



REPUBBLICA ITALIANA
In nome del popolo italiano
TRIBUNALE DI PISA

Sezione Unica Civile

Il Tribunale, in persona del Giudice Unico, dott.ssa Luisa Todisco, ha emesso la seguente

ORDINANZA EX ART. 702 BIS e SS. C.P.C.

Nella causa civile iscritta al n. 667/2023 del ruolo generale degli affari contenziosi vertente tra

Parte_1

(C.F. C.F._1) rappresentata e difesa dall'avv.to

ATTORE

E

Controparte_1

(cod. fisc. P.IVA_1) in persona del legale rappresentante pro-tempore, rappresentata e difesa dall'avv.to

CONVENUTO

E

CP_2

(C.F.: CodiceFiscale_2 , rappresentato e difeso

dall'avv.to

CONVENUTO E TERZO CHIAMATO

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Per parte ricorrente:

Voglia l'Ill.mo Tribunale di PISA, ogni contraria istanza disattesa, in accoglimento del presente ricorso:

IN VIA PRINCIPALE:

condannare, la [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] (C.F. P.IVA_1) in persona del legale rappresentante pro tempore,
con sede in PISA, Via [REDACTED] n. 13 ed il dott. CP_2 (C.F.
C.F._3 [REDACTED] e residente in PISA, [REDACTED]
e con studio in Pisa [REDACTED], in solido tra loro o ciascuno per la quota che
risultasse spettante, al risarcimento in favore della ricorrente sig.ra Parte_1
[...] C.F. C.F._1) nata a [REDACTED] il [REDACTED] e residente
in [REDACTED] Via [REDACTED] n. 12/p. 3°, dei danni non patrimoniali dalla stessa subiti a causa
dei fatti esposti in parte narrativa e delle spese mediche sostenute, nella misura individuata in sede di ricorso
introduttivo ed aggiornata in sede di note conclusive depositate in data odierna (€ 185.861,90) in
applicazione della Tabella Unica Nazionale 2025, oltre rivalutazione monetaria ed interessi sulla somma
rivalutata fino al saldo;

IN VIA SUBORDINATA:

condannare la [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] (C.F. P.IVA_1) in persona del legale rappresentante pro tempore,
con sede in PISA, Via [REDACTED] n. 13 ed il dott. CP_2 (C.F.
C.F._3 [REDACTED] e residente in PISA, [REDACTED]
e con studio in Pisa [REDACTED], in solido tra loro o ciascuno per la quota che
risultasse spettante, al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dalla sig.ra [...] Parte_1
(C.F. C.F._1) nata a [REDACTED] [REDACTED] il
[REDACTED] e residente in [REDACTED] Via [REDACTED] n. 12/p. 3° nella misura ritenuta di
giustizia in applicazione della Tabella Unica Nazionale 2025 oltre rivalutazione monetaria ed interessi
sulla somma rivalutata fino al saldo;

IN VIA ULTERIORMENTE SUBORDINATA:

condannare, la [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
DELL' CP_1 (C.F. P.IVA_1) in persona del legale rappresentante pro tempore,
con sede in PISA, Via [REDACTED] n. 13 ed il dott. CP_2 (C.F.
C.F._3 [REDACTED] e residente in PISA, [REDACTED]
e con studio in Pisa [REDACTED], in solido tra loro o ciascuno per la quota che
risultasse spettante, al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dalla sig.ra Pt_1

Parte_1 (C.F. C.F._1) nata a [redacted] [redacted] il [redacted] e residente in [redacted] Via [redacted] n. 12/p. 3° la cui determinazione definitiva è rimessa all'equa valutazione del Giudice anche in via equitativa ex art 1226 c.c., oltre rivalutazione monetaria ed interessi sulla somma rivalutata fino al saldo;

IN OGNI CASO:

condannare, la [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
DELL' CP_1 (C.F. P.IVA_1) in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in PISA, Via [redacted] n. 13 ed il dott. CP_2 (C.F. C.F._3 [redacted] e residente in PISA, [redacted] e con studio in Pisa [redacted], in solido tra loro o ciascuno per la quota che risultasse spettante, al risarcimento dei danni patrimoniali riconducibili alle spese mediche sostenute e riconosciute dovute in sede di Consulenza Tecnica Preventiva ex art. 696 bis c.p.c., alle spese per l'espletamento della CTU 696 bis c.p.c. (CTU e CTP) per € 5.814,00.

Con condanna al rimborso, in favore del ricorrente, delle spese del presente giudizio nonché del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. 367/2022 R.G. del Tribunale di PISA.

Per parte convenuta, Controparte_1 :

“Piaccia al Tribunale Ill.mo, contrariis reiectis,

in via istruttoria: disporre la rinnovazione della CTU medico legale espletata;

- nel merito, in via principale: respingere integralmente le domande proposte dalla ricorrente [...]

Parte_1 perché infondate in fatto ed in diritto, e comunque non provate;

- nel merito, in via subordinata: nella denegata ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande proposte dalla ricorrente, e di conseguente riconoscimento di un risarcimento a favore di Parte_1

[...] ed a carico di Controparte_1 , veder riconosciuto il diritto di rivalsa e/o regresso della comparente nei confronti del dott. CP_3 e pertanto dichiarare tenuto e condannare quest'ultimo a rifondere Controparte_1 le somme che quest'ultima dovesse essere tenuta a corrispondere a titolo di capitale, rivalutazione, interessi e spese a favore della ricorrente.

- in ogni caso: Con vittoria di spese e compensi di giudizio”

Per parte convenuta, CP_2 :

“Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione:

- preliminarmente, in via istruttoria, disporre l'integrale rinnovazione della c.t.u. esperita nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. iscritto al n. 367/2022 Trib. Pisa ed acquisita al presente giudizio - così come risultante all'esito della relazione integrativa per chiarimenti in quest'ultimo depositata- in ragione delle plurime criticità ed incongruenze inficianti l'elaborato peritale in questione, nei termini sin qui diffusamente illustrati a partire dalla comparsa costitutiva, successivamente nella seguente comparsa integrativa autorizzata e da ultimo nelle presenti note autorizzate;

- nel merito, rigettare integralmente le domande risarcitorie tutte articolate in seno al ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato dalla sig.ra **Pt_1** perché infondate e pretestuose, per i motivi di fatto e di diritto illustrati in seno alla comparsa di costituzione e risposta del 29.09.2023 ed alla comparsa di costituzione integrativa autorizzata del 07.03.2024, nonché per essere l'avversa azione giudiziaria tesa al riconoscimento di una pretesa risarcitoria coperta da prescrizione;

