depositate in data 28/3/2022 e 30/3/2022 si è costituita [redacted], nella rispettiva qualità di terza chiamata dal dott. [redacted] e di terza chiamata dalla dott.ssa [redacted], per eccepire l'infondatezza delle richieste risarcitorie azionate dalla ricorrente nei confronti dei propri assicurati. Nell'ipotesi di accoglimento della domanda, ha invece eccepito l'inoperatività della polizza che non copre il rischio derivante dalla proposizione di un'azione risarcitoria, ma solo quello di condanna dell'assicurato per colpa grave con sentenza passata in giudicato per le ipotesi di azione di rivalsa esperita dall'impresa di assicurazione ovvero direttamente dall'Azienda di appartenenza o dalla pubblica amministrazione in genere nei casi previsti dalla legge e limitatamente ai sinistri da questa pagati. Anche in caso di rigetto della prefata eccezione, la polizza sarebbe inoperante perché prevista a secondo rischio, per il solo caso di incapacità del massimale previsto dalle altre assicurazioni eventualmente a disposizione dell'assicurato. E poiché il dott. [redacted] la dott.ssa [redacted] in qualità di dipendenti dell'A.O. di [redacted] beneficiano della copertura assicurativa prestata da [redacted] con massimale sicuramente idoneo a contenere i danni richiesti dalla ricorrente, la domanda di manleva da loro operata nei confronti di [redacted] va rigettata. La compagnia ha comunque contestato la domanda attorea sotto il profilo del *quantum debeatur* e nella denegata ipotesi di suo accoglimento ha chiesto di contenere la condanna nei limiti della responsabilità strettamente riconducibile ai propri assicurati. Con ordinanza dell'8/4/2022 il tribunale, ritenuto che il numero delle parti coinvolte in giudizio e le difese da esse svolte impedissero lo svolgimento di un'istruttoria sommaria, ha disposto il mutamento del rito da sommario di cognizione ad ordinario, fissando l'udienza del 3/6/2022 per gli adempimenti di cui all'art. 183 c.p.c. All'udienza del 3/6/2022 sono stati concessi i termini di cui all'art. 183, sesto comma, c.p.c. Con la prima memoria ex art. 183, sesto comma, c.p.c. depositata in data 4/7/2022 la convenuta dott.ssa [redacted] prendendo atto delle difese spiegate da [redacted] da lei chiamata in causa, ha rinunciato alla domanda di garanzia proposta nei suoi confronti, mantenendo ferma quella proposta verso [redacted] e insistendo per la compensazione delle spese di lite nei rapporti con [redacted]. Successivamente allo scambio delle memorie di cui all'art. 183, sesto comma, c.p.c. il tribunale, ritenuta la necessità di decidere con sentenza sulle eccezioni preliminari e pregiudiziali sollevate dalle parti convenute e dal quelle terze chiamate prima di proseguire con l'istruttoria, ha rinviato la causa per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 6/10/2023, poi sostituita ex art. 127-ter c.p.c. dallo scambio di note scritte e con ordinanza del 9/10/2023, regolarmente comunicata ai difensori delle parti, è stata trattenuta in decisione,





previa concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per lo scambio e il deposito delle comparse conclusionali e memorie di replica.

2. Va preliminarmente dichiarata l'inammissibilità della domanda diretta svolta dall'attrice nei confronti della compagnia assicuratrice dell'A.O. convenuta. È vero, infatti, che la legge n. 24/2017 stabilisce che il tentativo di conciliazione della lite (tramite il procedimento per accertamento tecnico preventivo oppure quello di mediazione) è obbligatorio per tutte le parti coinvolte, comprese le compagnie assicurative dei presunti danneggiati, le quali - secondo il disposto della citata legge - sono "obbligate" a parteciparvi. È altrettanto vero, però, che questa legge, allorché disciplina l'azione diretta del danneggiato nei confronti delle compagnie assicurative, stabilisce espressamente che rimane salvo quanto previsto dall'articolo relativo all'accertamento tecnico preventivo e quindi che la partecipazione delle compagnie assicurative a detto procedimento conciliativo non può essere subordinata alle condizioni previste per l'esercizio dell'azione diretta nel merito. Ciò in quanto l'art. 12 della legge n. 24/2017, ovvero la norma che introduce l'azione diretta nei confronti delle assicurazioni, prevede al comma 4 le condizioni per la sua operatività (cioè l'emissione di appositi decreti ministeriali, non emanati al momento della notifica del ricorso introduttivo ad \_\_\_\_\_, prevedenti i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e i sanitari). La recente entrata in vigore del D.M. n. 232/2023 (pubblicato nella G.U. 1 marzo 2024, n. 51) non vale a superare l'eccezione di inammissibilità della domanda sollevata dalla compagnia assicuratrice, non solo perché al momento della sua introduzione l'azione diretta non poteva proporsi, ma anche perché l'art. 18 del D.M. n. 232/2023 recante le "norme transitorie e di rinvio", stabilisce al comma 2 che *"Entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 8, gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia"*, con la conseguenza che l'azione diretta non può ritenersi operante fino all'adeguamento dei contratti di assicurazione entro il termine di 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto. D'altra parte, in assenza di una disposizione che al momento dell'introduzione della domanda prevedesse l'azione diretta della presunta danneggiata nei confronti della compagnia assicuratrice dell'A.O., la domanda svolta nei confronti di quest'ultima non può che essere rigettata: ciò in quanto il rapporto giuridico che lega le compagnie di assicurazione e i loro assicurati è autonomo rispetto a quello che lega il paziente alla struttura sanitaria e/o al sanitario. Pertanto, il danneggiato non può ingerirsi in tale rapporto tra il presunto danneggiante e la sua assicurazione, anche in base al principio di relatività degli effetti del contratto (che produce effetti solo tra le parti). In altri





