Sentenza n. 443/2018 pubbl. il 14/06/2018
RG n. 1460/2012
Repert. n. 563/2018 del 14/06/2018
Registrato il: 07/12/2018 n.1610/2018 importo 278,75

N. R.G. 1460/2012

TRIBUNALE ORDINARIO DI PAOLA

SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, in persona del giudice dott. Franco Caroleo, ha pronunciato, ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c., la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 1460 del Ruolo Generale per l'anno 2012, assunta in decisione all'udienza del 14.6.2018 e vertente

TRA

I[redacted], elettivamente domiciliate in [redacted], che li rappresenta e difende giusta mandato posto in calce alla comparsa di costituzione di nuovo difensore.

ATTORI

E

[redacted]**, in persona del legale rappresentante p.t.**, rappresenta e difesa dall'avv. Antonio Cavallo giusta mandato posto a margine della comparsa di costituzione e risposta.

CONVENUTA

[redacted] che lo rappresenta e difende giusta mandato posto a margine della comparsa di costituzione e risposta.

CONVENUTO

[redacted] giusta mandato posto in calce all'atto di citazione notificato.

CONVENUTO

NONCHÉ

Generali Italia s.p.a. (già Ina Assitalia s.p.a.), in persona del legale rappresentante p.t., elettivamente domiciliata in [redacted] che la rappresenta e difende giusta mandato in atti.

TERZA CHIAMATA DA [redacted]

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c0f6

Generali Italia s.p.a. (già Ina Assitalia s.p.a.), in persona del legale rappresentante p.t., elettivamente domiciliata in [redacted], che la rappresenta e difende giusta mandato allegato all'atto di citazione notificato.

TERZA CHIAMATA DA [redacted]

Allianz Assicurazioni s.p.a., in persona del legale rappresentante p.t., [redacted], rappresentata e difesa dall'[redacted] giusta mandato posto in calce all'atto di chiamata di terzo notificato.

TERZA CHIAMATA

CONCLUSIONI:

come in atti.

RAGIONI IN FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Omesso lo svolgimento del processo ai sensi dell'art. 132, co. 2, n. 4, c.p.c., è pur tuttavia opportuno precisare preliminarmente l'oggetto del contendere, consistente in una richiesta di condanna formulata dagli attori in epigrafe nei confronti [redacted] per il risarcimento di danni non patrimoniali, sia *iure proprio* sia *iure hereditatis*, patiti in conseguenza della condotta negligente ed imperita ascrivibile ai sanitari e [redacted], madre degli attori, era stato ricoverata il [redacted] ed era poi deceduta in data [redacted] a causa di gravi errori dei medici.

L'[redacted] si è costituita in giudizio contestando le pretese attoree perché infondate in fatto ed in diritto, eccependo in via preliminare l'intervenuta prescrizione del diritto attoreo.

[redacted] si è costituito in giudizio ed ha chiesto, in via preliminare, la sospensione del giudizio ex art. 75 c.p.p. per essersi gli attori costituiti parti civili nel processo penale promosso a carico del convenuto; ha inoltre dedotto il proprio difetto di legittimazione passiva e comunque ha sostenuto l'infondatezza delle pretese attoree, con condanna degli attori ex art. 96 c.p.c.

[redacted] si è costituito in giudizio ed ha sostenuto che nessuna condotta colposa poteva essergli addebitata; ha chiesto, in subordine, di essere mantenuto indenne dalla compagnia assicurativa [redacted], di cui ha chiesto l'autorizzazione alla chiamata in causa ex art. 269 c.p.c.

[redacted] si è costituito in giudizio ed ha dedotto l'assenza di responsabilità a lui imputabile, eccependo la prescrizione del diritto azionato dagli attori; ha chiesto, in subordine, di essere mantenuto indenne dalle compagnie assicurative Ina Assitalia s.p.a. e Allianz Assicurazioni s.p.a. di cui ha chiesto l'autorizzazione alla chiamata in causa ex art. 269 c.p.c.

Tutte le predette chiamate in causa sono state autorizzate la predetta chiamata in causa.

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c08

Si è quindi costituita Generali Italia s.p.a. (già Ina Assitalia s.p.a.), con riferimento alla chiamata svolta da [redacted], ed ha eccepito l'intervenuta decadenza e l'intervenuta prescrizione del diritto assicurativo del convenuto chiamante; ha inoltre contrastato le pretese attoree perché infondate.