- rigettare altresì, per la denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte ricorrente, la richiesta della **Controparte_1** volta a vedersi riconosciuto il diritto di rivalsa e/o regresso nei confronti del Dr. **CP_2** -con conseguente condanna di quest'ultimo alla rifusione delle somme che la predetta dovesse essere tenuta a corrispondere a titolo di capitale, rivalutazione, interessi e spese a favore della ricorrente- in quanto infondata in fatto ed in diritto, ovvero contenerne l'entità nel limite paritario di legge per le ragioni illustrate in seno alla comparsa di costituzione integrativa autorizzata del 07.03.2024;

- con vittoria di compensi e spese di giudizio, anche relativamente alla procedura di accertamento tecnico preventivo, incluse quelle peritali tutte di entrambe le fasi”.

RAGIONI in FATTO e in DIRITTO

1. Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., **Parte_1** (in seguito, per brevità, la ricorrente) ha evocato in giudizio innanzi al Tribunale di Pisa la **Controparte_1** (di seguito, per brevità, anche la congregazione o la casa di cure) e il Dott. **[...]** **CP_2** (di seguito, per brevità, anche il medico), chiedendo il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a seguito della lesione del proprio diritto alla salute, concretatasi nella perdita definitiva della vista all'occhio destro e nella considerevole riduzione delle capacità visive con riferimento all'occhio sinistro, a seguito del distacco della retina.

2. A fondamento della propria domanda, parte ricorrente ha premesso che:

- aveva sofferto, sin da giovane età, di gravi problemi alla vista causati da progressiva ed ingravescente miopia;

- nel 2003 si era rivolta allo specialista di propria fiducia Dott. CP_2 presso lo studio di quest'ultimo in [REDACTED] su indicazione del quale, all'età di 24 anni, in data 12 e 13 maggio 2003, si sottoponeva ad intervento bilaterale di facoemulsificazione ed inserimento di lente intraoculare presso la casa di cura, odierna convenuta: l'intervento era finalizzato alla rimozione della cataratta;

- dopo un periodo nel quale il decorso appariva favorevole, ha subito l'opacizzazione della retina di entrambi gli occhi;

- nel 2004 veniva sottoposta, sempre da parte del CP_2, ma presso struttura diversa da quella convenuta, due ulteriori interventi di YAG laser ad entrambi gli occhi, al fine di rimuovere una cataratta secondaria, nel frattempo manifestatasi;

- nel mese di agosto 2005, ha patito un distacco della retina che interessava l'occhio destro e per il quale era sottoposta a successivi interventi chirurgici (almeno quattro) con esito di perdita completa del *visus*;

- nel mese di ottobre 2008, ha subito il distacco anche della retina dell'occhio sinistro, anch'esso sottoposto ad intervento chirurgico che esitava in *visus* corretto di 9/10.

3. A fronte di tale decorso clinico, parte ricorrente, allegando anche uno stato depressivo, curato farmacologicamente, lamenta sia un danno permanente alla salute che un danno patrimoniale, in relazione alle spese mediche sostenute, nonché alle spese di CTU e CTP, nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. intrapreso.

Parte ricorrente, inoltre, ha, altresì, allegato un danno derivante dal mancato rispetto delle regole inerenti all'acquisizione del consenso informato, che non era stato prestato in maniera consapevole a causa delle carenze informative inerenti al trattamento chirurgico cui era stata sottoposta, nonché alle sue implicazioni e complicanze.

Ha, pertanto, in giudizio formulato distinta domanda risarcitoria per detta posta di danno, sia nei confronti della casa di cura che del medico.

4. Si è costituita in giudizio la congregazione, che ha chiesto il rigetto della domanda di parte attrice in quanto infondata in fatto ed in diritto.

Parte convenuta ha dedotto la perfetta esecuzione degli interventi da parte del CP_2 e la corretta informativa fornita dalla congregazione alla paziente, mediante documentazione scritta, tenuto conto anche dell'epoca di verifica dei fatti contestati-2003/2004-, atteso che una compiuta disciplina del consenso informato in ambito medico-sanitario è stata introdotta in epoca successiva, con la legge n.219 del 22 dicembre 2017.

5.Si è costituito il medico che ha eseguito gli interventi, CP_2 , il quale ha insistito per il rigetto della domanda attorea , contestandone la fondatezza in fatto e in diritto e preliminarmente la prescrizione del diritto al risarcimento del danno preteso da parte ricorrente, tenuto conto della data di esecuzione dei primi due interventi, ovverossia 12 e 13 maggio 2003.

6. La causa, instaurata dopo lo svolgimento del procedimento di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c., istruita con la produzione di documenti e l'espletamento di una integrazione della CTU, è stata trattenuta in decisione, ai sensi dell'art. 702 bis e ss. sulla base delle conclusioni delle parti, come sopra riportate a seguito dello svolgimento dell'udienza in data 30 luglio 2026, con modalità cartolare ex art. 127 ter c.p.c. , giusta ordinanza in data 9.8.2026.

Il ricorso è fondato e va accolto nei limiti e per le ragioni di cui in seguito.

1) Sull'eccezione di prescrizione.

L'eccezione di prescrizione del diritto di credito al risarcimento del danno asseritamente subito dalla parte ricorrente è infondata per le ragioni che seguono.

Pare opportuno, sul punto, preliminarmente precisare quanto in seguito.

In materia sanitaria vi è la coesistenza di rapporti tra loro autonomi facenti tutti capo alla prestazione sanitaria rispetto alla quale l'opera intellettuale medica rimane il nucleo qualificante; attorno a tale nucleo, possono individuarsi tre tipologie di rapporti tra loro saldamente connessi: l'uno, tra struttura e paziente, l'altro, tra medico e paziente e l'altro ancora, tra la struttura e il medico. Nel caso di specie considerando che l'azienda sanitaria locale non ha, in questo giudizio, esercitato alcuna azione di regresso nei confronti del medico, vengono in rilievo solo i primi due rapporti.

Per ciò che attiene alla qualificazione del rapporto paziente/struttura è sufficiente richiamare il costante orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui *“l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, in base alla quale la stessa è tenuta ad una prestazione complessa, che non si esaurisce nella effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) già prescritte dall'art. 2 legge n. 132 del 1968, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle "lato sensu" alberghiere.”* (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 8826 del 13/04/2007).