termini, il danneggiato non può invocare a proprio favore, al fine di esercitare un'autonoma azione giudiziaria, le clausole di un contratto che regola i rapporti tra altre parti (cfr. tribunale Pavia, sez. III, ord. 19 febbraio 2022).  
Ne discende che la domanda risarcitoria diretta proposta dall'attrice nei confronti di \_\_\_\_\_ deve essere dichiarata inammissibile.

3. Va poi esaminata l'eccezione di improcedibilità della domanda sollevata dalla dott.ssa \_\_\_\_\_

L'art. 8 della legge n. 24/2017 stabilisce che "1. Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente. 2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. E' fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28".

Il ricorso introduttivo del presente giudizio è stato indubbiamente preceduto dall'esperimento del giudizio di accertamento tecnico preventivo iscritto al n. 2265/2018 R.G. Al procedimento così instaurato non ha però preso parte la dott.ssa \_\_\_\_\_ per come si evince dalle osservazioni alla bozza di c.t.u. depositata da parte attrice, in cui si legge che il ricorso è stato proposto nei confronti dell'A.O. \_\_\_\_\_ della sua compagnia assicuratrice.

\_\_\_\_\_ e dei dottori \_\_\_\_\_ quest'ultima dipendente dell'A.O. di \_\_\_\_\_ l pari della dott.ssa \_\_\_\_\_. L'eccezione di improcedibilità da quest'ultima sollevata non è stata, peraltro, contestata da parte attrice che non ha fornito la prova dell'esperimento del ricorso per accertamento tecnico preventivo anche nei confronti della dott.ssa \_\_\_\_\_

Per completezza si osserva che nei confronti della convenuta non risulta proposta nemmeno l'istanza di mediazione, avanzata dall'attrice nei soli riguardi dell'A.O. di \_\_\_\_\_ e dell'A.S.P. di \_\_\_\_\_ per come si evince dal verbale negativo datato 6/2/2018, prot. n. 467, allegato al ricorso introduttivo. Per tali ragioni la domanda spiegata nei confronti della dott.ssa \_\_\_\_\_ è allo stato improcedibile e, ai sensi dell'art. 8, comma 2, ultimo periodo, va assegnato a parte attrice il termine di giorni quindici per la presentazione del tentativo obbligatorio di mediazione.

4. La rilevata improcedibilità dell'azione proposta nei confronti della convenuta dott.ssa \_\_\_\_\_ non impedisce al tribunale di esaminare la fondatezza della domanda di garanzia da lei proposta nei confronti di \_\_\_\_\_

Un simile esame è necessario in considerazione del fatto che, pur avendo la convenuta rinunciato con la prima memoria ex art. 183, sesto comma, c.p.c.





