



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI SIENA
SEZIONE UNICA CIVILE

Il Tribunale di Siena, nella persona del Giudice, dott. Antonio Romano, ha pronunciato ai sensi dell'art. 281sexies c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. R.G. **2700/2023**

promossa da

Parte_1 (C.F. *C.F._1*) rappresentata e difesa dagli Avv.ti *(Omissis)*
(Omissis) (C.F. *C.F._2*) ed *(Omissis)(Omissis)* (C.F. *C.F._3*) del
Foro di Siena ed elettivamente domiciliata presso il loro studio sito in Siena (SI), alla *(Omissis)*
(Omissis), come da procura in atti;

ATTRICE/RICORRENTE

nei confronti di

CP_1 (C.F. *C.F._4*) rappresentato e difeso dall'Avv. *(Omissis)*
(Omissis) del Foro di Firenze (C.F. *C.F._5*) ed elettivamente domiciliato
presso il suo studio, sito in Firenze (FI), alla *(Omissis)*, come da procura
in atti;

CP_2 *Parte_2* (C.F. *P.IVA_1*), in persona del legale
rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'Avv. *(Omissis)* *(Omissis)* (C. F.
C.F._6) ed elettivamente domiciliata presso il suo studio, sito in Napoli (NA),
alla *(Omissis)(Omissis)*, come da procura in atti;

CP_3 *Parte_3* (P.I. *P.IVA_2*), in persona del procuratore
speciale, Dott.ssa *CP_4*, rappresentata e difesa dall'avv. *(Omissis)(Omissis)* (C.F.

C.F._7) ed elettivamente domiciliata presso il suo studio sito in Roma, al
(Omissis) , come da procura in atti;

CONVENUTI/RESISTENTI

OGGETTO: responsabilità medica.

CONCLUSIONI

PARTE ATTRICE:

“Piaccia al Tribunale:

1-disporre l’acquisizione del fascicolo d’ufficio relativo all’accertamento tecnico preventivo espletato dinanzi al Tribunale di Siena e recante il n. 330/2023 di ruolo generale,

2- accertare, e dichiarare la responsabilità esclusiva dei convenuti rispetto ai danni, patrimoniali e non patrimoniali, patiti dalla ricorrente e descritti in narrativa compresi quelli risultanti dall’accertamento tecnico preventivo espletato nel procedimento dinanzi al Tribunale di Siena R.G. 330/2023 – e per l’effetto,

3- condannare essi convenuti Dott. CP_1 Controparte_5 e [...]

Controparte_6 a risarcire alla concludente tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, subiti in conseguenza dell’evento del quo comprensivi di danno biologico, sua personalizzazione, spese mediche, spese di consulenza del procedimento di a.t.p., oltre le spese di CTU poste provvisoriamente a carico parte ricorrente in fase di ATP eventualmente già saldate ai consulenti d’ufficio pari ad euro 3.000,00 oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dalla data del sinistro all’effettivo soddisfo;

4- per quanto sopra condannare essi convenuti Dott. CP_1 Controparte_5 e Controparte_6 dare e pagare alla concludente la somma di euro 66.611,55 (sessantaseimilaseicentoundici,55) così calcolata:

<i>- inv. permanente 15 punti percentuali</i>	<i>euro 27.977,00</i>
<i>-inv. Temporanea</i>	<i>euro 4.593,00</i>
<i>-personalizzazione 30%</i>	<i>euro 9.771,00</i>
<i>-riepilogo spese tutte documentate</i>	<i>euro 7.310,00</i>
<i>- restituzione delle spese sostenute per intervento errato, Dott. Cont Controparte_5</i>	<i>euro 3.700,00</i>
<i>- pre-notula a saldo Dott. CP_7</i>	<i>euro 2.440,00</i>
<i>- pre-notula a saldo Dott. Per_1 – specialista</i>	<i>euro 1.830,00</i>

- spese per CTU onorari in complesso

liquidate dal Tribunale

euro 3.000,00

-spese legali determinate ai valori medi per il

Procedimento per ATP compresa IVA e CAP

euro 5.990,55”

(cfr. ricorso del 22.12.2023).

Parte convenuta CP_1 :

“Voglia l’Ill.mo Giudice adito, ogni contraria istanza disattesa e respinta:

accertata la rituale integrazione del contraddittorio ad opera della ricorrente con la [...]

Controparte_8 corrente in Milano (MI), Via Clerici n. 14 che si chiede sin d’ora tenga indenne il Dott. CP_1 in forza della Polizza n. RMC (Omissis), da ogni e qualsivoglia pregiudizio patrimoniale dovesse allo stesso derivare in conseguenza della vicenda di cui si discute;

NEL MERITO:

-In tesi, rigettare la domanda di parte attrice in quanto infondata in fatto e diritto;

-In ipotesi, in caso di accoglimento della domanda spiegata, condannare la casa CP_9

Controparte_10 - eventualmente in solido con l’esponente e comunque per la quota di responsabilità che gli sarà eventualmente riconosciuta - al risarcimento dei danni da esso occasionati all’attrice nella misura che sarà ritenuta di Giustizia; e comunque condannare la Controparte_8 a manlevare e tenere indenne l’esponente da qualsiasi somma lo stesso dovesse essere condannato a versare all’attrice.

Con vittoria di competenze legali e spese del presente Giudizio” (cfr. comparsa di costituzione e risposta).

Parte convenuta Controparte_5

“Voglia il Tribunale adito, disattesa ogni avversa istanza e conclusione, per tutti i motivi di cui al presente atto, così provvedere:

- In via principale e nel merito, rigettare tutte le domande proposte dalla ricorrente nei confronti della Controparte_5 e ciò per l’uno o l’altro dei motivi indicati e dedotti nella presente comparsa di costituzione;

- In via subordinata e solo nel caso in cui non dovessero essere accolte le conclusioni di cui sopra, accertare e dichiarare che il personale del Centro “ CP_10 ha agito, in occasione del ricovero della sig.ra Parte_1, con perizia, prudenza e diligenza e, per l’effetto, rigettare le domande proposte da parte ricorrente nei confronti della Controparte_5

- In via ulteriormente subordinata e solo nel caso in cui non dovessero essere accolte le conclusioni di cui sopra, accertare e dichiarare l'insussistenza di un nesso di causalità tra la condotta del personale del Centro "CP_10" e/o i servizi da questa erogati ed i postumi lamentati dalla ricorrente;
- Ancora, in via subordinata, e nella denegata ipotesi in cui il Tribunale adito dovesse statuire una condanna solidale dei resistenti, accertare e graduare internamente la responsabilità a carico degli stessi in proporzione della gravità delle rispettive colpe, con conseguente diritto del soggetto che estingue l'obbligazione al regresso nei confronti del condebitore solidale;
- In via riconvenzionale, di rivalsa e di manleva, nella denegata e non creduta ipotesi in cui venissero effettivamente accolte, anche se in maniera parziale, le pretese della ricorrente, condannare in ogni caso il Dott. CP_1 e la Controparte_8 in via di manleva e/o di rivalsa e/o a titolo di garanzia impropria, al rimborso in favore della Controparte_5 di quanto quest'ultima sarà eventualmente chiamata ad erogare, a qualunque titolo e ragione ed in favore di chicchessia;
- In ogni caso, condannare chi di ragione alla rifusione di tutte le spese, diritti ed onorari di giudizio, oltre accessori, con attribuzione in favore del sottoscritto procuratore dichiaratosi antistatario" (cfr. comparsa di costituzione e risposta).

Parte convenuta Controparte_8

"Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa, per i motivi dedotti in narrativa,

in via principale,

rigettare la domanda dell'attrice perché infondata in fatto e in diritto e, comunque, non 14 provata;

in via subordinata,

nella denegata e non creduta ipotesi di accertamento di qualsivoglia responsabilità del dott.

CP_1 e di condanna del sanitario al risarcimento dei danni lamentati dalla sig.ra

Parte_1, dichiarare la Controparte_5 in p.l.r.p.t., tenuta a manlevare il dott. CP_1 per quanto sopra esposto;

in via ulteriormente subordinata,

nella denegata e non creduta ipotesi di accertamento di qualsivoglia responsabilità del dott.

CP_1 e di condanna del sanitario al risarcimento dei danni lamentati dalla sig.ra

Parte_1 , dichiarare la *CP_3* tenuta manlevare il medico secondo le condizioni di polizza e relative esclusioni di polizza per quanto sopra esposto;
in ogni caso,
con vittoria di spese di lite diritti ed onorari di giudizio, con maggiorazione del 30% ai sensi dell'art. 4 comma 1bis DM 55/2014 così come modificato dal DM n. 37/2018" (cfr. comparsa di costituzione e risposta).

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1. Con ricorso ex art. 281-decies c.p.c. depositato il 29.12.2023, *Parte_1* ha convenuto in giudizio il dott. *CP_1* *Controparte_8* e *Controparte_5* rispettivamente quali chirurgo operatore, compagnia assicuratrice del sanitario e società proprietaria della clinica privata presso la quale è stato eseguito l'intervento chirurgico del 5.01.2022, chiedendone la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali asseritamente conseguenti all'intervento.

A sostegno della domanda la ricorrente ha dedotto che, a seguito dell'operazione, ha riportato una lesione del nervo facciale sinistro con conseguenti postumi permanenti, richiamando la documentazione medica prodotta e gli esiti dell'accertamento tecnico preventivo promosso ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c. davanti al Tribunale di Siena.

2. Con comparsa del 14.06.2024, si è costituito in giudizio il dott. *CP_1* contestando la domanda attorea sotto i profili dell'*an* e del *quantum* e chiedendone il rigetto. In via subordinata, ha chiesto di essere manlevato dalla propria compagnia assicuratrice [...]

Controparte_6

3. Con comparsa del 12.06.2024, si è costituita in giudizio *Controparte_5* contestando la fondatezza della domanda attorea e chiedendone il rigetto; in via subordinata, ha formulato domanda di rivalsa e manleva nei confronti del dott. *Cont* per l'ipotesi di accoglimento della domanda risarcitoria.

4. Con comparsa del 14.06.2024, si è costituita in giudizio *Controparte_8* contestando la domanda attorea e chiedendone il rigetto; in via subordinata ha eccepito i limiti di operatività della garanzia assicurativa.

5. Acquisito il fascicolo del procedimento di accertamento tecnico preventivo iscritto al n. 330/2023 R.G. del Tribunale di Siena, il Giudice precedentemente assegnatario, dott.ssa Valentina Lisi, all'udienza del 13.11.2024, ha esperito il tentativo di conciliazione delle parti e rinviato per la verifica all'udienza del 12.12.2024 in trattazione scritta.