Si è inoltre costituita Generali Italia s.p.a. (già Ina Assitalia s.p.a.), con riferimento alla chiamata svolta da [redacted], ed ha eccepito la prescrizione del diritto degli attori nonché, in caso di accertamento della responsabilità di [redacted], il limite di massimale di polizza.

Si è, infine, costituita anche Allianz Assicurazioni s.p.a. che ha dedotto l'infondatezza della domanda risarcitoria avanzata dagli attori per mancanza di nesso causale; in subordine, ha chiesto, in caso di accertamento della responsabilità di [redacted], di dichiarare la compagnia assicurativa tenuta alla manleva nei limiti fissati dalla polizza.

Con ordinanza depositata il 17.1.2014, accertato che gli attori si erano costituiti parti civili nel processo *penale* contro [redacted] ed avevano successivamente revocato detta costituzione prima dell'emissione della pronuncia di primo grado ma *dopo* la proposizione della domanda giudiziale proposta in questa sede civile, il Tribunale ha sospeso il presente processo civile nei confronti di [redacted] sino alla definizione con sentenza irrevocabile del giudizio penale promosso nei confronti di tale convenuto.

Espletata l'istruttoria, la causa è stata trattenuta in decisione.

***

1. A fronte della sospensione del processo nei confronti di [redacted] (allo stato ancora non riassunto), la presente decisione non può che riguardare esclusivamente le domande avanzate dagli attori nei confronti [redacted].

2. Preliminarmente, deve essere disattesa l'eccezione sollevata dall'[redacted] e dalla Generali Italia s.p.a. con riguardo alla prescrizione del diritto azionato.

Come verrà meglio spiegato nel prosieguo, il Tribunale attribuisce alla responsabilità medica, come quella dedotta nella presente fattispecie, natura *contrattuale*. Pertanto, avuto riguardo al termine prescrizionale decennale, le due lettere di messa in mora del 18.9.2009 e del 24.10.2012 notificate a mezzo raccomandata dagli attori alle parti convenute (all. nn. 13 e 15 al fascicolo attoreo) configurano atti idonei all'interruzione dell'invocata prescrizione. Del resto, la ricezione di tali atti interruttivi non è stata contestata dai convenuti e l'eccezione di genericità proposta dalla [redacted] è inconferente, dacché le due lettere presentano un contenuto sufficiente in ordine alla verificazione del sinistro e all'individuazione degli asseriti responsabili.

Ciò basta a rigettare l'eccezione di prescrizione.

3. Tanto premesso, il Tribunale reputa che la domanda proposta dalle parti attrici sia infondata e vada quindi rigettata.

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c0f6

3.1. Deve in primo luogo rilevarsi che la Suprema Corte ha costantemente configurato la responsabilità della struttura sanitaria come di natura contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (cfr. Cass. 21 dicembre 1978, n. 6141; Cass. 8 marzo 1979, n. 1716; Cass. 1 marzo 1988, n. 2144; Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; Cass. 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589.; Cass. 1 settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv; Cass. 4 marzo 2004, n. 4400; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133; Cass. 2 febbraio 2005, n. 2042; Cass. 18 aprile 2005, n. 7997; Cass. 11 novembre 2005, n. 22894; Cass. 24.5.2006, n. 12362).

Si tratta, in particolare: a) di un contratto atipico, con effetti protettivi nei confronti del terzo, che fa sorgere a carico della casa di cura privata o dell'ente ospedaliero pubblico, accanto ad obblighi *lato sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, di quello paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni (cfr. sostanzialmente in tal senso Cass. SS.UU. 1.7.2002, n. 9556); b) di un contratto a prestazioni corrispettive in quanto fa sorgere anche l'obbligazione di versare il corrispettivo per la prestazione resa dalla struttura sanitaria (pubblica o privata), restando irrilevante che questa obbligazione sia estinta dal paziente, dal suo assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente.

La responsabilità contrattuale di tale struttura nei confronti del paziente può dunque derivare, a norma dell'art. 1218 c.c., sia dall'inadempimento di quelle obbligazioni che sono direttamente a carico dell'ente debitore, sia, a norma dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.