La struttura ospedaliera quindi *“risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 c.c., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 c.c., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale (Cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 1620 del 03/02/2012).*

Mentre, per ciò che attiene al rapporto medico-paziente il problema qualificatorio presenta maggiori problematiche dato che la disciplina della responsabilità medico sanitaria, nel nostro ordinamento è stata oggetto due recenti interventi normativi il primo rappresentato dal D.L. n. 158/2012, convertito con modificazioni nella L. n. 189/2012 (la cd. legge Balduzzi) il secondo costituito dalla L. n. 24/2017 (legge Gelli-Bianco), che per la prima volta ha fornito una disciplina organica della materia.

Prima dei predetti interventi normativi, la suprema corte di Cassazione, con la nota sentenza della Sez. III, 22 gennaio 1999 n. 589, aveva affermato il principio secondo cui anche nel caso in cui non il rapporto medico-paziente non fosse fondato su di un contratto, alla responsabilità dell'operatore sanitario dovessero comunque applicarsi le norme previste in tema di responsabilità sociale, in quanto tali fattispecie sarebbero state inquadrabili nella c.d. responsabilità da contatto sociale qualificato. In particolare, *“i regimi della ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione sono quelli tipici delle obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale.”* (cfr. Cass. Civ. Sez. III, 22 gennaio 1999 n. 589).

Detto assunto, ampiamente condiviso dalla giurisprudenza successiva, è stato posto in discussione alla luce dell'art. 3 della L. n. 189 del 2012 (cd. Legge Balduzzi). Tale norma, nell'escludere la responsabilità penale, per colpa lieve, del medico che si attiene alle c.d. linee guida, richiamava testualmente l'art. 2043 c.c., suscitando così nuovi dubbi in dottrina e giurisprudenza in ordine alla natura della responsabilità del sanitario.

Tali dubbi però non furono condivisi dalla giurisprudenza di Cassazione, la quale precisò che *“l'articolo 3, comma 1, della Legge n. 189 del 2012, là dove omette di precisare in che termini si riferisca all'esercente la professione sanitaria e concerne nel suo primo inciso la responsabilità penale, comporta che la norma dell'inciso successivo, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 c.c., poiché in lege aquilia et levissima culpa venit, vuole solo significare che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrilevanza della colpa lieve in ambito di responsabilità extracontrattuale, ma non ha inteso prendere alcuna posizione sulla qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità di quella natura. La norma, dunque, non induce il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità da contatto e sulle sue implicazioni?”* (Cassazione Civile, Sezione VI, ordinanza n. 8940 del 2014).

In materia, come detto è poi intervenuto nuovamente il legislatore con la L. n. 24/2017 (legge Gelli-Bianco). Tuttavia, tale normativa – come ha affermato di recente la Suprema Corte - non ha efficacia retroattiva, per ciò che attiene alle norme sostanziali in essa contenute (in primis quelle sulla qualificazione della responsabilità) con la conseguenza che non è applicabile ai fatti avvenuti prima della sua entrata in vigore (cfr. Cass. civ. Sez. III, Sent. 11-11-2019, n. 28994). Conseguentemente, considerato che i fatti oggetto della presente controversia sono antecedenti all'entrata in vigore della L. 24/2017, dovrà continuare a trovare applicazione il pregresso orientamento giurisprudenziale che qualificava la responsabilità del medico come da c.d. contatto sociale e quindi le regole sull'*onus probandi*, dovranno essere quelle della responsabilità contrattuale; ad analoghe conclusioni deve giungersi con riferimento al regime applicabile in tema di prescrizione. A tal proposito, deve ritenersi applicabile la disciplina in materia di prescrizione decennale, di cui all'art. 2946 c.c.

Quanto all'individuazione del *dies a quo* da cui decorre detta prescrizione, occorre richiamare il disposto di cui all'art. 2935 c.c. in base al quale il termine di prescrizione decorre da quando il diritto può essere fatto valere.

Nel caso di danni alla persona, la giurisprudenza sia di legittimità che di merito (cfr. per esempio Tribunale di Firenze, sentenza n. 152 del 2014, Sezione II) ha ritenuto che il termine di prescrizione non decorresse se non dal momento in cui il danno si manifesta all'esterno e diventa percepibile e riconoscibile.

Nel caso concreto, dalle produzioni e allegazioni di parte è emerso che la parte ricorrente ha avuto contezza e consapevolezza della propria condizione e precisamente del primo distacco della retina nel 2005, riguardante l'occhio destro, poi rimasto cieco, cui è seguito quello all'altro occhio, il sinistro, nel 2008.

Poiché risulta documentalmente che la prima richiesta risarcitoria è stata formulata nel 2014 (come da diffida inviata alla casa di cura odierna convenuta in data 3.10.2014 e ricevuta in data 8.10.2014, prodotta quale documento 21 da parte ricorrente), può dirsi che alla data di introduzione del presente giudizio, il termine prescrizionale decennale era stato correttamente interrotto, appunto nel 2014 e nessuna prescrizione del diritto risarcitorio era in effetti ancora maturata.

Per tutte le superiori considerazioni, l'eccezione di prescrizione deve essere rigettata.

2. Sull' *an debeatur*: sulla responsabilità risarcitoria del medico esecutore degli interventi e della struttura, odierni convenuti.

Passando al merito della controversia, il ricorso risulta fondato nei limiti e per le ragioni che seguono.

Tenuto conto, per quanto sopra esposto, che sia al medico esecutore degli interventi che alla struttura sanitaria risulta applicabile il regime proprio della responsabilità contrattuale, le posizioni possono essere trattate congiuntamente con riferimento all'onere della prova gravante sulla parte danneggiata, salvo, poi, effettuare le precisazioni di cui meglio in seguito quanto all'azione di regresso, spiegata dalla casa di cura nei confronti del CP_2 .

2.1. Sulla causazione del danno alla salute.

Con riferimento all'onere della prova, secondo le coordinate ermeneutiche fornite dalla Corte di legittimità in tema di responsabilità medica, “*incombe sul paziente che agisce per il*

risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'evento di danno (aggravamento della patologia preesistente ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, non potendosi predicare, rispetto a tale elemento della fattispecie, il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 cod. civ” (cfr. Cass. Civ. Sez. 3 - , Ordinanza n. 20812 del 20/08/2018).