All'esito, con ordinanza del 17.12.2024, la Giudice – rilevato che i resistenti hanno dichiarato di aderire alla proposta conciliativa formulata, assolvendo reciprocamente le condizioni indicate, e la ricorrente non ha invece inteso conciliare la controversia – ha ritenuto la causa matura per la decisione, ritenendo che le prove orali articolate da parte ricorrente fossero inammissibili, tenuto conto della carenza di allegazione nella domanda delle circostanze fattuali oggetto di capitoli di prova testimoniale, e che non fosse necessario disporre CTU integrativa, attenendo la richiesta, avanzata dalla parte ricorrente solo nelle note in sostituzione di udienza dell'11/12/2024, all'accertamento di spese mediche già valutate in sede di ATP.

6. La causa è stata quindi assegnata a questo Giudice in data 18.12.2025.

All'udienza dell'8.07.2026, le parti hanno precisato le conclusioni, riportandosi ai rispettivi atti introduttivi, e discusso oralmente la causa. All'esito, la stessa è stata trattenuta in decisione ai sensi dell'art. 281-sexies, ultimo comma, c.p.c.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Prima di passare all'esame nel merito della fattispecie oggetto di giudizio, giova premettere brevi cenni sulla responsabilità medica in generale, con particolare riferimento alla qualificazione giuridica, al rapporto tra struttura sanitaria e medico e al conseguente riparto dell'onere probatorio.

Deve, anzitutto, premettersi che nella specie trovano applicazione le norme sostanziali della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”, entrata in vigore in data 1.4.2017 (cd. legge Gelli – Bianco), la quale, come noto, ha ridisegnato il regime della responsabilità sia delle strutture sanitarie che degli esercenti la professione sanitaria, venendo in rilievo fatti accaduti in epoca successiva alla sua entrata in vigore.

In particolare, l'art. 7 della legge n. 24/2017 ha ribadito 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 contrattuale direttamente assunta con il paziente.

Ebbene, dalla documentazione acquisita emerge che la ricorrente si rivolse direttamente al dott. CP_1 per l'esecuzione dell'intervento chirurgico per cui è causa. In particolare, il professionista percepì direttamente il compenso relativo alla prestazione sanitaria, come risulta dalla ricevuta n. 1/2022 dell'importo di euro 2.400 (doc. 2 ricorrente), mentre la

struttura sanitaria fatturò autonomamente i servizi di propria competenza (cfr. doc. 1 e 3 ricorrente). Inoltre, il contratto intercorrente tra la struttura e il sanitario qualifica espressamente i soggetti sottoposti ad intervento come "propri pazienti" del professionista e prevede che le prestazioni sanitarie siano eseguite direttamente da quest'ultimo (cfr. doc. 5

Controparte_11).

Deve pertanto ritenersi che il sanitario abbia assunto direttamente nei confronti della paziente una specifica obbligazione professionale, con conseguente applicazione della clausola di salvezza di cui all'art. 7, comma 3, l. n. 24/2017 e configurabilità della sua responsabilità di natura contrattuale.

Ne consegue che, nel caso di specie, sia la struttura sanitaria sia il chirurgo operatore rispondono a titolo contrattuale, sebbene in forza di distinti rapporti obbligatori.

Dalla qualificazione della responsabilità sanitaria come responsabilità contrattuale consegue l'applicazione della relativa disciplina in ordine alla ripartizione dell'onere probatorio, come enucleata dall'ormai consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità (v. tra le altre, Cass., Sez. Un., 13533/2001 e le molte successive conformi) e specificata dalla giurisprudenza con riferimento alla responsabilità medica.

In particolare, l'attore (paziente danneggiato) deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, non è stato eziologicamente rilevante (v. in termini Cass., Sez. Un., 577/2008 cit.), con l'ulteriore precisazione che incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare, anche avvalendosi di presunzioni, il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (v. Cass. 18392/2017; conf. Cass. 3704/2018, nel senso che è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "*più probabile che non*", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata, e Cass. 26700/2018).

A parere dell'odierno Giudicante, inoltre, deve prestarsi adesione all'orientamento giurisprudenziale secondo il quale: se resta ignota, anche mediante l'utilizzo di presunzioni, la

causa dell'evento di danno, le conseguenze sfavorevoli ai fini del giudizio ricadono sul creditore della prestazione professionale; se invece resta ignota la causa di impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale, ovvero resta indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul debitore (v. Cass. 28991/2019; v. altresì Cass. 4792/2013; conf. Cass. 20547/2014).

Alla luce dei richiamati principi occorre accertare la sussistenza dell'evento dannoso, del nesso eziologico tra la condotta dei sanitari ed il danno lamentato, che impone la scomposizione del giudizio causale in due autonome e consecutive fasi: la prima diretta ad identificare il nesso di causalità materiale che lega la condotta all'evento di danno, secondo il criterio del *“più probabile che non”*; la seconda diretta, invece, ad accertare il nesso di causalità giuridica tra tale evento e le conseguenze dannose risarcibili alla stregua dell'art. 1223 c.c. (v. Cass. 21255/2013).

In particolare, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, 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 (v. Cass. 16123/2010; v. altresì Cass. 24073/2017; Cass. 23197/2018), dovendosi l'accertamento del nesso causale effettuare secondo il criterio della *“preponderanza dell'evidenza”*, altrimenti definito del *“più probabile che non”*, con una valutazione della idoneità della condotta del sanitario a cagionare il danno lamentato dal paziente che deve essere correlata alle condizioni del medesimo, nella loro irripetibile singolarità (v. Cass. 3390/2015; v. altresì Cass. 5922/2024, Rv. 670339 – 01: *“L'accertamento del nesso di causalità nella responsabilità sanitaria è improntato alla regola di funzione della preponderanza dell'evidenza (o del “più probabile che non”), la quale, con riguardo al caso in cui, rispetto a uno stesso evento, si pongano un'ipotesi positiva e una complementare ipotesi negativa, impone al giudice di scegliere quella rispetto alla quale le probabilità che la condotta abbia cagionato l'evento risultino maggiori di quelle contrarie, e con riguardo, invece, al caso in cui, in ordine allo stesso evento, si pongano diverse ipotesi alternative, comporta che il giudice dapprima elimini, dal novero delle ipotesi valutabili, quelle meno probabili e poi analizzi le rimanenti ipotesi ritenute più probabili, selezionando, infine, quella che abbia ricevuto, secondo un ragionamento di tipo inferenziale, il maggior grado di conferma dalle circostanze di fatto acquisite al processo, in ogni caso esercitando il proprio potere di libero apprezzamento di queste ultime tenendo conto della*

qualità, quantità, attendibilità e coerenza delle prove disponibili, dalla cui valutazione complessiva trarre il giudizio probabilistico.”).

2. Tanto premesso, risulta pacifico e documentalmente provato: che la Sig.ra *Parte_1* in data in data 5 gennaio 2022, presso la *Controparte_12* di Firenze, sia stata sottoposta ad un intervento di lifting medio-facciale per ptosi del volto e che l'intervento veniva eseguito dal Dott. *CP_1* in day surgery; di aver successivamente avvertito una paralisi dell'emivolto sinistro e, dal momento che il deficit riscontrato persisteva, di essersi sottoposta il 2 febbraio 2022 ad una visita specialistica dal Prof. [...] *Per_2* ; di essersi in seguito sottoposta ad ulteriori controlli ed esami neurologici che confermavano quanto riportato dalle precedenti diagnosi.

In particolare, nella successiva data dell'8 febbraio 2022 la ricorrente eseguiva un esame elettromiografico dal quale emergeva e risultava una *“comparsa di deficit del VII n.c. ramo per nasale ed i muscoli dell'emilabbro sinistro.... Complessivamente i dati neurofisiologici registrati depongono per la presenza di un danno neuroprassico assonotmesico del VII n.c. di sinistra al punto dell'accesso chirurgico anteriormente all'orecchio”*.

Un successivo controllo elettromiografico in data 8 marzo confermava una *“sofferenza assonale componente centrofacciale nervo facciale sinistro”*.

A causa di una intensa cervicalgia la ricorrente in data 9 maggio effettuava nuovo controllo elettromiografico che evidenziava: *“complessivamente i dati neurofisiologici registrati depongono per la presenza di un danno neuroprassico assonotmesico del VII n.c. di sinistra al punto dell'accesso chirurgico anteriormente all'orecchio con risparmio dei muscoli della regione frontale e del mento. Il ramo per l'orbicolare della bocca appare in recupero mentre quello orbicolare dell'occhio non presenta miglioramenti rispetto al precedente controllo effettuato in data 8 febbraio 2022”*.

Successivamente la ricorrente si sottoponeva ad ulteriori visite ed esami neurologici che confermavano le precedenti diagnosi, ed in ultima analisi una visita specialistica eseguita in data 13 settembre evidenziava che *“la signora Parte_1 presenta paresi facciale sintomatologia marcata del terzo medio sinistro che condiziona asimmetria del sorriso, collasso dell'ala nasale con deficit di respirazione, ptosi a riposo dei tessuti. La sintomatologia è insorta in seguito ad intervento di minilifting eseguita a gennaio 2022”*.

3. Accertata quindi, la ricostruzione dei fatti, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità tra la condotta e l'evento, dei profili di inadempimento contestati nonché della quantificazione del danno questo Giudice intende aderire alle risultanze della consulenza tecnica resa in sede di ATP nel procedimento n. RG. 330/2023 dell'Intestato Tribunale e acquisita in questo

procedimento, dalla quale non vi è motivo di discostarsi in quanto chiara, comprensibile e completa.

4. Come certificato nella relazione peritale, il consulente ha esaminato in contraddittorio la documentazione medica allegata in atti, quale, nello specifico: cartella clinica n. 0006/22 relativa al ricovero in Day Surgery del 5.01.2022 presso la clinica **Controparte_10** [...] di Firenze, visita chirurgica maxillo facciale prof. **Persona_3** **(Omissis)** del 02.02.2022, esame EMG dott. **Per_4** dell'8.02.2022, prescrizione dott. **Per_4** del 8.02.2022, esame EMG dott. **Per_5** del 8.03.2022, esame EMG dott. **Per_4** del 9.05.2022, visita chirurgica maxillo facciale prof. **Persona_2** dell'8.06.2022, visita neurologica dott. **Per_4** del 23.07.2022, esame RMN cervicale del 27.07.2022, esame elettromiografico e visita neurologica Dott. **Persona_6** del 12.08.2022, visita maxillo facciale del prof. **Per_7** del 13.09.2022, relazione psichiatrica dott.ssa **Persona_8** del 2.02.2023, relazione medico legale di parte dott. **Persona_9** del 2.02.2023, esame EMG dott. **Per_4** del 11.03.2023, nonché tutte le spese mediche sostenute e documentate dalla ricorrente.