È poi irrilevante stabilire, nella fattispecie che ci occupa, se detta responsabilità sia conseguenza dell'applicazione dell'art. 1228 c.c., per cui il debitore della prestazione che si sia avvalso dell'opera di ausiliari risponde anche dei fatti dolosi o colposi di questi, ovvero del principio di immedesimazione organica, per cui l'operato del personale dipendente di qualsiasi ente pubblico o privato ed inserito nell'organizzazione del servizio determina la responsabilità diretta dell'ente medesimo, essendo attribuibile all'ente stesso l'attività del suo personale (cfr. Cass. nn. 9269/1997 e 10719/2000).

Infatti, ciò che rileva, in questa sede, è che la struttura è contrattualmente responsabile se il suo medico è almeno in colpa, applicandosi il corrispondente regime dell'onere probatorio.

L'affermata natura contrattuale della responsabilità della casa di cura, del resto, non ha mancato di trovare il conforto delle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte di Cassazione, le quali con la ormai nota sentenza dell'11 gennaio 2008, n. 577 hanno prestato sostanziale adesione a tale opzione ermeneutica, affermando che, "*per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella*

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c0f6

giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria (cfr. Cass. 25.2.2005, n. 4058)".

In definitiva, possono ritenersi approdi unanimemente condivisi dalla Corte di nomofilachia sia l'inquadramento della responsabilità della struttura sanitaria nell'ambito della responsabilità contrattuale, - sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (Cass. n. 1698/2006; Cass. n. 9085/2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316); sia la qualificazione giuridica in termini pressoché analoghi dell'obbligazione assunta, nei confronti del paziente, dal medico che abbia eseguito l'intervento a prescindere dalla circostanza che quest'ultimo sia dipendente dalla struttura sanitaria in cui venga eseguito l'intervento ovvero sia il medico di fiducia del paziente in quest'ultima ricoverato.

A questi fini è, infatti, sufficiente che la struttura sanitaria comunque si avvalga dell'opera del medico, non valendo ad escludere la sua responsabilità la circostanza che ad eseguire l'intervento sia un medico di fiducia del paziente, sempre che la scelta cada (anche tacitamente) su un professionista inserito nella struttura sanitaria ovvero che si avvalga di tale struttura, giacché la scelta del paziente risulta in tale ipotesi operata pur sempre nell'ambito di quella più generale ed a monte effettuata dalla struttura sanitaria, come del pari irrilevante è che la scelta venga fatta dalla struttura sanitaria con (anche tacito) consenso del paziente (cfr. Cass. 13 aprile 2007, n. 8826; Cass. 14 giugno 2007 n. 13953; Cass. 14 luglio 2004 n. 13066; Cass. 22 dicembre 1999, n. 589; Cass. 29.9.2004, n. 19564; Cass. 21.6.2004, n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006).

A tale stregua, la responsabilità che dall'esplicazione dell'attività di tale terzo deriva riposa invero sul principio *cuius commoda eius et incommoda.*

Né in argomento vale distinguere tra comportamento colposo e comportamento doloso del soggetto agente, al fine di considerare interrotto il rapporto in base al quale l'ente è chiamato a rispondere, giacché è al riguardo sufficiente la mera occasionalità necessaria (cfr. Cass. n. 6756/2001; Cass., n. 1682/2000).

L'ente risponde infatti di tutte le ingerenze dannose che al medico sono rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al terzo danneggiato, e cioè dei danni che il sanitario può arrecare in ragione di quel particolare contatto cui si espone nei suoi confronti il paziente nell'attuazione del rapporto con la struttura sanitaria. Responsabilità, che trova fondamento non già nella colpa (nella scelta degli ausiliari o nella vigilanza) bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione derivante, per la casa di cura, dal contratto di spedalità stipulato con il paziente (cfr. Cass. n. 6756/2001; Cass. n. 3776/1971; vedi anche Cass. n. 5329/2003).

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c0f6

La soluzione non muta anche quando il medico non sia legato alla struttura sanitaria da un rapporto di lavoro subordinato. Al riguardo si deve evidenziare, però, che la giurisprudenza, anche in questi casi, tende a gravare la casa di cura di obblighi il cui inadempimento espone l'ente a responsabilità. Precisamente, si afferma che, ove un istituto ospedaliero autorizzi un medico ad operare al suo interno, mettendogli a disposizione le sue attrezzature e la sua organizzazione, e con esso cooperi, concludendo con il paziente il contratto per la degenza e le prestazioni accessorie, esso viene ad assumere contrattualmente, rispetto al paziente, la posizione e le responsabilità tipiche dell'impresa erogatrice del complesso delle prestazioni sanitarie, ivi inclusa l'attività del chirurgo. In sostanza, poiché il medico non avrebbe potuto operare, se non nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera, la casa di cura, accettandone l'attività, deve assumersi le conseguenti responsabilità, poiché la medesima è sempre tenuta a controllare preventivamente la serietà, la competenza e l'affidabilità del medico, senza che le sia consentito trasferire sul paziente gli effetti dannosi dell'eventuale imperizia dell'operatore, adducendo a motivo, ad esempio, di averlo solo estemporaneamente ospitato (cfr. Cass. S.U. 1 luglio 2001, n. 9556).