In altre parole, il paziente deve individuare “*l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico del medico convenuto dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato causa del danno*” (Cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 4792 del 26/02/2013).

Nel caso concreto, la parte ricorrente ha allegato la circostanza di aver subito il distacco della retina, prima all'occhio destro ove ha perso del tutto il visus, nel 2025 e, successivamente, anche all'occhio sinistro, nel 2008, in conseguenza degli interventi eseguiti dal Dott. CP_2 e precisamente: il 12 e 13 maggio 2023, l'intervento bilaterale di facoemulsificazione ed inserimento di lente intraoculare e, successivamente, a seguito della comparsa di una cataratta secondaria, l'intervento di YAG laser.

Parte ricorrente, in particolare, ha lamentato di non aver ricevuto un'adeguata informativa, in ordine ai rischi di complicanze che potevano intervenire a seguito di detti interventi, tra cui proprio il distacco della retina, tenuto conto sia della giovane età della stessa, la quale, all'epoca dei primi interventi aveva 24 anni, che dell'elevata miopia da cui la Pt_1 era afflitta sin da bambina.

La relazione rimessa a seguito dello svolgimento della consulenza tecnica d'ufficio da parte del collegio peritale e depositata nell'ambito del procedimento di accertamento tecnico preventivo -acquisita al presente giudizio- ha confermato le allegazioni di parte ricorrente., con un impianto ricostruttivo e argomentativo logico e coerente, rispetto al quale non emergono, dal compendio istruttorio offerto da controparte, ragioni per discostarsene.

Il Collegio peritale, segnatamente, pur ritenendo gli interventi correttamente eseguiti, in relazione alle conoscenze tecniche dell'epoca, ha riscontrato un carente studio preoperatorio della paziente da parte del CP_2, tradottosi nell'effettuazione di scelte terapeutiche non adeguate sia all'età della paziente che alle condizioni della medesima.

In particolare, nella relazione si legge: *“In base a quanto descritto è possibile affermare che nel caso in esame per la paziente, in considerazione della consistente differenza ametropica esistente tra i due occhi e l'intolleranza alle lenti a contatto, le possibilità per affrontare detta situazione e il disagio che ne derivava, beninteso previa effettuazione comunque di uno studio approfondito di entrambi gli occhi e in particolare del piano retinico, poteva essere ricorrendo a:*

- impianto di una lente intraoculare a contatto (ICL)

oppure

-facoexeresi anche chiamata “Clair Lens Extraction”.

Come già detto per entrambe, quale che potesse essere l'una o l'altra soluzione, essendo improponibile anzi assolutamente controindicata una chirurgia refrattiva di superficie (PRK o LASIK) tanto più considerato in questo caso i valori della pachimetria (OD 484 millimicron; OS 507 millimicron), bisognava considerare l'età della paziente e studiare in maniera estremamente attenta, scrupolosa la retina, in ispecie periferica, per escludere la presenza di eventuali lesioni retiniche regmatogene. Quindi le indicazioni per l'estrazione di un cristallino – che secondo la cartella clinica nella Sig.ra Pt_1 risultava essere opacato in corrispondenza del corticale posteriore, pur se in assenza di alcun riscontro per quello che riguardava l'acutezza visiva posseduta preoperatoriamente – si può a ragione presumere che le finalità di questo intervento erano esclusivamente prioritariamente di natura refrattiva e quale indicazione principale era la correzione del grave errore di rifrazione”.

Sempre con riferimento alla non corretta individuazione delle scelte terapeutiche da effettuare nel caso concreto, in ragione della giovane età della Pt_1 e della sua condizione di soggetto gravemente e strutturalmente miope, sin dall'infanzia, il collegio peritale, pur non ravvisando errori nell'esecuzione degli interventi di cui trattasi da parte del CP_2, ha precisato che: *“...Venendo al caso in esame c'è un lasso di tempo che intercorre tra l'intervento di cataratta bilaterale e la comparsa del distacco di retina e altrettanto dicasi per quello che riguarda la capsulotomia posteriore effettuata mediante yag laser. Detto lasso consente di affermare comunque, sulla scorta di quanto esposto in precedenza che esiste una correlazione fra gli interventi effettuati rispettivamente di “cataratta” e a seguire di “capsulotomia yag”, ed il distacco di retina...”.* Inoltre, il Collegio, in modo dettagliato e compiuto, ha ricostruito la serie causale degli interventi eseguiti sulla ricorrente, a far data dal 2003, prospettando l'incidenza causale degli stessi sul successivo distacco della retina avvenuto per entrambi gli occhi prima nel 2005 e poi

nel 2008: “ è possibile affermare che in assenza di tutte le indagini preoperatorie che avrebbero dovuto precedere l'intervento in sé, ha esposto la Sig.ra Parte_1 a rischi immediati e tardivi prevedibili in un occhio ipermiope (primo fra tutti il distacco di retina), ivi inclusa la comparsa precoce della cataratta secondaria facilitata dalla giovane età.

La risoluzione della cataratta secondaria mediante capsulotomia yag laser ha incrementato sensibilmente il rischio di comparsa di un distacco di retina, la qual cosa avrebbe dovuto indurre il medico ad uno studio attento della retina periferica prima del trattamento, compatibilmente alla esplorabilità concessa dalla subentrata opacità della capsula posteriore (di cui non è dato sapere di quanto riducesse l'acuità visiva), e, soprattutto, dopo detto trattamento laser...”.

Tali conclusioni cui il collegio peritale era già pervenuto in sede di relazione rimessa nel quadro del procedimento di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 *bis* c.p.c. sono state confermate nell'ambito della ulteriore relazione redatta, a seguito dell'integrazione disposta dal giudicante.