5. Disaminata la produzione documentale ed effettuata la visita medico-legale sulla persona lesa, lo specialista così designato ha concluso: *“Da quanto sopra esposto, emerge che nel determinare la lesione parziale del nervo Facciale sinistro, da cui è affetta la signora **Pt_1** vi fu esclusiva responsabilità a carico del dott. ^{Cont} che operò la donna non adottando le dovute cautele richieste in un intervento di chirurgia estetica, gravato da preesistenze che hanno reso l'operazione più complessa, e di cui la donna non era stata edotta. Tale intervento chirurgico, il cui intento certamente era quello di migliorare l'aspetto fisico della donna, ha determinato invece un chiaro peggioramento del suo quadro fisiognomico antecedente. Se da un lato l'intervento ha avuto un effetto risolutivo sulla rimozione delle rughe cutanee, dall'altro ha avuto un effetto macroscopicamente dannoso sulla simmetria del volto per la paresi dei muscoli innervati dai rami Zigomatico e Buccale del nervo Facciale sinistro, maggiormente evidente nell'atto del sorridere, fischiare, inspirare con la narice sinistra”* (cfr. CTU pag. 23 e 24).

6. Alla luce delle visite effettuate, della documentazione clinica esaminata e delle risultanze degli accertamenti strumentali, il Collegio peritale nominato ha ritenuto sussistenti i requisiti medico-legali per affermare, secondo il criterio del "più probabile che non", sia il nesso causale tra l'intervento chirurgico del 5 gennaio 2022 ed il quadro patologico permanente riscontrato nella ricorrente, sia l'inadempimento professionale del chirurgo operatore, individuato nell'omessa adozione delle necessarie cautele tecniche imposte dalle peculiari

condizioni anatomiche della paziente conseguenti alla pregressa parotidectomia sinistra cui la paziente era stata sottoposta.

Ha, pertanto, concluso, secondo pertinenti e fondate valutazioni scientifiche cui si aderisce, che:

- a) la lesione del nervo facciale sinistro è causalmente riconducibile all'intervento;
- b) l'intervento era reso più complesso dalla precedente parotidectomia;
- c) proprio per tale ragione il chirurgo avrebbe dovuto adottare cautele maggiori;
- d) la paziente non fu adeguatamente informata dell'aumentato rischio chirurgico;
- e) la lesione deriva da esclusiva responsabilità del dott. ^{Cont} che non ha osservato le regole dell'arte chirurgica.

La consulenza evidenzia, in particolare, che la pregressa parotidectomia superficiale sinistra aveva determinato una modificazione dei normali rapporti anatomici del nervo facciale, rendendolo maggiormente esposto al rischio di lesione nel corso delle manovre di scollamento dei tessuti. Proprio tale circostanza, conosciuta o comunque conoscibile dal chirurgo, imponeva l'adozione di particolari cautele tecniche che, secondo i consulenti, non risultano essere state osservate.

Il Collegio peritale ha altresì escluso che la lesione neurologica costituisca una complicanza inevitabile dell'intervento, ritenendo invece che essa sia derivata dall'inesatta esecuzione della prestazione chirurgica. In particolare, la CTU ha evidenziato come la pregressa parotidectomia avesse reso l'intervento maggiormente complesso e caratterizzato da un più elevato rischio di danno al nervo facciale, concludendo che l'atto chirurgico fu eseguito in maniera imprudente, imperita e negligente e che esso costituì l'unica causa della lesione neurologica riportata dalla paziente.

Dalla CTU emerge inoltre che la paziente non è stata specificamente informata dell'aggravamento del rischio chirurgico, conseguente alla precedente parotidectomia a cui era stata sottoposta anni prima la paziente stessa.

Tali conclusioni consentono di ritenere provati sia il nesso eziologico tra l'intervento e l'evento lesivo, sia l'inadempimento professionale del sanitario convenuto, non essendo emersi elementi idonei a prospettare una diversa e più probabile ricostruzione causale dell'accaduto.

7. Non sono, invece, meritevoli di seguito le osservazioni proposte da parte convenuta [...] CP_1 , nella parte in cui contestano la sussistenza del nesso causale tra l'evento lesivo e la patologia sofferta da parte attrice poiché la paralisi, a suo giudizio, sarebbe comparsa solo

dopo circa 28 giorni dall'intervento *de quo*, per cui detta lesione deriverebbe da fibrosi post-operatoria imprevedibile e non sarebbe configurabile un errore tecnico.

Tale tesi non è condivisibile poiché la documentazione medica dimostra che la paziente lamentava il deficit immediatamente dopo l'intervento, inoltre gli esami elettromiografici localizzano il danno nel punto di accesso chirurgico e la CTU spiega perché la lesione sia compatibile con una lesione intraoperatoria.

In particolare, la CTU ha evidenziato come gli accertamenti elettromiografici abbiano localizzato la lesione del VII nervo cranico nel medesimo sito dell'accesso chirurgico, circostanza che costituisce significativo elemento di conferma della riconducibilità causale dell'evento lesivo alle manovre operatorie eseguite dal convenuto.

Pertanto, la mera prospettazione di una diversa ipotesi eziologica non supera le conclusioni del consulente.

Ne consegue che, una volta accertata la riconducibilità causale della lesione all'intervento chirurgico e in assenza della prova che l'evento lesivo sia derivato da una complicanza imprevedibile ed inevitabile ovvero da altra causa non imputabile al sanitario, deve ritenersi dimostrato l'inesatto adempimento della prestazione professionale.

8. Accertata la responsabilità professionale del dott. ^{Cont} deve essere affermata anche la responsabilità della ^{Controparte_5} proprietaria della struttura sanitaria presso la quale venne eseguito l'intervento.

Difatti, ai sensi dell'art. 7, comma 1, della l. n. 24/2017, la struttura sanitaria risponde ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. delle condotte dolose o colpose degli esercenti la professione sanitaria dei quali si avvale, ancorché scelti dal paziente e ancorché operanti in regime libero-professionale.

Nel caso di specie, è pacifico che l'intervento chirurgico del 5 gennaio 2022 sia stato eseguito presso la clinica ^{Controparte_10} nell'ambito dell'organizzazione sanitaria facente capo alla convenuta ^{Controparte_5} parimenti pacifico è che il dott. ^{Cont} operasse all'interno della struttura in forza del rapporto contrattuale prodotto in atti dalla stessa società convenuta.

Pertanto, una volta accertato che l'evento lesivo è riconducibile all'inesatta esecuzione della prestazione sanitaria resa dal chirurgo operatore, la struttura risponde nei confronti della paziente ai sensi dell'art. 1228 c.c., quale debitore che si è avvalso dell'opera di un ausiliario nell'adempimento della propria obbligazione sanitaria.

Né assume rilievo, nei rapporti esterni con la paziente, la circostanza dedotta dalla struttura secondo la quale il sanitario fosse stato direttamente scelto dalla stessa attrice ed operasse

quale libero professionista, trattandosi di profili che possono eventualmente assumere rilevanza nei rapporti interni tra struttura e sanitario ai fini della ripartizione definitiva del peso risarcitorio (su cui v. *infra* p. 13.1.).

9. Accertata la responsabilità della struttura sanitaria e del professionista con riferimento all'intervento chirurgico per cui è causa nei termini anzidetti, deve essere valutato il profilo dei danni risarcibili.

In tema di quantificazione del danno, la CTU ha accertato:

- un'invalidità permanente nella misura del 15% , poiché *“allo stato attuale la signora Pt_1 presenta un quadro di lesione parziale del nervo facciale sinistro, con conseguente asimmetria della bocca nel fare un sorriso per impossibilità a sollevare l'angolo sinistro della bocca, impossibilità a fischiare, a bere con la cannuccia, a sciacquarsi la bocca senza far uscire acqua, pronunciare alcune parole che contengono ad esempio la "P" e collasso della narice sinistra all'inspirazione che, dato il tempo trascorso e la dimostrazione strumentale recente (EMG del 11.3.2023), è da ritenersi stabilizzata. Tali postumi, comprensivi delle ripercussioni psicologiche che questi determinano nella vita di relazione della donna e nell'impedimento a svolgere alcuni comuni atti di vita quotidiana come bere, sorridere, fischiare, comunque non sfociati in un danno psichico, determinano una riduzione permanente dell'integrità psico-fisica del soggetto (danno biologico permanente in R.C.), da valutarsi, data la compromissione dinamico relazionale che il danno statico ha determinato nella donna, nella misura del 15%”* (pag. 24 CTU). Si tratta del valore massimo del range previsto dalle “Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico” SIMLA 2016 e dalla "Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente" Ronchi e all. del 2015 per la paralisi incompleta monolaterale del nervo facciale comprendente la lesione dei muscoli della faccia con conseguente asimmetria del viso e alterazioni della mimica del volto (5-15%): 5% come danno parziale al nervo facciale senza ripercussioni sulla mimica; 10% come derivante dall'alterazione fisiognomica del volto con le sue ripercussioni dinamico relazionali (cfr. pagg. 24-25 CTU);
- un'invalidità temporanea quantificabile in 30 giorni al 50% e 90 giorni al 25% (cfr. pag. 24 CTU, ove si legge che *“in conseguenza della lesione neurologica, determinata nell'atto di scollamento dei tessuti, si verificò un periodo di invalidità temporanea eccedente il periodo di convalescenza, che ci sarebbe comunque stato anche se l'intervento fosse riuscito perfettamente”*);
- spese mediche documentate per un totale di € 2.076,00;

- spese CTP per un totale di € 1.500+iva;
- l'esclusione della rimborsabilità del costo dell'intervento estetico dell'importo totale di euro 3.700, che sarebbe stato comunque sostenuto ed il cui obiettivo è stato comunque raggiunto (pag. 25 CTU).

10. Ciò chiarito, e fatte proprie le conclusioni del consulente tecnico d'ufficio, deve procedersi alla liquidazione anzitutto del danno non patrimoniale alla luce della consulenza tecnica espletata.

In punto di diritto, va precisato che il danno non patrimoniale costituisce, secondo l'insegnamento dominante, una categoria unitaria (cfr. Cass. civ., Sez. Unite, n. 26972/08) e che, pertanto, il riferimento alle "sottovoci" del danno biologico e del danno morale soggettivo svolge semplicemente una funzione di semplificazione espositiva, ferma restando la liquidazione unitaria del danno non patrimoniale.

In tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la Corte di Cassazione (cfr. Cass. civ. n. 7513/2018) ha altresì chiarito che costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del "danno biologico" e del "danno dinamico relazionale", atteso che con quest'ultimo si individuano pregiudizi di cui è già espressione il grado percentuale di invalidità permanente (quali i pregiudizi alle attività quotidiane, personali e relazionali, indefettibilmente dipendenti dalla perdita anatomica o funzionale). Non costituisce, di contro, duplicazione la congiunta attribuzione del "danno biologico" e di una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi che non hanno fondamento medico-legale, perché non aventi base organica ed estranei alla determinazione medico-legale del grado di percentuale di invalidità permanente e rappresentati dalla sofferenza interiore (quali, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione), sicché ove ne sia stata dedotta e provata l'esistenza, tali pregiudizi non aventi base medico-legale dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione (v. Cass. 7513/2018; conf. Cass. 9006/2022).