(richiamata in comparsa conclusionale) alla domanda di garanzia nei confronti di \_\_\_\_\_ a., mantenendola esclusivamente nei confronti di \_\_\_\_\_, aderendo alle eccezioni preliminari sollevate dalla compagnia assicuratrice, quest'ultima non solo non ha accettato la rinuncia, ma ha addirittura insistito, anche in comparsa conclusionale, per la condanna della chiamante al pagamento delle spese di lite. Ciò posto, alla luce della documentazione in atti, la domanda di garanzia proposta nei confronti di \_\_\_\_\_ va rigettata, tenuto conto che l'oggetto dell'assicurazione riguarda esclusivamente l'eventuale responsabilità derivante agli assicurati per aventi a loro addebitabili, con sentenza passata in giudicato, a titolo di colpa grave e sempre che derivino dall'azione di rivalsa esperita dall'impresa di assicurazione ai sensi delle condizioni di assicurazione della polizza aziendale oppure di quella esperita direttamente dall'azienda di appartenenza e/o dalla pubblica amministrazione in genere nei casi previsti dalla legge, limitatamente ai sinistri da questa pagati. Non ricorrendo nel caso di specie alcuna delle ipotesi riconducibili all'oggetto dell'assicurazione la garanzia assicurativa è inoperante nel caso di specie, anche a prescindere dalla circostanza, pur rilevabile dalla mera lettura dell'art. 6, secondo comma, delle condizioni generali di assicurazione, che trattasi di garanzia assicurativa operante a secondo rischio per la sola ipotesi di eventuale incapienza dei massimali previsti dalle altre assicurazioni di cui l'assicurato possa beneficiare.

5. Passando all'esame delle eccezioni di prescrizione sollevate dai convenuti, occorre indagare sulla natura della responsabilità astrattamente attribuibile all'A.O. e ai sanitari convenuti.

Al riguardo il tribunale ritiene che nel presente giudizio non possa trovare applicazione la disciplina sostanziale dettata dal d.l. n. 158/2012, convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi), né quella dettata dalla successiva legge n. 24/2017 (c.d. legge Gelli-Bianco) perché gli interventi chirurgici e le prestazioni sanitarie a causa dei quali l'attrice, secondo la sua prospettazione, avrebbe riportato i danni lamentati, sono stati eseguiti fra il 19/5/2012 e l'8/7/2012 e, quindi, prima dell'entrata in vigore del d.l. n. 158/2012 avvenuta il 13/9/2012 e, a maggior ragione, della legge n. 24/2017. Secondo il consolidato orientamento giurisprudenziale, da cui non vi sono ragioni per discostarsi, in quanto conforme ai principi generali sull'efficacia nella legge nel tempo stabiliti dall'art. 11 delle preleggi, in tema di responsabilità sanitaria le norme poste dall'art. 3, comma 1, del d.l. n. 158/2012 e dall'art. 7, comma 3, della legge n. 24/2017 non hanno efficacia retroattiva e non sono applicabili ai fatti verificatisi anteriormente alla loro entrata in vigore (cfr. cass. n. 28994/2019; cass. n. 28881/2019).





Ne discende che, secondo il diritto vivente vigente all'epoca dei fatti, anche la responsabilità dei medici convenuti deve essere qualificata come contrattuale, in quanto derivante dal "contatto sociale" tra medico e paziente, che anche nell'ambito ospedaliero, pubblico o privato, non si configura quale rapporto paritario, tra soggetti portatori di analoghi obblighi e diritti, bensì quale situazione di affidamento del paziente alla posizione di protezione del medico, soggetto esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 n. 1 c.p.) a tutela di un bene di elevato rango costituzionale (art. 32 Cost.).

Alla qualificazione della responsabilità dei medici convenuti come contrattuale consegue che il termine di prescrizione applicabile al caso di specie è di natura decennale.

Da qui il rigetto dell'eccezione dal momento che, al momento della introduzione del presente giudizio e comunque al momento della proposizione del ricorso per accertamento tecnico preventivo, il termine decennale di prescrizione non era ancora spirato.

6. Può ora passarsi ad esaminare l'eccezione di difetto di legittimazione passiva avanzata dal convenuto dott.

L'eccezione è fondata.

E invero, l'attribuzione ai sanitari di una responsabilità di tipo contrattuale per le ragioni spiegate nel precedente punto non esclude l'onere dell'attrice di allegare, oltre all'inadempimento, anche la sussistenza del nesso di causalità fra i lamentati danni e la condotta tenuta dai sanitari. Per costante insegnamento della corte di cassazione in tema di distribuzione fra le parti dell'onere della prova in tema di responsabilità sanitaria, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione (cfr. cass. n. 28991/2019).

Nel caso di specie, l'attrice non ha in alcun modo chiarito per quale ragione il dott. [redacted] dovrebbe rispondere per i danni da lei asseritamente subiti.

È certo e documentato che il dott. [redacted] non ha partecipato all'esecuzione di alcuno degli interventi chirurgici subiti dalla [redacted], né l'ha mai visitata.