In conclusione l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, in base alla quale la stessa è tenuta ad una prestazione complessa, che non si esaurisce nella effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) già prescritte dall'art. 2 l. n. 132/1968, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle *lato sensu* alberghiere (*ex multis* Cass. n. 8826/2007).

Il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura, dunque, ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura accanto a quelli di tipo *lato sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze.

Al riguardo si osserva che l'art. 3, comma 1, d.l. n. 158/2012, convertito in l. n. 189/2012, cosiddetto "decreto Balduzzi", non impone alcun ripensamento dell'attuale inquadramento contrattuale della responsabilità sanitaria, ma si limita (nel primo periodo) a determinare un'esimente in ambito penale (i cui contorni risultano ancora tutti da definire), facendo salvo (nel secondo periodo) l'obbligo risarcitorio e sottolineando (nel terzo periodo) la rilevanza delle linee-guida e delle buone pratiche nel concreto accertamento della responsabilità (con portata sostanzialmente ricognitiva degli attuali orientamenti giurisprudenziali). Va ritenuto, pertanto, che anche nel caso in esame (concernente

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10d08

un'ipotesi di responsabilità di una struttura sanitaria per il pregiudizio che si assume conseguito a condotta colposa dei sanitari della struttura sanitaria) debbano applicarsi i criteri propri della responsabilità contrattuale (cfr. Cass. 19 febbraio 2013, n. 4030).

Ciò posto, va ribadito che trattasi di responsabilità professionale da contatto sociale, per la quale la giurisprudenza è ormai pacifica nel ritenere che ai fini del riparto dell'onere probatorio il paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto o contatto sociale e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.

Occorre da ultimo evidenziare che anche la recente legge 8.03.2017, n. 24, di riforma della responsabilità medica recante *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* ribadisce che la struttura sanitaria risponde ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. (mentre afferma che i sanitari rispondono del loro operato in base all'art. 2043 c.c. a meno che non abbiano agito nell'adempimento di una obbligazione direttamente assunta con il paziente). Sebbene questa nuova legge, poiché di natura sostanziale e non assimilabile ad una norma di interpretazione autentica, operi solo per le condotte mediche poste in essere a far tempo dalla sua entrata in vigore (1.04.2017) e non si applichi quindi alla fattispecie in esame, con essa trova definitivamente conferma il principio della responsabilità *contrattuale diretta* della struttura sanitaria.

3.2. In applicazione di tutti i suesposti principi va, dunque, esaminata la domanda attorea tenendo conto che era onere attoreo dimostrare l'esistenza del contratto con la struttura sanitaria ed allegare l'inadempimento (o comunque l'inesatto adempimento) delle prestazioni medico professionali rese in suo favore dai convenuti, restando, invece, a carico di questi ultimi la prova che le medesime prestazioni erano state eseguite in modo diligente e che i problemi lamentati erano stati determinati da un evento imprevisto, imprevedibile ovvero inevitabile.

4. Nel caso di specie, risulta in atti e non è contestato che [redacted] venne ricoverata il [redacted] presso il [redacted], divisione di chirurgia, dove, emessa diagnosi di trauma cranico – toracico – addominale nonché di fratture multiple alle coste, era stata sottoposta ad intervento chirurgico e poi trasferita presso la divisione di ortopedia e traumatologia della medesima struttura. Sicché può ritenersi dimostrata sia la conclusione del contratto atipico di spedalità sia il contatto sociale con i sanitari.

4.1. Va, peraltro, ribadito che per la sussistenza della responsabilità professionale medica è necessario preliminarmente, secondo i principi generali di cui all'art. 2697 c.c., che il paziente dimostri il nesso di causalità tra l'evento lesivo della sua salute e la condotta del medico, dovendosi dimostrare che il peggioramento delle condizioni di salute è connesso causalmente al comportamento del medico. Solo

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c08

successivamente all'accertamento del nesso eziologico tra l'evento dannoso e la prestazione sanitaria, andrà valutato il profilo soggettivo della sussistenza di una condotta colposa o dolosa in capo al convenuto.