In definitiva, alla luce della giurisprudenza di legittimità sopra richiamata, anche la voce di danno morale mantiene la sua autonomia e deve essere autonomamente considerata quale sofferenza di natura interiore e non relazionale, come tale meritevole di un compenso aggiuntivo al di là della personalizzazione prevista per gli aspetti dinamici compromessi (v. Cass. 901/2018 e Cass. 28989/2019).

È stato, tuttavia, ulteriormente precisato che, pur potendosi fare ricorso alla prova presuntiva del danno, attenendo il pregiudizio non patrimoniale in esame ad un bene immateriale, è pur sempre onere del danneggiato allegare tutti gli elementi che nella concreta fattispecie siano idonei a fornire la serie concatenata di fatti noti, al fine di risalire al fatto ignoto, non essendo

ammissibile la configurazione di tale danno quale danno *in re ipsa* (v. Cass. 25164/2020, secondo cui il danneggiato deve allegare i fatti costitutivi del diritto al risarcimento, “*con specifico riguardo alle conseguenze pregiudizievoli causalmente riconducibili alla condotta, l'attività assertoria deve consistere nella compiuta descrizione di tutte le sofferenze di cui si pretende la riparazione*”), potendo tuttavia la lesione dell'integrità psico-fisica rilevare, sul piano presuntivo, ai fini della dimostrazione di un coesistente danno morale, alla stregua di un ragionamento inferenziale cui deve, peraltro, riconoscersi efficacia tanto più limitata quanto più basso sia il grado percentuale di invalidità permanente, dovendo ritenersi normalmente assorbite nel danno biologico di lieve entità (salvo prova contraria) tutte le conseguenze riscontrabili sul piano psicologico, ivi comprese quelle misurabili sotto il profilo del danno morale (v. in termini Cass., sez. 3, n. 6444/2023).

Solo in caso di accertamento positivo dell'esistenza anche del danno morale, il Giudice, nel determinare il *quantum* risarcitorio, può applicare integralmente le tabelle, altrimenti dovrà considerare la sola voce del danno biologico, depurata dall'aumento tabellarmente previsto per il danno morale.

Ai fini dell'accertamento, in ogni caso, il Giudice del merito è tenuto a prendere in considerazione tutte le conseguenze modificative *in peius* della precedente situazione del danneggiato derivanti dall'evento, procedendo, attraverso compiuta istruttoria, ad un accertamento concreto e non astratto del danno con tutti i necessari mezzi di prova, ivi compresi il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, rimanendo esclusa l'automaticità del ristoro del danno morale. Il danneggiato, infatti, è onerato dell'allegazione e della prova, eventualmente anche a mezzo di presunzioni, delle circostanze utili ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza e turbamento (cfr. Corte d'Appello Milano, sez. III, sent. 06.10.2021).

Ciò posto, per la liquidazione del danno biologico, inteso come menomazione che incide sull'integrità psicofisica della persona, esplicando incidenza sulla vita quotidiana del soggetto e sulle sue attività dinamico-relazionali, deve farsi applicazione – avendo il CTU quantificato il danno biologico permanente nella misura del 15% – della cd. Tabella Unica Nazionale (TUN), trattandosi di danno biologico per lesioni di non lieve entità (c.d. macro-permanenti), cioè superiori ai 9 punti di invalidità.

Il D.P.R. n. 12 del 13 gennaio 2025, “Regolamento recante la Tabella Unica Nazionale (TUN)” per la liquidazione del danno biologico e di quello morale causati da responsabilità medica e sinistri stradali in caso di lesioni di "non lieve entità" (macrolesioni) con postumi

permanenti pari o superiori al 10%, emanato nelle more del presente giudizio ed entrato in vigore il 5.03.2025, è andato a sostituire le cd. Tabelle di Milano.

Nonostante la delimitazione normativa dell'ambito di applicazione della Tabella Unica Nazionale ai soli danni derivanti da sinistri stradali e responsabilità medica, tuttavia la Suprema Corte ha previsto l'applicazione generalizzata della Tabella Unica Nazionale per la liquidazione del danno non patrimoniale da macrolesioni, enunciando il seguente principio di diritto *“la Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12/2025, in quanto da riconoscersi quale parametro della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute conforme alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., trova applicazione generalizzata in via indiretta, cioè non in forza di diretta efficacia normativa, bensì come parametro del potere del giudice di cui a tali norme, con riferimento a liquidazioni formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta e, dunque, a sinistri causativi di danno biologico verificatisi prima del 5 marzo 2025 e pur non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti e da responsabilità sanitaria. Il giudice, nella liquidazione del danno alla salute da effettuarsi nel caso concreto, potrà, dunque, discostarsene – eventualmente anche reputando di applicare una tabella ‘pretoria’ – solo in forza di una motivazione che dia puntualmente conto di circostanze del tutto peculiari, più rilevanti nell’ambito regolato oggettivamente, ratione materiae, dalla T.U.N.”* (così, Cass. n. 8630/2026).

In ragione di quanto esposto, e tenendo conto dell'età della danneggiata al momento del sinistro (64 anni), il danno biologico deve essere così quantificato:

- inabilità temporanea parziale al 50% per 30 giorni: € 842,70;
- inabilità temporanea parziale al 25% per 90 giorni: € 1.264,05;

per un totale di € 2.106,75 per inabilità temporanea, dovendosi prendere come punto base il valore ordinario, anche alla luce della CTU che non ha evidenziato circostanze peculiari o una sofferenza superiore alla media nel periodo di inabilità temporanea, idonee a giustificare un incremento del valore ordinario, il quale già congloba il presumibile dolore correlato alla menomazione; né risultano dedotti, per il periodo di invalidità temporanea, elementi specifici, tali da influire sulla percezione del dolore o altre circostanze straordinarie idonee ad elevare il patimento interiore oltre la soglia già conglobata nel valore ordinario.

Quanto al danno biologico permanente, esso deve essere riconosciuto, sulla base delle risultanze della CTU in atti, nella misura pari al 15% (punto pari a € 3.383,75; età 64 al momento della stabilizzazione dei postumi, cfr. Cass. civ. n. 26897/2014) e quindi liquidato nell'importo di € 35.123,32.

Nel caso di specie, va invece esclusa sia la componente morale del danno, sia un incremento a titolo di personalizzazione, non essendo stati allegati elementi tesi a sostenere la sussistenza di una situazione di disagio o sofferenza soggettiva tale da integrare gli estremi del danno morale patito dalla ricorrente (Cass. civ. n. 7892/2024; Cass. civ. 25164/2020; S.U. n. 26792/2008), né specifiche, straordinarie ed eccezionali conseguenze della menomazione patite altrettanto specificamente dal singolo danneggiato a causa della sua peculiare situazione (così già, ex multis, la già citata Cass. civ. 25164/2020; Cass. civ. n. 23778/2014; Cass. civ. n. 21939/2017 e, da ultimo, Cass. civ. n. 3114/2025).

Sul punto, va richiamato quanto di recente affermato dalla Suprema Corte con ordinanza n. 7513/2018, secondo la quale una lesione della salute può avere le conseguenze dannose più diverse, ma tutte inquadrabili teoricamente in due gruppi: i) conseguenze necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare tipo di invalidità; ii) conseguenze peculiari del caso concreto, che abbiano reso il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto ai casi consimili.

Tanto le prime quanto le seconde conseguenze costituiscono un danno non patrimoniale: la liquidazione delle prime, tuttavia, presuppone la mera dimostrazione dell'esistenza dell'invalidità; la liquidazione delle seconde esige invece la prova concreta dell'effettivo (e maggior) pregiudizio sofferto.

Pertanto, la perduta possibilità di continuare a svolgere una qualsiasi attività, in conseguenza d'una lesione della salute, non esce dalla predetta alternativa: o è una conseguenza "normale" del danno (cioè indefettibile per tutti i soggetti che abbiano patito una menomazione identica), ed allora si terrà per pagata con la liquidazione del danno biologico; ovvero è una conseguenza peculiare, ed allora dovrà essere risarcita adeguatamente aumentando la stima del danno biologico (c.d. personalizzazione: così già n. 17219/2014).

Dunque, le conseguenze della menomazione, sul piano della loro incidenza sulla vita quotidiana e sugli aspetti "dinamico-relazionali", che sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito il medesimo tipo di lesione, non giustificano alcun aumento del risarcimento di base previsto per il danno non patrimoniale.

Al contrario, le conseguenze della menomazione che non sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito quel tipo di lesione, ma sono state patite solo dal singolo danneggiato nel caso specifico, a causa delle peculiarità del caso concreto, giustificano un aumento del risarcimento di base del danno biologico.

Ma lo giustificano – si badi – non perché abbiano inciso, *sic et simpliciter*, su aspetti "dinamico-relazionali": non rileva infatti quale aspetto della vita della vittima sia stato

compromesso, ai fini della personalizzazione del risarcimento; rileva, invece, che quella conseguenza sia straordinaria e non ordinaria, perché solo in tal caso essa non sarà ricompresa nel pregiudizio espresso dal grado percentuale di invalidità permanente, consentendo al giudice di procedere alla relativa personalizzazione in sede di liquidazione (così già, *ex multis*, Cass. n. 21939/2017; Cass. n. 23778/2014).

Ebbene, nel caso di specie, difetta una tempestiva e puntuale allegazione dei fatti costitutivi della invocata personalizzazione.

Nel ricorso introduttivo, infatti, parte attrice si è limitata a richiedere la liquidazione di una maggiorazione del danno biologico, senza dedurre specifiche circostanze fattuali idonee a dimostrare conseguenze ulteriori, eccezionali e peculiari rispetto a quelle ordinariamente connesse al tipo di menomazione accertata.

Solo nei capitoli di prova testimoniale, pure contenuti nel medesimo ricorso introduttivo, sono stati indicati fatti quali l'abbandono delle frequentazioni sociali, le manifestazioni di sofferenza emotiva, l'asserita compromissione della vita affettiva e relazionale e l'insonnia conseguente all'evento lesivo; tuttavia tali circostanze non risultavano previamente allegate quali fatti storici posti a fondamento della domanda di personalizzazione e, pertanto, correttamente è stata dichiarata l'inammissibilità delle relative prove orali articolate dalla ricorrente da parte del Giudice allora titolare del procedimento, dott.ssa Valentina Lisi, statuizione successivamente confermata da questo Giudice in sede di rigetto dell'istanza di revoca della precedente ordinanza istruttoria, tenuto conto della carenza di allegazione nella domanda delle circostanze fattuali oggetto dei capitoli di prova testimoniale.