Il Collegio, in particolare, ha accertato, quanto alla ricostruzione del nesso di causalità materiale tra la condotta dei sanitari e la lesione alla salute, la riconducibilità del distacco della retina ad ambedue gli occhi a tutta la serie degli interventi eseguiti sulla Pt_1 da parte del CP_2, prima nel 2003 -intervento di facoemulsificazione, per la rimozione della cataratta bilaterale, con installazione di lente intraoculare- e poi nel 2004 -intervento di rimozione della cataratta secondaria mediante capsulotomia yag-laser-. Tale accertamento è avvenuto sulla base del criterio della probabilità prevalente (cd. più probabile che non)

Si legge, infatti, nella relazione integrativa: “è da ritenere più probabile che l'incidenza del distacco di retina in base ai diversi studi compiuti su grandi numeri (citati dal Collegio), aumenta considerevolmente e ancor più dopo capsulotomia yag laser. Nel caso in questione nessuna attenzione è stata posta ad alcuni dati fondamentali prima di procedere agli interventi praticati in entrambi gli occhi (rispettivamente di estrazione del cristallino e di capsulotomia yag laser): quali fossero le condizioni del vitreo e della retina; quale fosse l'acutezza visiva prima per definire se e quale la necessità di operare o piuttosto di procrastinare ad una maggiore età - ricorrendo a soluzioni meno invasive - stante la volontà di voler abolire o ridurre il difetto miopico di cui era portatrice, e dopo detti atti chirurgici e para chirurgici apprezzare il risultato funzionale ottenuto”.

Il Collegio peritale, sempre in fase di integrazione, ha anche individuato i possibili trattamenti alternativi, cui la ricorrente poteva essere sottoposta, caratterizzati da un elevato grado di efficienza, in punto di risultati ottenibili- e da una portata meno invasiva; facendo riferimento ai seguenti tipi di intervento: l'impianto di una rete intraoculare a contatto e la facoexeresi; precisando che: *“Gli interventi indicati, per la loro minore invasività, avrebbero avuto un impatto nettamente inferiore sulla anatomia dell'occhio e con un risultato funzionale comunque utile per le finalità refrattive che si proponeva con la estrazione del cristallino...”*, evitando, nondimeno il rischio di lesione della retina, poi, di fatto, verificatosi.

A fronte di tali emergenze istruttorie offerte da una relazione tecnica coerente e approfondita, ove il Collegio, anche in fase di integrazione, ha risposto compiutamente ai singoli rilievi e alle osservazioni dei consulenti di parte, i convenuti non hanno assolto all'onere della prova contraria su di essi gravante, in quanto non hanno né provato né offerto di provare un completo studio della condizione clinica della **Pt_1** funzionale ad una scelta terapeutica corrispondente alle specificità del caso concreto.

Giova, infatti, ribadire che il collegio peritale, rispetto a tale profilo, ha a più riprese evidenziato come il **CP_2** non abbia tenuto conto della giovane età della paziente all'epoca degli interventi e del severo e strutturale stato di miopia della medesima, condizioni che potevano e dovevano indurre a valutare percorsi terapeutici eterogenei, parimenti efficaci, ma meno incisivi a livello anatomico, rispetto a quelli, poi, effettivamente intrapresi, stante l'elevato rischio di verifica del distacco della retina, che sia la facoemulsificazione che la capsulotomia yag-laser comportavano proprio in soggetti giovani e con elevata miopia come la **CP_2**.

L'onere della prova contraria da parte dei convenuti non può dirsi assolto, con il solo fare riferimento alla carenza di documentazione relativa sia alle indagini preoperatorie, sia alla fase post-operatoria.

A tacere della non provata imputabilità di tale carenza documentale alla parte ricorrente, vale ricordare come la Cassazione, con orientamento consolidato, cui questo Giudice intende uniformarsi, ha puntualizzato che la non corretta tenuta della documentazione medica e in particolare della cartella clinica non possa andare a danno del paziente, ma anzi debba concorrere ai fini della formazione del convincimento giudiziale, fino a

sorreggere la prova presuntiva del nesso di causalità materiale tra la condotta del sanitario e la compromissione del bene salute, quante volte, la ricostruzione effettiva di quel nesso eziologico non sia possibile proprio a causa della lamentata carenza in seno alla documentazione medica e alla cartella clinica del paziente.

Nel caso concreto, per vero, come accertato anche dal Collegio peritale, nonostante la perita e corretta esecuzione degli interventi chirurgici di cui trattasi, si imputa al medico e alla struttura una scelta terapeutica inadeguata. Ne consegue che le carenze nella tenuta della cartella clinica e in generale della documentazione sanitaria relative alla **Pt_1** concorrono a dimostrare una carente indagine preoperatoria da parte del medico che ha, poi, portato a scegliere un percorso chirurgico non adeguato all'età della **Pt_1** alla sua condizione di soggetto gravemente e strutturalmente miope sin dall'infanzia.

2.2. Sul danno da mancata prestazione del consenso informato.

Parte ricorrente ha formulato richiesta di risarcimento del danno subito non solo in relazione alla compromissione della propria salute -perdita della vista all'occhio destro e grave deficit visivo all'occhio sinistro, con una correzione di 9/10- ma anche con riferimento al pregiudizio subito a fronte della mancata prestazione di un valido ed adeguato consenso informato da parte della **Pt_1** ai trattamenti di chirurgia oculistica subiti e posti in essere dal **CP_2** : i primi due -12 e 13 maggio 2003- presso la casa di cura, odierna convenuta e quelli successivi del 2004 altrove.

Come precisato a più riprese dalla giurisprudenza, il danno derivante dalla lesione del diritto del paziente di ricevere un'informativa completa circa gli interventi sanitari che devono essere compiuti ha carattere autonomo rispetto al danno derivante dalla compromissione del bene salute.

Il paziente, peraltro, oltre alla prova della condotta illecita, deve anche fornire, mediante, se del caso, presunzioni, la prova del nesso causale tra la condotta illecita e l'evento di danno.

Ove, peraltro, come nel caso di specie, si tratti di intervento correttamente eseguito, come accertato dalla consulenza tecnica d'ufficio, occorre che il paziente fornisca la prova che, qualora correttamente informato, non avrebbe dato il consenso al trattamento sanitario, seppur correttamente eseguito.

Nel caso concreto, tale prova non è stata fornita da parte ricorrente, neppure in via presuntiva, atteso che essa si è limitata apoditticamente a dedurre la violazione del consenso informato da parte del sanitario e della struttura, da qui inferendo l'automatica causazione del danno da lesione del diritto all'autodeterminazione sanitaria.

Orbene, il difetto di un' adeguata informativa circa i rischi, le implicazioni e le possibili complicanze degli interventi -sia quelli del 2003 che quelli del 2004- è stato accertato dalla consulenza tecnica d'ufficio, nonché dalla successiva relazione depositata a seguito dell'integrazione.

Cionondimeno, parte ricorrente non ha fornito la prova, neppure presuntiva, che in caso di compiuta informativa sia da parte del medico che della struttura, essa avrebbe seguito scelte terapeutiche eterogenee.