Il fatto che all'epoca dei fatti il medico fosse direttore dell'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia non è sufficiente ad imputargli la responsabilità per l'esecuzione asseritamente erronea degli interventi del 21/5/2012 e del 20/6/2012 e/o della omessa tempestiva diagnosi della fistola vescico-vaginale,





in assenza di allegazione, ancor prima che di prova, della violazione da parte sua dei doveri connessi al proprio ufficio di primario ospedaliero.

7. Va rigettata anche la domanda proposta nei confronti del dott. . . . che ha partecipato all'esecuzione degli interventi del 21/5/2012 e del 20/6/2012, rispettivamente nella qualità di primo operatore e di secondo operatore.

E invero, contrariamente a quanto dedotto dalla . . . nel ricorso introduttivo del presente giudizio, i due consulenti nominanti nell'ambito del giudizio di a.t.p. hanno escluso la ricorrenza di errori da parte dei medici che hanno eseguito i due interventi chirurgici.

In particolare, con riguardo all'intervento di laparoisterectomia e di annessiectomia totale eseguito il 21/5/2012 i due consulenti lo hanno ritenuto idoneo al trattamento della menometrorragia recidivante da cui la Romano era affetta. Quanto alla lamentata erronea asportazione di entrambe le ovaie, il c.t.u. dott. Gabriele Tunnera ha specificato che *"per quanto riguarda l'asportazione delle ovaie, condizione prevista e sottoscritta dalla paziente nel consenso informato, si fa presente che la prassi medica è di valutare se, aperto l'addome, le ovaie presentino delle irregolarità che possano esporre la paziente ad un nuovo intervento chirurgico, per cui, informata la stessa di questa eventualità, l'operatore decide se rimuovere o lasciare in sede le ovaie, condizione, questa, rivelatasi indispensabile nel caso del trattamento chirurgico"*. Ha ulteriormente affermato che la procedura tecnica dell'intervento di laparoisterectomia con annessiectomia bilaterale è risultata *"in linea con una corretta pratica medica"*. Ha ulteriormente escluso che durante il primo intervento si sia verificata una perforazione della parete vescicale, specificando, a sostegno di tale affermazione che *"la perforazione è un danno diretto per cui la fistola vescico-vaginale si forma nell'immediato, cioè la perdita di urine si manifesta nel primo giorno, essendo la produzione di urina continua, mentre nel caso in esame in cui l'intervento è stato eseguito il 21/5/2012, la fuoriuscita di urine dalla vagina si è manifestata il 2/6/2012 cioè 12/13 giorni dopo l'intervento. La causa più probabile è che durante la corretta procedura di scollamento della plica vescico-vaginale si sono verificate quelle condizioni, previste nel consenso informato, determinate dalla denervazione dell'area interessata dallo scollamento e dalla chiusura dei vasi che irrorano la parete vescicale, queste evenienze anche se rare possono manifestarsi causando a distanza di tempo dall'intervento le condizioni per il formarsi della fistola vescico-vaginale"*. Il consulente ha aggiunto che la devascularizzazione e la denervazione determinata dallo scollamento della plica vescico-vaginale è eventualità che può verificarsi solamente nell'1% dei casi sottoposti laparoisterectomia.

Nessuno dei due consulenti ha, peraltro, rilevato criticità nell'esecuzione del secondo intervento di rimozione della fistola vescico-vaginale, pure eseguito dal dott. . . . , limitandosi a rilevare che tale secondo intervento avrebbe potuto evitarsi se in occasione dell'accesso della paziente al





Pronto Soccorso dell'A.O. in data 30/5/2012 lo specialista ginecologo di turno e, in particolare, la dott.ssa avesse eseguito un esame ecografico ginecologico per stabilire le cause del malessere della paziente, ovvero un'alterazione della parete vescicale, *"lesione che era in essere e che si è manifestata due giorni dopo in fistola vescico-vaginale"*. Il dott. Tunnera ha proseguito specificando che se lo specialista ginecologo non si fosse limitato a prescrivere una terapia antibiotica, ma avesse eseguito un esame ecografico, avrebbe sicuramente evidenziato *"l'assottigliamento o erniazione della parete vescicale, pre-causa della formazione fistolosa e quindi una alterazione della parete"*, in tal caso *"l'applicazione di un catetere a permanenza avrebbe potuto evitare il formarsi del tragitto fistoloso vescico-vaginale e quindi il secondo intervento di fistulectomia vescico-vaginale secondo O'Connor"*.