Non può infatti confondersi l'allegazione del fatto costitutivo con la sua deduzione istruttoria, posto che i capitoli di prova testimoniale sono destinati a dimostrare fatti già introdotti nel processo e non possono supplire alla carenza delle necessarie allegazioni poste a fondamento della domanda.

Ne consegue che, sotto tale profilo, non risultano allegate e provate circostanze eccezionali ed individualizzanti idonee a giustificare un incremento del risarcimento a titolo di personalizzazione del danno biologico, restando dunque integralmente assorbite nel valore tabellare già riconosciuto le conseguenze dinamico-relazionali ordinarie considerate dai consulenti tecnici nella determinazione dell'invalidità permanente nella misura del 15%.

In particolare, la stessa CTU afferma che le ripercussioni psicologiche e dinamico-relazionali sono state già valorizzate nella scelta del valore massimo del range previsto (15%), precisando finanche che il 10% del danno biologico permanente è riferibile all'alterazione fisiognomica del volto con le sue ripercussioni dinamico-relazionali (cfr. pagg. 24-25 CTU).

Ne consegue che l'ulteriore aumento richiesto dall'attrice finirebbe per duplicare pregiudizi già considerati nella valutazione medico-legale dei postumi permanenti.

Il totale del danno non patrimoniale risarcibile (biologico, permanente e temporaneo), esclusa la personalizzazione, è quindi pari ad € 37.230,07.

11. L'attrice ha poi chiesto la condanna dei convenuti, oltre al risarcimento del danno subito, anche al pagamento degli interessi legali e della rivalutazione monetaria dalla data del sinistro all'effettivo soddisfo.

11.1. Il credito per il danno non patrimoniale a favore di parte attrice, come sopra determinato, ricomprende già la rivalutazione monetaria, in quanto calcolato all'attualità secondo i parametri della tabella attualmente in vigore.

11.2. Non possono essere invece riconosciuti gli interessi compensativi, in assenza di espressa domanda, non potendo considerarsi tale la semplice richiesta degli "interessi legali".

Ed invero, secondo recente e persuasivo orientamento della Corte di legittimità, *"in tema di risarcimento del danno da fatto illecito, gli interessi compensativi rappresentano un distinto profilo di danno, causato dalla mora, che il danneggiato - ove voglia esserne risarcito in aggiunta al capitale liquidato in moneta attuale - ha l'onere di domandare espressamente, allegandone il fatto costitutivo e di indicandone le fonti di prova (anche presuntive), senza che la relativa liquidazione possa essere effettuata d'ufficio dal giudice"* (ex aliis, Cass. Sez. 3, 04/08/2025, n. 22441; indirizzo confermato, da ultimo, da Cass., ordinanza del 16 gennaio 2026, n. 888).

Del resto, il creditore deve provare, anche per presunzioni, che la somma rivalutata (o liquidata in moneta attuale) sia inferiore a quella di cui avrebbe disposto, alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo. Tale effetto dipende prevalentemente dal rapporto tra remuneratività media del denaro e tasso di svalutazione nel periodo in considerazione, essendo ovvio che in tutti i casi in cui il primo sia inferiore al secondo, un danno da ritardo non è normalmente configurabile (cfr. Cass., Sez. 3, 10.3.2025 n. 6351; v. già Cass., ordinanza n. 18564 del 13/07/2018, Rv. 649736 - 01; Cass., n. 17155/2012; Cass. 12452/2003).

Pertanto, in mancanza di detta prova, oltre che di specifica domanda, non possono certamente attribuirsi a parte attrice, quale tecnica liquidatoria del danno da ritardo nel soddisfacimento del credito risarcitorio, gli interessi compensativi.

11.3. Per quanto attiene, poi, al periodo intercorrente tra la data della presente sentenza e la data dell'effettivo pagamento, sul totale delle somme sopra liquidate dovranno essere corrisposti – in accoglimento della domanda di parte attrice di vedersi corrisposti "gli interessi

legali” e per effetto della pronuncia di liquidazione che attribuisce al *quantum* dovuto natura di debito di valuta, in applicazione dell’art. 1282 c.c. – gli interessi annui al tasso legale ai sensi dell’art. 1284, co. 1, c.c.

12. Sulla domanda di risarcimento del danno patrimoniale, avente ad oggetto le spese conseguenti alla verifica dell’evento (come da fatture allegate al ricorso), si osserva quanto segue.

Occorre innanzitutto ricordare che i CTU hanno concluso nel senso che sono congrue e rimborsabili le spese mediche documentate per un totale di € 2.076,00 e l’onorario della CTP per un totale di € 1.500 oltre iva, mentre hanno escluso la rimborsabilità del costo dell’intervento estetico, pari ad € 3.700,00, che sarebbe stato comunque sostenuto (pag. 25 CTU).

12.1. Ciò posto, ritiene il Giudicante che non meriti accoglimento la domanda volta ad ottenere il rimborso delle somme corrisposte per l’intervento chirurgico del 5 gennaio 2022.

Tale esborso, come si chiarirà nel prosieguo, non costituisce infatti una conseguenza patrimoniale negativa dell’illecito accertato, ma rappresenta il corrispettivo versato dalla paziente per l’esecuzione dell’intervento richiesto.

Ed è pacifico che nell’interesse dell’attrice non sia stata svolta alcuna domanda di risoluzione del contratto per inadempimento o altra domanda restitutoria idonea a fondare la ripetizione del compenso corrisposto.

Nel contratto d’opera intellettuale, qualora il committente non abbia chiesto la risoluzione per inadempimento, ma solo il risarcimento dei danni, il professionista mantiene il diritto al corrispettivo della prestazione eseguita, in quanto la domanda risarcitoria non presuppone lo scioglimento del contratto e le ragioni del committente trovano in essa adeguata tutela (v. Cass. n. 6886/2014; da ultimo Cass., sez. 2, ordinanza n. 27042 del 18/10/2024).

La restituzione del corrispettivo presuppone dunque l’accertamento e la dichiarazione di risoluzione del contratto di prestazione d’opera professionale intercorso tra le parti per inadempimento dei convenuti e la sola domanda risarcitoria (unica formulata dall’attrice nel presente giudizio) non presuppone lo scioglimento del contratto (cfr. Cass. n. 6886/2014 cit., la quale in parte motiva osserva che: *“Ai sensi dell’art.1453 c.c., nei contratti con prestazioni sinallagmatiche, l’inadempimento (o inesatto adempimento) della prestazione di una parte abilita l’altra parte, a sua scelta, a chiedere l’adempimento o la risoluzione del contratto, salvo in ogni caso il risarcimento del danno. È pacifico, in giurisprudenza, che la domanda di risarcimento dei danni per inadempimento contrattuale può essere proposta congiuntamente o separatamente da quella di risoluzione, giacchè il citato art.1453 c.c., facendo salvo in ogni*

caso il risarcimento del danno, esclude che l'azione risarcitoria presupponga il necessario esperimento dell'azione di risoluzione del contratto (tra le tante v. Cass 24-11-2010 n.23820; Cass. 27-10-2006 n.23723; Cass. 11-6-2004 n.11103; Cass. 23-7-2002 n.10741)").

Ne consegue che, escludendo l'art. 1453 cod. civ. che l'azione risarcitoria per inadempimento contrattuale presupponga lo scioglimento del contratto e quindi il necessario esperimento dell'azione di risoluzione del contratto, la domanda (autonoma) di risoluzione del contratto non può considerarsi implicita nella proposizione della domanda risarcitoria (Cass. n. 23820/2010; v. anche Cass. 10/07/2018, n. 18086).

Tanto riferito, è ben vero che la Suprema Corte ha limpidamente precisato che: quando il contraente fedele, senza chiedere la risoluzione del contratto, quindi ferma l'efficacia dello stesso, agisca per ottenere il risarcimento del danno, l'oggetto del suo credito risarcitorio deve intendersi esteso a tutto il suo interesse contrattuale positivo, cioè il contraente non inadempiente dovrà essere messo non nella situazione in cui si sarebbe trovato ove non avesse concluso il contratto (interesse contrattuale negativo), bensì nella stessa condizione in cui si sarebbe trovato ove avesse ricevuto la prestazione dovutagli (interesse contrattuale positivo); con la conseguenza che non è escluso che la parte che domandi il risarcimento del danno, senza chiedere la risoluzione del contratto, possa in concreto ottenere risultati contenutisticamente analoghi a quelli che otterrebbe con la domanda restitutoria; in altri termini, allo stesso risultato cui mira la risoluzione per inadempimento del contratto (accertamento dell'inutilità delle spese sostenute in esecuzione del contratto risolto) si giunge anche se le spese fatte per ottenere la prestazione che non si è ricevuta o che non è esatta sono oggetto di una richiesta di risarcimento dell'interesse contrattuale positivo; nel senso che *"il riferimento alle spese sostenute invano costituisce un indice con il quale stimare l'interesse del creditore ad ottenere la prestazione attesa, idoneo a consentire al giudice una quantificazione del risarcimento, quando altri strumenti non siano utilizzabili"*; il valore della prestazione non eseguita o non esattamente eseguita è determinabile facendo riferimento al costo della stessa; adempimento e risarcimento condividono la comune finalità di attuazione del contratto, sia pure in forme diverse; in altri termini l'art. 1453 cod. civ. quando individua i rimedi spettanti al contraente fedele – adempimento *invito debitore* e/o risoluzione – indicando l'adempimento implica che in esso si comprenda il risarcimento e che, spettando alla parte che ha subito l'inadempimento, l'integrale risarcimento del danno per aver fatto affidamento sulla corretta esecuzione della prestazione (secondo il principio dell'*id quod interest*), detto danno, dovendo reintegrare il patrimonio del leso mediante l'attribuzione di un equivalente pecuniario, deve comprendere anche le eventuali spese per procurarsi *aliunde* la

prestazione ineseguita e che il compenso pagato inutilmente al professionista al fine di ottenerla possa costituire un parametro di valutazione di cui il giudice debba tener conto al fine di liquidare il danno nella sua integralità (v. *amplius* Cass. 29/12/2023, n. 36497; cfr. da ultimo Cass n. 15446/2025).

Nel caso di specie, tuttavia, assume rilievo decisivo la circostanza che la stessa CTU ha evidenziato come l'intervento abbia comunque conseguito l'obiettivo estetico perseguito dalla paziente, avendo prodotto un effetto risolutivo sulla rimozione delle rughe cutanee (cfr. pag. 24 CTU), sicché non può affermarsi la totale inidoneità della prestazione ricevuta a realizzare il risultato dedotto in contratto.