Quanto al nesso causale va evidenziato che in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione *ex ante* - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso (cfr. Cass. n. 16123/2010).

Come la Corte di Cassazione ha avuto anche recentemente modo di precisare, in tema di responsabilità del medico per i danni causati al paziente, l'inadempimento del professionista alla propria obbligazione non può essere, tuttavia, desunto, *ipso facto*, dal mancato raggiungimento del risultato utile avuto di mira dal cliente, ma deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale (cfr. Cass. 9.11.2006, n. 23918). L'inadempimento consegue infatti alla prestazione negligente, ovvero non improntata alla dovuta diligenza da parte del professionista (e/o della struttura sanitaria) ai sensi dell'art. 1176, comma 2, c.c. adeguata alla natura dell'attività esercitata e alle circostanze concrete del caso. Secondo la regola sopra ribadita in tema di ripartizione dell'onere probatorio, provati dal paziente la sussistenza ed il contenuto del contratto, se alla prestazione dell'attività non consegue il risultato normalmente ottenibile in relazione alle circostanze concrete del caso incombe invero al medico (a fortiori ove trattisi di intervento semplice o routinario) dare la prova del verificarsi di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza che lo stesso ha impedito di ottenere. In presenza di risultato "anomalo" o anormale rispetto al convenuto esito dell'intervento o della cura, che si ha non solo allorquando alla prestazione medica consegue l'aggravamento dello stato morboso o l'insorgenza di nuova patologia ma anche quando l'esito risulta caratterizzato da inalterazione rispetto alla situazione che l'intervento medico - chirurgico ha appunto reso necessario (cfr. Cass. 13.4.2007, n. 8826), e quindi dello scostamento da una legge di regolarità causale fondata sull'esperienza, il medico e la struttura sono cioè tenuti a dare la prova che esso dipende

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c0f6

da fatto ad essi non imputabile, in quanto non ascrivibile alla condotta mantenuta in conformità alla diligenza dovuta, avuto riguardo alle specifiche circostanze del caso concreto. E laddove tale prova non riesca a dare, secondo la regola generale ex artt. 1218 e 2697 c.c., il medesimo rimane soccombente.

4.2. Per quanto attiene al nesso causale, deve rilevarsi che la c.t.u. svolta nel presente giudizio, le cui conclusioni possono essere recepite in questa sede essendo fondate su un compiuto esame anamnestico ed obiettivo e su di uno studio ed una valutazione adeguati e coerenti degli elementi desunti da tale esame e dalla documentazione sanitaria prodotta, porta ad escludere la sussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari del "[redacted]" e la compromissione della salute di [redacted], atteso che nell'operato dei sanitari e dell'azienda ospedaliera convenuti non pare ravvisabile alcun elemento di censura probabilisticamente ricollegabile al decesso della paziente.

4.2.1. Ed invero, dalla lettura della documentazione allegata come anche esaminata dal consulente emerge che la diagnosi effettuata dai sanitari del presidio ospedaliero sia stata corretta, essendo stato concretamente e prontamente identificato lo stato di shock di [redacted], e che il trattamento farmacologico con inotropi e cortisonici poteva ritenersi adeguato ed opportuno nel caso specifico, in considerazione del quadro clinico della paziente.

4.2.2. Allo stesso modo, la decisione di trasferire la stessa presso una struttura cardiochirurgica risulta ragionevole in relazione all'orientamento diagnostico di emopericardio (*"in quanto l'esecuzione di una pericardiocentesi in loco, senza strumenti e competenze adeguate, per i motivi precedentemente esposti, non sarebbe stata, con criterio ex ante, raccomandabile"*: cfr. pag. 22 della relazione di c.t.u.).

4.2.3. In relazione alle attività svolte durante la degenza nel reparto di ortopedia e durante l'evento acuto del 27.4.2000, fasi in cui sono state eseguite diverse prestazioni specialistiche (consulenza chirurgica, consulenza internistica, consulenze cardiologiche) e strumentali (ECG, TC torace, ecocardiogramma), va evidenziato che dalla lettura della relazione peritale emerge l'assenza di elementi di negligenza o imperizia, non essendo peraltro individuabili ritardi decisionali significativi in ordine alla formulazione dell'orientamento diagnostico e della strategia terapeutica adottata dai medici [redacted].