La domanda risarcitoria relativa alla lesione del diritto a ricevere una adeguata informativa deve, pertanto, essere rigettata, difettandone i presupposti, con conseguente superfluità di ogni valutazione in punto di *quantum*.

3. Sul *quantum debeatur*: sul danno non patrimoniale alla salute e sul danno patrimoniale.

Accertata la sussistenza dell' *an* della responsabilità sanitaria si può passare all'esame del *quantum*.

3.1. Quanto al risarcimento del danno non patrimoniale occorre rilevare che gli errori medici oggetto della presente controversia hanno cagionato in Parte_1

[...] come accertato dalla consulenza medico-legale disposta nel corso del giudizio, sia un'invalidità permanente che un'invalidità temporanea.

La relazione del collegio peritale, in particolare, ha accertato che: “*parte attrice attualmente presenta la perdita visiva completa all'occhio destro e una difetto campimetrico periferico all'occhio sinistro, conseguenti a distacchi di retina concausalmente correlati ai due interventi di facoemulsificazione e al successivo trattamento yag-laser cui è stata sottoposta da parte del dott. CP_2 , i primi due presso la casa di cura convenuta e il terzo in sede e struttura che non sono documentate in atti; di detti interventi si è già detto circa la consumabilità sotto il profilo della colpa professionale con le relative responsabilità (quella della struttura tale in quanto vi ha operato il medico); l'inabilità biologica temporanea conseguente e motivata dalle complicanze è valutabile in complessivi novanta giorni, di cui 20 (venti) a totale, 30 (trenta)*

al 75% e 40 (quaranta) al 50%; in detto periodo è attendibile che i ruoli e i compiti connessi a questi e svolti nell'ambito di vita sociale e familiare (casalinga con prole) siano stati fortemente influenzati negativamente, finanche preclusi per un periodo indicabile pari a quello della inabilità temporanea biologica a totale e parziale al 75%; l'inabilità permanente biologica conseguente quale postumo ormai permanente e non suscettibile di modificazione è indicabile come differenziale fra la misura del 13 (tredici) percento e il 30 (trenta) percento di danno in atto, tenendo conto delle "Linee Guida per la Valutazione Medico-legale del Danno alla Persona in ambito Civilistico" della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni edita da Controparte_4 non si riscontra incidenza su attività e capacità lavorative non sussistendo peraltro una qualche attività svolta dalla ricorrente".

Tuttavia, prima di procedere alla quantificazione del danno non patrimoniale subito dalla Pt_1, occorre premettere che le Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione hanno affermato il principio in forza del quale *"il danno non patrimoniale da lesione della salute costituisce una categoria ampia ed omnicomprensiva, nella cui liquidazione il giudice deve tenere conto di tutti i pregiudizi concretamente patiti dalla vittima, ma senza duplicare il risarcimento attraverso l'attribuzione di nomi diversi a pregiudizi identici. Ne consegue che è inammissibile, perché costituisce una duplicazione risarcitoria, la congiunta attribuzione alla vittima del risarcimento sia per il danno biologico, sia per il danno morale, inteso quale sofferenza soggettiva, il quale costituisce necessariamente una componente del primo (posto che qualsiasi lesione della salute implica necessariamente una sofferenza fisica o psichica), come pure la liquidazione del danno biologico separatamente da quello c.d. estetico, da quello alla vita di relazione e da quello cosiddetto esistenziale."* (cfr. Cass. Civ. Sez. U, Sentenza n. 26972 del 11/11/2008).

Conseguentemente la liquidazione del danno alla salute deve essere integrale - cioè rappresentare una effettiva riparazione di tutte le utilità perdute dalla vittima in conseguenza dell'illecito – ma al contempo deve evitare duplicazioni, cioè liquidare più importi a titolo di risarcimento di pregiudizi nominalmente diversi, ma sostanzialmente identici; inoltre, deve anche evitare sperequazioni, cioè trattare in modo analogo casi dissimili; oppure liquidare in modo diverso danni simili.

Di ciò il giudice deve necessariamente tenere conto nella scelta del metodo equitativo che intende adottare in concreto ex art. 1226 c.c. e pertanto per poter liquidare un danno non patrimoniale da lesione della salute, seguendo l'orientamento oggi prevalente della

Suprema Corte occorre fare riferimento al “*metodo c.d. tabellare in relazione a un "barème" medico legale che esprime in misura percentuale la sintesi di tutte le conseguenze ordinarie che una determinata menomazione presumibilmente riverbera sullo svolgimento delle attività comuni ad ogni persona. Tale valore poi “può essere incrementato in via di "personalizzazione" in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate e provate dal danneggiato, le quali rendano il danno subito più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da lesioni personali dello stesso grado sofferte da persone della stessa età e condizione di salute”* (cfr. Cass. Civ. Sez. 3 - , Ordinanza n. 27482 del 30/10/2018).

Andando al caso concreto, deve darsi atto che quella accertata dalla CTU è una macro-lesione di carattere differenziale (cd. danno iatrogeno), verificatasi nel 2005, quanto al primo distacco e nel 2008 quanto al secondo distacco.

Come noto a far data dal 5.3.2025 è entrato in vigore il D.p.r. n. 12 del 13.1.2025 contenente la Tabella Unica Nazionale applicabile alle lesioni macro-permanenti derivanti da circolazione stradale e responsabilità sanitaria.

La Cassazione, con ordinanza della III Sezione n. 8630/2026, ha chiarito che agli eventi lesivi verificatisi, come quelli di specie, in data anteriore all’entrata in vigore del D.p.r., l’applicazione della tabella unica nazionale, benché non abbia carattere automatico, non vigendo un sistema di tipo retroattivo, ben può avvenire quale parametro di riferimento nell’ambito di una liquidazione equitativa del danno.

Precisa la Cassazione che: “*La Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12 del 2025, 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, potendo il giudice discostarsene nel caso concreto, eventualmente applicando 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.*”.

Nel caso concreto, il sistema tabellare unico entrato in vigore in modo uniforme sul territorio nazionale, tenuto conto della sua struttura (sempre a punto variabile) e della sua portata uniforme, appare del tutto adeguato ai fini della liquidazione della macro-lesione subita alla Pt_1 in termini di danno differenziale.