Le conclusioni cui sono pervenuti i cc.tt.uu., benché non opponibili alla dott.ssa nella parte in cui ne individuano un profilo di responsabilità per omessa diagnosi dell'assottigliamento o erniazione della parete vescicale, consentono sicuramente di escludere la responsabilità del dott. rispetto al cui operato nell'ambito dei due interventi chirurgici del 21/5/2012 e del 20/6/2012 i cc.tt.uu. non hanno rilevato alcuna criticità.

8. Il rigetto delle domande proposte nei confronti del dott. e del dott. esime il tribunale dall'esame della domanda da loro proposta in via trasversale nei confronti dell'A.O. di Cosenza e delle eccezioni sollevate dalle rispettive compagnie assicuratrici da loro chiamate in causa per essere tenuti indenni per l'ipotesi di condanna.

9. L'accertamento del nesso di causalità fra la condotta imputata alla dott.ssa la e, per essa, all'A.O. di Cosenza e i danni lamentati richiede, invece, ulteriori approfondimenti istruttori tenuto conto che alla dott.ssa non è opponibile la relazione di c.t.u. depositata nell'ambito del giudizio di a.t.p. al quale è rimasta estranea e comunque alla luce delle osservazioni formulate dal suo c.t.p. nel presente giudizio. Tanto impone la rimessione della causa sul ruolo, anche al fine di consentire all'attrice di esperire nei suoi confronti il tentativo obbligatorio di mediazione.

10. Quanto al regolamento delle spese della causa promossa dall'attrice nei confronti dei convenuti dott. e dott. definitivamente decisa con la presente sentenza, le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo sulla base dei valori medi di cui alla tabella n. 2 allegata al D.M. n. 55/2014, per lo scaglione corrispondente al valore della presente causa, da ritenersi ricompreso nello scaglione da € 52.000,00 ad € 260.000,00 dovendosi





fare riferimento, stante il rigetto della domanda attorea, al .d. *disputatum* e cioè al valore della domanda per come dichiarato nell'atto introduttivo (cfr. cass., sez. un., n. 19014/2007). I valori medi sono diminuiti fino al 50% per le fasi di studio, introduttiva, istruttoria e decisionale, in ragione del grado di difficoltà della controversia.

Nei rapporti fra il dott. .... la dott.ssa ..... e ..... s.p.a. da loro chiamata in causa, sussistono giusti motivi per compensare le spese di lite relative alla domanda di garanzia, tenuto conto, relativamente alla posizione del dott. ...., che le difese sono state in buona sostanza relative alla domanda principale, che è stata rigettata nei suoi confronti, e valorizzando con riguardo alla posizione della dott.ssa ..... la condotta processuale da questa tenuta e concretizzatasi nell'immediata rinuncia alla domanda di garanzia inizialmente formulata sulla base di un'interpretazione non peregrina delle condizioni di polizza.

Le spese di lite vanno compensate anche nei rapporti fra il dott. .... e la compagnia assicuratrice ..... stante il rigetto della domanda principale proposta dall'attrice nei confronti del medico assicurato.

**P.Q.M.**

Il tribunale di Cosenza, previa separazione delle cause ai sensi degli artt. 279, comma II, n. 5) e 103 c.p.c., definitivamente pronunciando sulle sole domande proposte dall'attrice nei confronti dei convenuti ..... dott. .... illo e dott. .... e sulle domande di garanzia proposte da questi ultimi nei confronti delle rispettive compagnie assicuratrici e dalla dott.ssa ..... nei confronti di

p.a., ogni contraria istanza, eccezione e difesa respinte:

- dichiara inammissibile la domanda proposta dall'attrice nei confronti di
- rigetta la domanda proposta dall'attrice nei confronti del dott. .... e del dott. ....
- rigetta la domanda di manleva proposta dalla dott.ssa ..... nei confronti di
- condanna ..... o al pagamento in favore di ..... delle spese relative al presente giudizio che liquida nella somma complessiva di € 7.052,00, oltre a rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge;
- condanna ..... o al pagamento in favore dei dottori ..... e ..... delle spese relative al presente giudizio che liquida nella somma complessiva di € 7.052,00, oltre a rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge;
- compensa le spese di lite fra il dott. .... e



Sentenza n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024

RG n.

Repert. n. 923/2024 del 29/04/2024

Sentenza non definitiva n. 965/2024 pubbl. il 29/04/2024



- compensa le spese di lite fra il dott. e
- compensa le spese di lite fra la dott.ssa e
- dispone come da distinta ordinanza quanto alla prosecuzione del giudizio fra gli attori e l'A.O., la dott.ssa e la compagnia assicuratrice da questa chiamata in causa.

Cosenza, 26 aprile 2024

Il giudice

*dott.ssa Emanuela Grossi*