Con specifico riferimento all'ecocardiogramma di data 27.4.2000, poi, si osserva che la difesa attorea, nel constatare che, anche all'esito del procedimento penale, non possa ritenersi raggiunta la prova della falsificazione della relativa richiesta di data 22.4.2000, ha comunque avanzato motivi di censura perché "*è stato effettuato con enorme e colpevole ritardo*" (cfr. pag. 9 della prima memoria istruttoria degli attori). Sul punto, però, il c.t.u. ha evidenziato che, sulla base degli approdi scientifici vigenti all'epoca del ricovero, l'ecocardiogramma si poneva quale strumento diagnostico estremamente sensibile in caso di instabilità emodinamicamente significativa e doveva essere effettuato prontamente in pazienti con ipotensione inspiegabile, ECG anormale, o evidenza di disfunzione contrattile: "*tutti elementi non presenti prima della sera del 27.04.00*" (cfr. pag. 3 della risposta del c.t.u. alle osservazioni critiche del consulente degli attori).

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c0f6

L'ausiliare ha quindi chiarito che "*sarebbe stato utile eseguire un esame ecocardiografico basale in condizione di stabilità, ovvero nei giorni successivi alla richiesta, quantomeno per avere un confronto obbiettivo rispetto a quello eseguito il 27.04.00 in urgenza. Tuttavia, considerata anche la presunta natura emorragica del versamento pericardico, il team medico multidisciplinare ha ragionevolmente preferito indirizzare la paziente verso un centro cardiochirurgico sia nel rispetto delle pur scarse evidenze scientifiche allora presenti sia per la mancanza di strumenti terapeutici ed addestramento specifico*" (cfr. pag. 21 della relazione di c.t.u.).

In tal senso, il consulente ha escluso l'utilità di eseguire l'ecocardiogramma prima del 27.4.2000 (così destituendo di rilevanza causale l'eventuale omissione della richiesta del 22.4.2000) ed ha inoltre confermato la correttezza della scelta dei sanitari in ordine al trasferimento della paziente in un centro cardiochirurgico specializzato.

4.2.4. Per quanto poi riguarda il trasporto al centro di [redacted] (mai avvenuto, stante il decesso di [redacted]), il c.t.u. ha rilevato "*un inspiegabile ritardo dell'effettiva partenza della paziente dal P.O. di Paola*" (cfr. pag. 23 della relazione di c.t.u.), le cui cause non sono risultate accertabili sulla scorta della documentazione versata in atti.

Tuttavia, il consulente, alla luce del quadro clinico della paziente, ha potuto affermare che "*un accesso più precoce (e mai avvenuto) al centro cardiochirurgico avrebbe potuto offrire alla stessa un vantaggio terapeutico, la cui probabilità di successo sarebbe stata comunque molto bassa*" (cfr. pag. 23 della relazione di c.t.u.), tenuto pure conto che un intervento diagnostico-terapeutico di particolare complessità (quantomeno all'epoca dell'evento in questione), in relazione all'eziologia traumatica dello stesso, eseguito in un centro cardiochirurgico addestrato ed esperto, avrebbe aumentato "*(purtroppo non significativamente) la probabilità di sopravvivenza della paziente*" (cfr. pag. 5 della risposta del c.t.u. alle osservazioni critiche del consulente degli attori).

4.2.5. Da qui deriva l'impossibilità di affermare, secondo il su esposto criterio del "più probabile che non", che il decesso di [redacted] trovi origine causale nella condotta negligente dei sanitari.

Infatti, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, il nesso causale fra il comportamento del medico e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (cfr., in tal senso, Cass. 17.1.2008, n. 867; Cass. 23.9.2004, n. 19133). Risulta, dunque, necessario accertare che il comportamento diligente e perito del sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente verificatesi. Probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico-razionale. Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato: giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10c0f6

compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

Del resto, è oramai pacifico, che la certezza probabilistica in materia civile non può essere ancorata esclusivamente alla determinazione quantitativa/statistica delle frequenze di classi di eventi (cosiddetta probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe mancare o essere inconferente. Così come è pacifico che la certezza probabilistica, rispetto all'ipotesi di nesso causale da accertare, risulta dall'applicazione della regola della probabilità, come relazione logica, rispetto a tutti gli elementi che confermano il nesso causale e all'esclusione di altri elementi alternativi che lo escludano (cosiddetta probabilità logica o baconiana). Allora, la consulenza svolge un ruolo centrale, e nell'individuare i fattori causali, positivi e negativi, in gioco, e nel dare spessore e contenuto alla probabilità sulla base delle conoscenze scientifiche (cfr. Cass. n. 4792/2013).