Ciò posto, in base alle risultanze della consulenza tecnica esperita nel corso del giudizio le conseguenze pregiudizievoli possono essere liquidate prendendo quali parametri un tasso di invalidità permanente pari alla differenza tra il 30% e il 13 %

A tali valori occorre sommare i seguenti giorni di invalidità temporanea:

- invalidità temporanea totale : giorni 20
- invalidità temporanea al 75%: giorni 30
- invalidità temporanea al 50%: giorni 40.

Pertanto, tenuto conto che la Pt_1 al momento del fatto aveva anni 26 anni, si stima equa quale ristoro del pregiudizio del danno non patrimoniale iatrogeno o differenziale pari ad euro 101.272,66 (danno differenziale o iatrogeno così calcolato : 30% pari a 140.201,58 euro – 13% pari a 38.928,92 euro, oltre all'invalidità temporanea)

Vanno calcolati gli interessi su detta somma, devalutata alla data dell'evento, e poi via via annualmente rivalutata in base agli indici ISTAT in base al periodo di riferimento, oltre agli interessi legali dalla pronuncia della presente ordinanza al saldo.

Quanto al danno morale parte ricorrente nulla ha allegato e analogamente deve dirsi per la personalizzazione del danno il cui onere di allegazione e prova grava sulla parte danneggiata.

In merito alla capacità lavorativa, il CTU ha escluso qualsivoglia incidenza, atteso che la Pt_1 non risulta abbia svolto attività lavorativa diversa da quella domestica.

3.2.Ciò precisato, occorre passare all'esame dei pregiudizi di natura patrimoniale. Parte ricorrente domanda, infatti, il rimborso delle spese sanitarie.

Sussiste il diritto di parte ricorrente al risarcimento del danno patrimoniale, rappresentato dalle spese mediche sostenute, nei limiti della somma accertata come congrua dal collegio peritale e pari ad euro 172,82, oltre interessi al saggio legale dalla domanda al saldo.

La CTU non ha ravvisato alcuna spesa medica futura.

4. Sulla responsabilità della congregazione in solido con il medico e sull'azione di regresso esercitata dalla struttura sanitaria nei confronti del medico convenuto.

In ultimo restano da analizzare i profili attinenti sia alla solidarietà tra la casa di cura ove sono stati eseguiti gli interventi del 12 e 13 maggio 2003, sia alla domanda di manleva svolta dalla congregazione nei confronti del CP_2 . A tale riguardo, deve osservarsi che tale domanda è in realtà da qualificarsi come domanda di rivalsa dato che la casa di cura, risponde in proprio dei danni che sono dipesi dall'inadeguatezza della struttura, o per fatto altrui, ex art. 1228 c.c., ove i danni siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale. Il che significa che occorre vedere se le cause che hanno determinato il sinistro siano riconducibili all'inadeguatezza della struttura piuttosto che ad un fatto colposo dei sanitari.

Nel caso concreto, la consulenza tecnica, come detto, ha addebitato al CP_2 di non avere svolto una analisi preoperatoria, studiando adeguatamente le condizioni della paziente, cosa che avrebbe consentito, già a partire dai primi due interventi del maggio 2003, di individuare percorsi terapeutici alternativi (di cui la consulenza tecnica dà conto anche in sede di integrazione), evitando l'innescarsi di una serie causale, tradottasi sia negli interventi del 2003 e nel trattamento del 2004 che ha concretizzato il rischio, in modo più probabile che no, del distacco della retina, poi avvenuto, ad entrambi gli occhi della Pt_1 on i noti esiti di totale cecità a destra e grave carenza visiva a sinistra.

Gli elementi non adeguatamente considerati sono stati l'età della giovane paziente dell'epoca e la sua grave miopia, condizioni che rendevano più elevato il rischio di distacco della retina, a seguito degli interventi eseguiti.

Tale accertamento è stato effettuato dal Collegio peritale sia con riferimento a due interventi del 2003, sia con riferimento agli interventi del 2004.

Cionondimeno, come dedotto dalle parti e come emerso anche dalla relazione peritale, solo i primi due interventi, ovverossia quelli eseguiti nel 2003, sono avvenuti presso la casa di cura oggi convenuta.

Pertanto, il Collegio peritale, in sede di accertamento della incidenza causale, secondo il criterio del più ragionevole che no, ha, altresì, accertato una diversa incidenza causale delle

due serie di interventi, assegnando una percentuale del 20% al duplice intervento del 12 e 13 maggio 2023 e una percentuale del 40 % al trattamento del 2004.

Tenuto conto che solo i primi due interventi sono stati eseguiti presso la casa di cure oggi convenuta, sussiste la responsabilità della CP_1 in solido con il CP_2 nei soli limiti della quota riconducibile alla percentuale del 20% , ferma la responsabilità esclusiva del CP_2 per l'intero quantum liquidato come risarcibile.

Ciò premesso l'azione di rivalsa che la struttura può legittimamente esperire nei confronti del medico può avere ad oggetto solo gli interventi eseguiti presso la casa di cura convenuta e quindi riguarda solo il 20% del quantum risarcitorio dovuto alla ricorrente, per il danno non patrimoniale (euro 20.254,53 pari al 20% di euro 101.272,66) e patrimoniale (euro 34,56 pari al 20% di euro 172,82) .

Ciò premesso, occorre anche specificare – in adesione alla più recente giurisprudenza della Suprema Corte – che *“in tema di azione di rivalsa nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, 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 connaturato 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 (cfr. Cass. Civ. Sez. 3 , Sentenza n. 28987 del 11/11/2019).*

Ora considerato che la casa di cura non ha nemmeno allegato una deviazione da parte del CP_2 dal programma terapeutico condiviso, l'azione di rivalsa, alla luce della massima giurisprudenziale precedente, potrà essere accolta solo in una misura pari al 10% essendo l'ulteriore percentuale di danno da addebitare, in via diretta, alla struttura ex art. 1218 c.c.

5. Sulle istanze istruttorie.

Quanto alle istanze istruttorie e, precisamente, in ordine alla richiesta di rinnovazione della C.T.U., si richiamano le ordinanze già rese in corso di causa, le quali hanno ritenuto del tutto superflua una rinnovazione dell'indagine peritale, da ritenersi qui, integralmente richiamate.

Giova rimarcare, infatti, che l'indagine peritale già svolta in sede di ATP è stata ulteriormente integrata e approfondita in corso di causa, sui quesiti disposti dal giudicante, per mezzo di una relazione esaustiva e logicamente argomentata, in cui i membri del collegio peritale hanno preso posizione in modo dettagliato e puntuale sulle osservazioni dei singoli CC.TT.PP.