Pertanto, conclusivamente, il costo dell'operazione non può essere considerato integralmente perduto né può assumere la funzione di parametro per la liquidazione del danno, difettando il requisito della sostanziale inutilità della prestazione che, secondo la giurisprudenza di legittimità, giustifica il riconoscimento del relativo importo nell'ambito del risarcimento dell'interesse contrattuale positivo.

12.2. Deve inoltre rilevarsi che la domanda risarcitoria relativa alle spese mediche asseritamente sostenute dall'attrice per complessivi euro 7.310,00 difetta di adeguata specificità.

Invero, l'attrice non ha fornito una puntuale allegazione delle singole voci che comporrebbero tale importo, limitandosi a produrre documentazione il cui contenuto non consente di individuare con sufficiente precisione le prestazioni delle quali si richiede il ristoro né la loro riconducibilità causale ai fatti oggetto di causa.

In ogni caso, la documentazione versata in atti è costituita essenzialmente da fatture e la produzione delle sole fatture non è idonea a dimostrare l'effettivo sostenimento dell'esborso, occorrendo la prova dell'avvenuto pagamento delle somme richieste a rimborso (Cass. n. 26729/2024).

Nondimeno, i consulenti tecnici nominati nel procedimento di ATP hanno esaminato la documentazione sanitaria prodotta e hanno ritenuto congrue e causalmente riconducibili alle conseguenze dell'evento dannoso spese mediche per complessivi euro 2.076,00.

Entro tale limite, pertanto, il relativo danno patrimoniale può essere riconosciuto, non essendo invece dovuti ulteriori importi a tale titolo.

12.3. Quanto alle ulteriori spese professionali richieste dall'attrice (pre-notula a saldo del dott.

CP_7 per euro 2.440,00 e pre-notula a saldo del dott. *Per_1* per euro 1.830,00), deve osservarsi che si tratta di compensi richiesti per l'attività di consulenza medico-legale e specialistica svolta in favore della ricorrente in relazione alla vicenda oggetto di causa, per la

redazione di elaborati tecnici di parte nella fase antecedente al giudizio e per l'assistenza tecnica prestata nell'ambito del procedimento di ATP (cfr. doc. 18 e 19 allegati al ricorso).

I consulenti nominati in sede di ATP hanno espressamente valutato la congruità dell'attività di consulenza medico-legale di parte, ritenendo rimborsabile il relativo onorario nella misura di euro 1.500,00 oltre IVA.

Tuttavia, ai fini del riconoscimento di tali esborsi a titolo di danno patrimoniale, inquadrabili quale danno emergente, non è sufficiente la dimostrazione dell'assunzione della relativa obbligazione di pagamento, occorrendo invece la prova dell'effettivo versamento delle relative somme da parte del soggetto che ne richiede il rimborso (Cass. n. 26729/2024).

Nel caso di specie, l'attrice ha prodotto esclusivamente pre-notule professionali, senza fornire alcuna prova dell'avvenuto pagamento degli importi in esse indicati.

Ne consegue che le relative somme non possono essere riconosciute a titolo di danno patrimoniale.

Resta ferma la diversa valutazione, ai fini della regolamentazione delle spese di lite, dell'onorario sostenuto per la consulenza medico-legale di parte nell'ambito del procedimento di ATP, nei limiti dell'importo ritenuto congruo dai consulenti tecnici d'ufficio (v. Cass. n. 12759/1993).

12.4. Quanto all'ulteriore spesa di euro 13.500,00 che l'attrice afferma di avere sostenuto per un successivo intervento chirurgico "riparatore", deve anzitutto osservarsi che tale voce non forma oggetto di una specifica domanda risarcitoria.

Nel ricorso introduttivo, infatti, l'esborso viene richiamato soltanto in narrativa, nei seguenti termini: *"Peraltro, e solo ad abundantiam, si precisa che la ricorrente ha dovuto sopportare l'ulteriore spesa di euro 13.500,00 per effettuare un ulteriore intervento chirurgico riparatore..."*, senza che tale importo venga poi incluso nel prospetto riepilogativo delle somme richieste né nelle conclusioni formulate in giudizio. Successivamente, nelle note depositate in data 11 dicembre 2024, la ricorrente ha ribadito le conclusioni già formulate, quantificando la pretesa economica nell'importo complessivo di euro 58.181,00, senza comprendervi la predetta voce di spesa.

Ne consegue che la relativa richiesta non può ritenersi ritualmente devoluta alla cognizione del Tribunale ex artt. 99 e 112 c.p.c.

In ogni caso, anche a voler prescindere da tale rilievo processuale, la deduzione risulta del tutto carente sul piano allegatorio. L'attrice si limita infatti ad affermare di avere sostenuto l'esborso di euro 13.500,00 per un non meglio precisato intervento "riparatore", senza indicarne la natura, le modalità di esecuzione, la data dell'intervento, le ragioni cliniche che ne

avrebbero imposto l'esecuzione e il collegamento causale con le conseguenze dannose derivanti dall'intervento del 5 gennaio 2022.

Né la consulenza tecnica espletata nel procedimento di ATP contiene alcuna valutazione in ordine a tale intervento, trattandosi di spesa successiva all'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo.

Difetta pertanto la prova sia della necessità terapeutica dell'intervento sia della sua riferibilità causale all'illecito accertato, con conseguente infondatezza della pretesa anche sotto il profilo sostanziale.

13. La *Controparte_5* ha, poi, chiesto, nel caso di riconoscimento del risarcimento del danno richiesto dalla ricorrente, di condannare in via esclusiva il dott. *CP_1* [...] e la sua compagnia assicurativa), quale esclusivo responsabile dell'evento lesivo occorso alla *Parte_1*.

Tale domanda non merita accoglimento.

Anzitutto, deve rimarcarsi che la responsabilità della struttura sanitaria non è esclusa dalla mancanza di un rapporto di natura subordinata tra struttura e professionista, né dal fatto che quest'ultimo sia medico di fiducia del paziente che operi nella struttura pur essendo libero professionista non dipendente, una volta che la struttura sanitaria abbia accettato l'inserimento, sia pure temporaneo, incidentale o occasionale di un medico all'interno della propria struttura, al fine di provvedere all'esecuzione di prestazioni sanitarie di carattere diagnostico e/o terapeutico in favore di un determinato paziente (v. Cass. 10616/2012; v. altresì Cass. 1267/2019).

Inoltre, va rammentato che, nel caso di specie, trova applicazione la cd. legge *CP_13* e che quindi, in forza dell'art. 7, comma 1, di tale legge, la struttura sanitaria – 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 *ex lege* ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., delle loro condotte dolose o colpose.

Ciò implica che non possa essere accolta la domanda articolata dalla convenuta di condannare esclusivamente il *Cont* quale responsabile dell'evento lesivo, stante la natura solidale della responsabilità della struttura sanitaria e del medico nei confronti dell'odierna ricorrente.

Invero, secondo il costante orientamento della Suprema Corte, in tema di responsabilità solidale dei danneggianti, l'art. 2055, primo comma, cod. civ. richiede solo che il fatto dannoso sia imputabile a più persone, ancorché le condotte lesive siano fra loro autonome e pure se diversi siano i titoli di responsabilità di ciascuna di tali persone e anche nel caso in cui siano configurabili titoli di responsabilità contrattuale ed extracontrattuale, atteso che l'unicità

del fatto dannoso considerata dalla norma dev'essere riferita unicamente al danneggiato e non va intesa come - ovvero si astrae dalla - identità delle norme giuridiche da essi violate (Cass., 1701/2019, n. 1070, Cass., 16/12/2005, n. 27713).

Ebbene, la giurisprudenza di legittimità, anche prima dell'entrata in vigore della Legge Gelli-
Pt_4 che ha stabilito la natura contrattuale *ex lege* della responsabilità della struttura sanitaria, ha avuto modo di chiarire che *“In tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità della struttura sanitaria, integra, ai sensi dell'art.1228 c.c., una fattispecie di **responsabilità diretta per fatto proprio**, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzi nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'art.2049 c.c.”* (v. Cass. 29001/2021).

Tale principio conserva rilievo anche nel sistema delineato dalla legge n. 24/2017, nel quale la struttura continua a rispondere verso il paziente delle condotte colpose degli esercenti la professione sanitaria dei quali si avvalga.

Pertanto, nel caso di specie, sia la struttura sanitaria sia il chirurgo operatore rispondono, sebbene in forza di distinti rapporti obbligatori, a titolo contrattuale e in via solidale, ognuno per fatto proprio.

13.1. Ciò posto, nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la [...] **[...]**

CP_5 ha altresì chiesto, in via subordinata, per l'ipotesi di condanna solidale dei resistenti, di accertare e graduare internamente le responsabilità a carico degli stessi in proporzione della gravità delle rispettive colpe, con conseguente riconoscimento del diritto del condebitore solidale che estingue l'obbligazione al regresso nei confronti dell'altro debitore solidale. Ha quindi domandato, in via riconvenzionale, di rivalsa e di manleva, di condannare il dott. ^{Cont} la sua compagnia assicurativa al rimborso in favore della [...] **[...]**

Controparte_5 di quanto quest'ultima fosse eventualmente chiamata a versare, a qualunque titolo e in favore di chicchessia, per l'intera somma; ma tale domanda deve evidentemente essere intesa come comprensiva anche della domanda di rimborso, in favore di [...] **[...]**

CP_5 di qualsiasi somma che quest'ultima dovesse essere tenuta a corrispondere alla ricorrente in solidarietà passiva in eccesso rispetto alla sua quota di responsabilità.

Ebbene, anzitutto, deve ribadirsi la natura solidale della responsabilità della struttura sanitaria e del medico nei confronti dell'odierna ricorrente, sicché non può limitarsi la condanna della struttura sanitaria alla quota di sua responsabilità.

La convenuta **Controparte_5** ha tuttavia introdotto anche un'azione di rivalsa (definita dalla stessa anche di regresso ovvero di manleva) nei confronti del dott. **Cont** e della

Controparte_8

Innanzitutto, tale azione è procedibile, per le seguenti considerazioni.

In primo luogo e in linea generale, secondo consolidata giurisprudenza di legittimità, il condebitore solidale, convenuto in giudizio dall'unico creditore, può promuovere l'azione di regresso di cui all'art. 1299 c.c. nei confronti degli altri coobbligati anche prima di aver pagato la propria obbligazione, fermo restando che l'eventuale sentenza di accoglimento non potrà essere messa in esecuzione se chi l'ha promossa non abbia a sua volta adempiuto nei confronti del creditore principale (v. in termini, Cass. 12691/2008).

Inoltre, nel caso di specie, il dott. **Cont** stato convenuto in giudizio *ab origine* dal paziente, il che rende procedibile nei suoi confronti l'azione di rivalsa della struttura sanitaria ai sensi dell'art. 9, co. 2, l. n. 24/2017, in forza del quale: *“Se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento”*.