Ebbene, nel caso in esame, avendo il c.t.u. appurato che l'intervento da eseguirsi presso il centro cardiochirurgico di [redacted] avrebbe avuto una *bassa* probabilità di prevenire la morte di [redacted], non può affermarsi che se i sanitari avessero tenuto la diversa condotta invocata dalla difesa attorea il tragico evento sarebbe stato evitato con "alta o elevata credibilità razionale".

4.3. Non può, in conclusione, ritenersi sussistente il nesso causale tra la asserita condotta negligente ed i danni lamentati dagli attori.

La domanda va, pertanto, rigettata.

5. Il rigetto della domanda attorea rende, quindi, superfluo l'esame delle domande di garanzia svolte dai sanitari nei confronti delle loro compagnie assicurative.

Peraltro, in forza della lata accezione con cui il termine "soccombenza" è assunto nell'art. 91 c.p.c., il rimborso delle spese processuali sostenute dalle terze chiamate in garanzia devono essere poste a carico degli attori, tenuto conto che la chiamata in causa si è resa necessaria in relazione alle tesi sostenute dagli attori stessi e queste sono risultate infondate, a nulla rilevando che gli attori non abbiano proposto nei confronti dei terzi alcuna domanda.

6. Le spese di lite seguono la soccombenza e vanno liquidate come in dispositivo, secondo lo scaglione di valore compreso tra euro [redacted] tenuto conto che la somma indicata dagli attori come valore della controversia [redacted], in assenza di uno specifico accertamento tecnico in punto di *quantum*, appare sproporzionata (sulla generale facoltà discrezionale del giudice di adeguare la misura dell'onorario all'effettiva importanza della prestazione, in relazione alla concreta valenza economica della controversia, ove si ravvisi la manifesta sproporzione tra il formale *petitum* e l'effettivo valore della controversia: cfr. Cass. nn. 14691/2015, 7807/2013, 23809/2012).

Le spese di c.t.u. vanno poste definitivamente a carico degli attori.

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10d08

P.Q.M.

definitivamente pronunciando sulla domanda proposta, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa, così provvede:

- rigetta la domanda avanzata dagli attori;
- condanna gli attori, in solido, al pagamento, in favore dell'[redacted], delle spese processuali, che determina in euro [redacted] per compensi di avvocato oltre IVA, CPA e rimborso *ex* art. 2 d.m. n. 55/2014;
- condanna gli attori, in solido, al pagamento, in favore di [redacted], delle spese processuali, che determina in euro [redacted] per compensi di avvocato oltre IVA, CPA e rimborso *ex* art. 2 d.m. n. 55/2014;
- condanna gli attori, in solido, al pagamento, in favore di [redacted], delle spese processuali, che determina in euro [redacted] per compensi di avvocato oltre IVA, CPA e rimborso *ex* art. 2 d.m. n. 55/2014;
- condanna gli attori, in solido, al pagamento, in favore di Generali Italia s.p.a. (con riferimento alle difese svolte in replica alla chiamata effettuata da [redacted]), delle spese processuali, che determina in euro [redacted] per compensi di avvocato oltre IVA, CPA e rimborso *ex* art. 2 d.m. n. 55/2014;
- condanna gli attori, in solido, al pagamento, in favore di Generali Italia s.p.a. (con riferimento alle difese svolte in replica alla chiamata effettuata da [redacted]), delle spese processuali, che determina in euro [redacted] per compensi di avvocato oltre IVA, CPA e rimborso *ex* art. 2 d.m. n. 55/2014;
- condanna gli attori, in solido, al pagamento, in favore di Allianz Assicurazioni s.p.a., delle spese processuali, che determina in euro [redacted] per compensi di avvocato oltre IVA, CPA e rimborso *ex* art. 2 d.m. n. 55/2014;
- pone definitivamente a carico degli attori le spese di c.t.u.

Paola, 14.06.2018

Il Giudice
Franco Caroleo

Firmato Da: CAROLEO FRANCO Emesso Da: POSTECOM CA3 Serial#: 10d06