Nel merito, tuttavia, l'azione di rivalsa esercitata dalla **Controparte_5** deve essere respinta a norma dell'art. 9 della legge n. 24/2017 (applicabile *ratione temporis*), che ha positivizzato, in chiave speciale, i limiti dell'azione di rivalsa della struttura nei confronti del sanitario, subordinandola al riscontro del dolo o della colpa grave di quest'ultimo (cfr. da ultimo Cass. n. 9949/2026, secondo cui *“Detta prescrizione normativa non ha la funzione di ridefinire il titolo della responsabilità del sanitario verso il paziente, ma persegue l'obiettivo, coerente con la ratio complessiva della l. n. 24/2017, di bilanciare l'assunzione del rischio organizzativo da parte della struttura con una responsabilità del sanitario circoscritta alle ipotesi di maggiore gravità della colpa”*).

Nel caso di specie, infatti, la struttura sanitaria convenuta non ha fornito la prova del dolo o della colpa grave del dott. **CP_1** nell'esecuzione dell'intervento chirurgico per cui è causa, né la consulenza tecnica d'ufficio ha fatto emergere circostanze idonee a dimostrarne la sussistenza.

Né depone in senso contrario il richiamo alla clausola di manleva di cui all'art. 5 del contratto intercorso tra la struttura e il sanitario (doc. 5 **Parte_5**), dovendo la stessa ritenersi nulla ai sensi dell'art. 1418, comma 1, c.c., per contrarietà a norma imperativa, in quanto incompatibile con la disciplina dettata dall'art. 9 della legge n. 24/2017.

È stato infatti autorevolmente sostenuto che: non possa dubitarsi della natura imperativa della norma di cui all'art. 9 L. n. 24/2017 *“in quanto strettamente funzionale agli scopi, anche di rilievo pubblicistico, perseguiti dalla disciplina nel suo complesso”*; *“l'applicazione dell'art. 9 come norma speciale di disciplina della rivalsa implica che l'azione di rivalsa verso il sanitario sia assoggettata, in via prioritaria, al limite legale del dolo o della colpa grave, non superabile mediante criteri diversi di imputazione o di riparto fondati sull'autonomia negoziale”*; una volta individuata nell'art. 9 della l. n. 24/2017 la norma regolatrice del rapporto interno e assente il presupposto legale per l'accoglimento della rivalsa, *“l'autonomia negoziale risultava recessiva rispetto alla disciplina legale speciale”* (Cass. n. 9949/2026 cit.).

Ne consegue che la clausola contrattuale di manleva invocata dalla convenuta, nella misura in cui mira ad attribuire alla struttura un diritto di rivalsa ulteriore rispetto a quello consentito dall'art. 9 della legge n. 24/2017 e svincolato dall'accertamento del dolo o della colpa grave del sanitario, deve ritenersi nulla per contrarietà a norma imperativa ai sensi dell'art. 1418, comma 1, cod. civ.

Né – ancora – può ritenersi che la struttura possa conseguire il medesimo risultato attraverso l'esercizio dell'azione di regresso fondata sugli artt. 1298, 1299 e 2055 c.c. Difatti, secondo la recente giurisprudenza di legittimità, l'art. 9 della legge n. 24/2017 costituisce la disciplina speciale dei rapporti interni tra struttura ed esercente la professione sanitaria, sicché l'applicazione di tale disposizione esclude l'operatività di criteri alternativi di imputazione e di riparto della responsabilità incompatibili con il limite legale del dolo o della colpa grave (v. ancora Cass. n. 9949/2026 cit.).

Questo Giudice è infine consapevole dell'esistenza di un diverso orientamento interpretativo, emerso di recente nella giurisprudenza di merito, secondo cui l'art. 9 della legge n. 24/2017 disciplinerebbe esclusivamente l'azione di rivalsa della struttura, senza incidere sulla distinta disciplina civilistica del regresso tra coobbligati solidali, con possibile sopravvivenza, nei rapporti interni, dei principi elaborati dalla giurisprudenza in tema di pariteticità presunta delle quote risarcitorie.

In proposito, deve rammentarsi che la giurisprudenza di legittimità, pronunciata in tema di azione di rivalsa nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, ha affermato che *“nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connesso all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione*

contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione" (v. Cass. 28987/2019), posto che la responsabilità della struttura sanitaria integra una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio ai sensi dell'art. 1228 c.c. (v. Cass. 29001/2021 cit.: *"In tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità della struttura sanitaria, integra, ai sensi dell'art.1228 c.c., una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzi nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'art.2049 c.c.; pertanto, nel rapporto interno tra la struttura e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., atteso che, diversamente opinando, la concessione di un diritto di regresso integrale ridurrebbe il rischio di impresa, assunto dalla struttura, al solo rischio di insolvibilità del medico convenuto con l'azione di rivalsa, e salvo che, nel relativo giudizio, la struttura dimostri, oltre alla colpa esclusiva del medico rispetto allo specifico evento di danno sofferto dal paziente, da un lato, la derivazione causale di quell'evento da una condotta del sanitario del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità e, dall'altro, l'evidenza di un difetto di correlate trascuratezze, da parte sua, nell'adempimento del relativo contratto, comprensive di omissioni di controlli atti ad evitare rischi dei propri incaricati."*; v. altresì Cass. n. 28642/2024).

Di conseguenza, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la struttura sanitaria – che ritenga l'accaduto imputabile esclusivamente alla imperizia del chirurgo e che per l'effetto agisca in garanzia impropria chiedendo di essere tenuta indenne di quanto eventualmente fosse condannata a pagare nei confronti della danneggiata ed in regresso nei confronti del chirurgo affinché si accerti l'esclusiva responsabilità di questo nella causazione del danno – era tenuta pertanto a dimostrare, in quanto soggetto che agisce in regresso a fronte di una responsabilità solidale, l'esclusiva responsabilità dell'altro nei termini sopra indicati, non rientrando invece nell'onere probatorio del medico l'onere di individuare precise cause di responsabilità della clinica tali da condurre al rigetto dell'azione di regresso (v. Cass. n. 24167/2019; v. in merito all'inapplicabilità della regola dell'inversione dell'onere della prova

di cui all'art. 1218 c.c. nel giudizio di accertamento del riparto della corresponsabilità tra più obbligati, Cass. n. 25772/2023).

Tuttavia, questo Giudice ritiene di aderire all'indirizzo recentemente espresso dalla Suprema Corte (v. Cass. n. 9949/2026 più volte citata), la quale ha preso esplicita posizione sulla questione interpretativa oggi dibattuta per affermare che l'art. 9 della legge n. 24/2017 costituisce la disciplina speciale del rapporto interno tra struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria, escludendo l'operatività di criteri diversi di imputazione e riparto della responsabilità incompatibili con il limite legale del dolo o della colpa grave.

In conclusione, in difetto di prova del dolo o della colpa grave del chirurgo operatore, la domanda riconvenzionale di rivalsa articolata da Controparte_5 nei confronti del dott. ^{Cont} della Controparte_8 deve pertanto essere respinta.

14. La ricorrente ha poi convenuto in giudizio anche la Controparte_8 quale compagnia assicurativa del dott. ^{Cont} già chiamata in causa da quest'ultimo nell'ambito del procedimento per ATP, esercitando, in tal modo, l'azione diretta da parte del paziente nei confronti della compagnia d'assicurazione del danneggiante prevista dall'art. 12 della legge n. 24/2017.

L'art. 12 della legge n. 24/2017 stabilisce infatti, 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”*. L'efficacia di tale previsione viene accentuata, sul piano processuale, dall'inopponibilità al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, delle eccezioni derivanti dal contratto, purché *“diverse da quelle stabilite dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6, che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 10, comma 2”* (art. 12, secondo comma).

Tuttavia, deve essere dichiarata l'inammissibilità della domanda diretta svolta dall'attrice nei confronti della compagnia assicuratrice del professionista sanitario convenuto.

È vero, infatti, che la legge n. 24/2017 stabilisce, all'art. 8 co. 4, 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 danneggianti, 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, prevede 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 6 le condizioni per la sua operatività: cioè l'emissione di appositi decreti ministeriali, non emanati al momento della notifica del ricorso introduttivo a Controparte_8 prevedenti i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e i sanitari (cfr. art. 12, co. 6, l. n. 24/2017, secondo cui *“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”*).

La recente entrata in vigore del D.M. n. 232/2023 (pubblicato nella G.U. 1 marzo 2024, n. 51) non vale a superare la ritenuta inammissibilità della domanda promossa nei confronti della 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 del dott. Cont la domanda svolta nei confronti di quest'ultima non può che essere dichiarata inammissibile: 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 [...]

Controparte_8 deve essere dichiarata inammissibile.

15. Infine, deve essere esaminata la domanda di manleva formulata dal professionista nei confronti della compagnia assicurativa Controparte_8 in virtù della polizza n. RCM (Omissis), nella forma "claims made", vigente dal 02/09/2021 al 02/09/2022, con retroattività fino al 02/09/2018 (doc. 3 convenuta CP_3).

La domanda è fondata per quanto di ragione.

Innanzitutto, non può condividersi l'assunto della compagnia secondo cui la copertura sarebbe limitata alle sole ipotesi di responsabilità extracontrattuale, atteso che le condizioni di polizza prevedono la copertura della responsabilità civile dell'assicurato per i danni cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale e ricomprendono altresì le prestazioni sanitarie erogate in regime libero-professionale nell'adempimento dell'obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Pertanto, le somme dovute dal dott. Cont alla ricorrente in forza della presente sentenza rientrano nell'oggetto della garanzia assicurativa. Le somme oggetto della presente condanna attengono infatti al danno biologico e patrimoniale conseguente alla lesione neurologica causalmente riconducibile all'intervento chirurgico eseguito dall'assicurato e rientrano pertanto nel rischio assicurato.

Deve altresì osservarsi che la domanda di manleva proposta dal dott. Cont concerne esclusivamente le somme eventualmente dovute alla ricorrente in conseguenza della presente pronuncia e non anche il rimborso delle spese legali sostenute dall'assicurato. La questione concernente l'operatività dell'art. 7 delle condizioni generali di assicurazione, oggetto di discussione tra le parti, esula pertanto dall'oggetto della domanda e non richiede specifica statuizione.

Quanto alla previsione di cui all'art. 8 delle condizioni di polizza, invocata dalla convenuta CP_3 la stessa presuppone tuttavia l'accertamento della quota di responsabilità ascrivibile all'assicurato nell'ambito del rapporto interno tra i coobbligati solidali.

Tale accertamento non è stato compiuto nel presente giudizio, in quanto, pur essendo stata riconosciuta la responsabilità solidale del dott. Cont nei confronti della danneggiata, non è stata operata alcuna ripartizione interna delle rispettive quote di responsabilità tra il chirurgo operatore e la struttura sanitaria, essendo stata rigettata la domanda di rivalsa proposta da quest'ultima.

Ne consegue che la presente decisione non contiene alcuna statuizione suscettibile di costituire presupposto applicativo della limitazione dell'obbligo di manleva invocata dall'assicuratore, la quale presuppone invece la preventiva individuazione di una quota interna di responsabilità imputabile all'assicurato.

In difetto di tale accertamento, la clausola non può trovare applicazione ai fini della presente decisione e la compagnia assicurativa è pertanto tenuta a tenere indenne il proprio assicurato per quanto egli sia tenuto a corrispondere alla danneggiata in esecuzione della presente decisione.

16. Infine, deve essere regolamentato il regime delle spese di lite.

16.1. Nel rapporto processuale tra la ricorrente e i convenuti Controparte_5 e CP_1, innanzitutto deve escludersi che ricorra nel caso di specie una “soccombenza reciproca”, in applicazione del principio di diritto secondo cui *“in tema di spese processuali, l'accoglimento in misura ridotta, anche sensibile, di una domanda articolata in un unico capo non dà luogo a reciproca soccombenza, configurabile esclusivamente in presenza di una pluralità di domande contrapposte formulate nel medesimo processo tra le stesse parti o in caso di parziale accoglimento di un'unica domanda articolata in più capi, e non consente quindi la condanna della parte vittoriosa al pagamento delle spese processuali in favore della parte soccombente, ma può giustificarne soltanto la compensazione totale o parziale, in presenza degli altri presupposti previsti dall'art. 92, secondo comma, cod. proc. civ.”* (cfr. Cass., Sez. Un., n. 32061/2022).

Pertanto, le spese di lite seguono la soccombenza dei predetti convenuti ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e, quindi, sono poste a carico di questi ultimi in favore della ricorrente, nella misura liquidata come in dispositivo, in ragione dei valori medi di cui alla tabella allegata al d.m. 55/2014 (così come modificato dal d.m. 147/2022), in applicazione del criterio del cd. *decisum* (v. art. 5 d.m. 55/2014, nonché Cass. Sez. Un. 19014/2007 e Cass. 26297/2019) con riferimento al valore della controversia (scaglione da € 26.001,00 a € 52.000,00), alla natura e alla complessità della controversia, con riduzione ai minimi per la fase decisionale, consistita nella sola udienza di discussione e dunque tenuto conto dell'attività difensiva effettivamente espletata.

Con riguardo alla richiesta di rimborso degli importi versati per le consulenze tecniche di ufficio e per l'attività svolta dai consulenti tecnici di parte nel corso del procedimento di ATP, va tenuto presente che *“le somme erogate dalla parte che ha chiesto un accertamento tecnico preventivo per compensare il consulente tecnico di ufficio ed il proprio consulente costituiscono, dopo che gli atti dell'accertamento tecnico sono stati acquisiti nel successivo*

giudizio di merito, spese giudiziali e non componenti del danno da risarcire e le relative somme non sono pertanto soggette a rivalutazione monetaria, ma debbono essere considerate nella liquidazione delle spese processuali da porre, in tutto o in parte, a carico del soccombente, salvo che il giudice non ritenga di compensarle ai sensi dell'art. 92 cod. proc. civ.” (così Cass. n. 12759/1993).

Lo stesso dicasi per le spese legali relative all'istruzione preventiva, che, quindi, vanno parimenti prese in considerazione, nel successivo giudizio di merito, ove l'accertamento tecnico sia acquisito, come spese giudiziali, da porre, salva l'ipotesi di compensazione, a carico del soccombente (v. Cass., n. 1690/2000; Cass., n. 15672/2005; Cass., n. 4156/2012; Cass., n. 14268/2012).

Essendo stati, dunque, i predetti convenuti, con le rispettive condotte, a dare causa al procedimento di ATP e alla CTU ivi espletata, per essere loro imputabile il riscontrato fatto lesivo, va ritenuta fondata la domanda con cui parte attrice ha richiesto il rimborso della somma liquidata ai due CTU, da quantificare, sulla base dell'allegata documentazione, in complessivi € 2.348,19 a titolo di compenso, oltre IVA se dovuta.

La struttura sanitaria e il medico operatore vanno poi condannati al rimborso in favore della ricorrente dell'onorario sostenuto per la consulenza medico-legale di parte nell'ambito del procedimento di ATP, nei limiti dell'importo ritenuto congruo dai consulenti tecnici d'ufficio, e quindi nella misura di € 1.500,00 oltre IVA se dovuta.

Infine, quanto alle spese di lite relative al procedimento per ATP, le stesse seguono la soccombenza e, quindi, sono poste a carico di **Controparte_5** e **CP_1** in favore della ricorrente, nella misura liquidata come in dispositivo secondo i parametri medi di cui al DM 13.08.2022, n. 147, tenuto conto del valore della causa in base al *decisum* (Cass. civ., Sez. III, ord. 21 maggio 2026, n. 15518), della sua natura, tipologia e durata, della complessità dell'attività svolta.

16.2. Nei rapporti processuali tra la ricorrente e la compagnia assicurativa convenuta, stante la ritenuta inammissibilità della domanda risarcitoria diretta proposta dalla prima nei confronti di quest'ultima, le spese di lite, ai sensi dell'art. 91 c.p.c., sono poste a carico di **Parte_1** in favore della **Controparte_8** nella misura liquidata come in dispositivo, in ragione dei valori medi di cui alla tabella allegata al d.m. 55/2014 (così come modificato dal d.m. 147/2022), in applicazione del criterio del cd. *decisum* (v. art. 5 d.m. 55/2014) con riferimento al valore della controversia (scaglione da € 26.001,00 a € 52.000,00), alla natura e alla complessità della controversia, con riduzione ai minimi per la fase decisionale, consistita nella sola udienza di discussione e dunque tenuto conto dell'attività difensiva effettivamente

espletata, ed esclusa la maggiorazione di cui all'art. 4, comma 1bis, DM 55/2014 in assenza dei relativi presupposti.

16.3. Nel rapporto processuale tra *Controparte_5* da un lato, e *CP_1* e *Controparte_8* dall'altro, nonostante la soccombenza della prima sulla domanda riconvenzionale trasversale di rivalsa proposta verso il chirurgo operatore e la sua compagnia assicurativa, tenuto conto della assoluta novità della questione trattata (concernente i presupposti dell'azione di rivalsa della struttura sanitaria dopo l'introduzione dell'art. 9 della legge n. 24/2017, e quindi i rapporti tra il limite legale del dolo o della colpa grave previsto dal medesimo art. 9, da un lato, e i diversi criteri di imputazione e riparto della responsabilità incompatibili con il suddetto limite stabiliti dagli artt. 1298, 1299 e 2055 c.c. per l'azione di regresso, dall'altro), le spese di lite devono essere integralmente compensate ai sensi dell'art. 92 c.p.c.

16.4. Nel rapporto processuale tra il convenuto *CP_1* e *Controparte_8* in ragione dell'accoglimento della domanda di manleva formulata dal primo nei confronti della propria compagnia assicurativa, le spese di lite devono essere poste a carico della compagnia soccombente e vengono anch'esse determinate, come in dispositivo, sulla base dei valori medi di cui alla tabella allegata al d.m. 55/2014 (come modificato dal d.m. 147/2022), tenuto conto del *decisum*, della natura e della complessità della controversia, con riduzione ai minimi per la fase decisionale, consistita nella sola udienza di discussione, avuto dunque riguardo all'attività difensiva effettivamente svolta.

P.Q.M.

Il Tribunale di Siena, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa n. R.G. 2700/2023, disattesa o assorbita ogni diversa domanda, eccezione e deduzione, così provvede:

- accerta la responsabilità della struttura sanitaria *Controparte_5* e del professionista dott. *CP_1* per le prestazioni rese in favore dell'attrice nei termini indicati in motivazione e, in parziale accoglimento della domanda risarcitoria, condanna i medesimi convenuti *Controparte_5* e *CP_1* al pagamento, in solido tra loro, in favore di *Parte_1* della somma di € 37.230,07 (già rivalutata e determinata come da motivazione) a titolo di danno non patrimoniale e di € 2.076,00 a titolo di danno patrimoniale, oltre interessi legali ex art. 1284, comma 1, c.c., dalla pubblicazione della presente sentenza al saldo;

- dichiara inammissibile la domanda risarcitoria diretta proposta da *Parte_1* nei confronti di *Controparte_8*
- rigetta la domanda riconvenzionale di rivalsa proposta da *Controparte_5* nei confronti di *CP_1* e di *Controparte_8*
- accoglie la domanda di manleva proposta da *CP_1* e, per l'effetto, condanna *Controparte_8* a tenere indenne e manlevare il dott. *CP_1* da quanto questi sia tenuto a corrispondere alla ricorrente in forza della presente sentenza, nei limiti del rischio assicurato e alle condizioni di polizza n. RCM *(Omissis)*, come accertati in motivazione;
- condanna i convenuti *Controparte_5* e *CP_1*, in solido tra loro, al pagamento in favore di parte ricorrente delle spese di lite, che liquida: quanto al procedimento di accertamento tecnico preventivo, in €3.056,00 per compensi (oltre rimborso contributo unificato e spese forfettarie del 15 %, Iva e Cpa come per legge) e in € 1.500,00 (oltre IVA se dovuta) per rimborso dell'onorario sostenuto per la consulenza medico-legale di parte; quanto al presente giudizio, in € 6.164,00 per compensi, oltre rimborso del contributo unificato, rimborso forfettario delle spese generali (15%), CPA e IVA (se dovuta) come per legge;
- condanna i convenuti *Controparte_5* e *CP_1*, in solido tra loro, a rifondere alla ricorrente gli oneri relativi alla CTU espletata nel corso del giudizio di accertamento tecnico preventivo, liquidati in atti nel complessivo importo di € 2.348,19, oltre IVA se dovuta;
- condanna *Parte_1* al pagamento in favore di *Controparte_8* delle spese di lite, che liquida in € 6.164,00 per compensi, oltre rimborso forfettario delle spese generali (15%), CPA e IVA (se dovuta) come per legge;
- compensa integralmente le spese di lite nel rapporto processuale tra *[...]* *CP_5* da un lato, e *CP_1* e *Controparte_8* dall'altro;
- condanna *Controparte_8* al pagamento in favore di *CP_1* delle spese di lite, che liquida in € 6.164,00 per compensi, oltre rimborso forfettario delle spese generali (15%), CPA e IVA (se dovuta) come per legge.

Così deciso in Siena, il 27/07/2026.

Il Giudice
Dott. Antonio Romano

Nota *La divulgazione del presente provvedimento, al di fuori dell'ambito strettamente processuale, è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy ex D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.*