6. Sulle spese di lite.

6.1. Quanto alle spese di lite, nell'ambito del rapporto tra la parte ricorrente e le due parti resistenti, tenuto conto del rigetto della domanda di risarcimento del danno da lesione del diritto alla autodeterminazione sanitaria e al consenso informato, si ritiene che ricorrano, ai sensi dell'art. 92 c.p.c., i presupposti per una parziale compensazione.

La stessa deve, tuttavia, essere contenuta nei limiti di 1/3 tenuto conto della prevalente soccombenza delle parti resistenti, talché per il residuo le spese gravano sulle medesime.

Quanto al riparto interno delle spese di lite tra i soccombenti, tenuto conto della responsabilità in solido della casa di cura nei limiti del 20% del quantum risarcibile, ai sensi dell'art. 97 comma 1 prima parte c.p.c., ricorrono i presupposti per individuare una ripartizione interna delle stesse, dovendosi fare gravare sulla [...] [...]

Parte_2 per il 20% e su CP_2 per il 70%.

Le spese di lite si liquidano come in dispositivo, ai sensi del DM n. 55/2014 e successive modifiche, assunto quale scaglione di riferimento nei suoi valori medi quello compreso tra € 52.001,00 ed € 260.000,00 (*decisum* pari ad € 101.445,48), tenuto conto della complessità della vicenda e delle energie processuali spese, nonché dell'attività difensiva svolta.

Le spese legali si liquidano, pertanto, in € 2.552,00 per fase di studio, € 1.628,00 per la fase introduttiva, € 5.670,00 per la fase di trattazione ed istruttoria, € 4.253,00 per la fase decisionale.

6.2. Le spese di CTU del procedimento di ATP e del presente giudizio, liquidati come da separati decreti gravano, per il principio di soccombenza, sulle parti resistenti, nella medesima ripartizione di cui al precedente paragrafo.

Quanto alle spese di CTP, sostenute nella fase di ATP, esse gravano, nella misura documentata da parte ricorrente, sui resistenti per il principio di soccombenza; ferma la ripartizione interna di cui sopra.

Quanto alle spese di CTP del presente giudizio a seguito della disposta integrazione, dovendosi dare attuazione al recente arresto delle SU della Cassazione (cfr. ordinanza n.24699 del 18.8.2026), pur non ritenendosi necessaria la domanda e la prova dell'esborso, rimane, nondimeno, necessaria la prova dell'assunzione della relativa obbligazione. Nel caso concreto parte ricorrente non ha né allegato né provato detto conferimento dell'incarico al proprio consulente di parte nel contesto della consulenza integrativa svoltasi in giudizio. Nulla è, pertanto, da liquidarsi.

6.3. Quanto ai rapporti tra la *Parte_2* [...] e *CP_2*, in relazione all'azione di rivalsa spiegata dalla prima verso il secondo, visto il parziale accoglimento della stessa, ricorrono i presupposti per una integrale compensazione.

P.Q.M.

Il Tribunale di Pisa, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, eccezione e difesa disattese,

- 1) accoglie il ricorso di *Parte_1* contro [...] *Parte_2* e *CP_2* nei limiti di cui in parte motiva e per l'effetto
- 2) condanna *CP_2*, a pagare a titolo di danno non patrimoniale alla salute in favore di *Parte_1* **€ 101.272,66**, oltre interessi sulla sorte capitale, devalutata alla data dell'evento, e poi via via annualmente rivalutata in base agli indici ISTAT in base al periodo di riferimento, oltre interessi dalla ordinanza al saldo;
- 3) condanna *CP_2*, a pagare a titolo di danno patrimoniale, per spese mediche, in favore di *Parte_1* **€ 172,82** oltre interessi in misura legale dalla domanda al saldo;
- 4) condanna *Parte_2* in solido con *CP_2* a pagare a titolo di danno non patrimoniale alla

- salute in favore di *Parte_1* la complessiva somma di € **20.254,53** (pari al 20% di euro 101.272,66), oltre interessi sulla sorte capitale, devalutata alla data dell'evento, e poi via via annualmente rivalutata in base agli indici ISTAT in base al periodo di riferimento, oltre interessi dalla ordinanza al saldo;
- 5) condanna *Parte_2* in solido con *CP_2* a pagare a titolo di danno patrimoniale per spese mediche in favore di *Parte_1* la complessiva somma di € **34,56**, (20% di euro 172,82) oltre interessi in misura legale dalla domanda al saldo;
- 6) condanna *CP_2* a rifondere a titolo di regresso in misura pari al 10% quanto eventualmente pagato da *Parte_2*
[...] in esecuzione della presente sentenza,
- 7) rigetta la domanda di risarcimento del danno non patrimoniale da lesione del diritto al consenso informato formulata da *Parte_1* nei confronti di *CP_2* e *Parte_2*
[...] ;
- 8) liquida le spese del presente giudizio in complessivi € **14.103,00**, oltre spese generali nella misura prevista dalla legge, I.V.A. e C.P.A. come per legge, oltre gli esborsi documentati in atti in euro 286,00, disponendo la compensazione delle stesse tra le parti, nei limiti di 1/3 (4.701,00) e ponendo il restante importo pari ad euro 9.402,00 a carico di *Parte_2*
[...] e *CP_2*, in favore di *[...]*
Parte_1, ripartendo detto importo nella misura del 20% a carico della prima resistente e del 70% sul secondo resistente;
- 9) condanna *Parte_2* e *CP_2* al pagamento delle spese di CTU del procedimento di ATP e del presente giudizio, come liquidate nei decreti in atti, in favore di *[...]*
Parte_1, nei limiti del 20% a carico della prima parte resistente e del 70% a carico della seconda parte resistente;

10) condanna *Parte_2* e *CP_2* al pagamento delle spese di CTP del procedimento di ATP in favore di *Parte_1*, nella misura documentata in atti nei limiti del 20% a carico della prima parte resistente e del 70% a carico della seconda parte resistente;

11) nulla sulle spese di CTP del presente giudizio;

12) compensa integralmente le spese tra *Parte_2* e *Controparte_5* e *[...]*

[...] PROVVISORIAMENTE ESECUTIVA PER LEGGE.

Pisa, 6 settembre 2026

La Giudice

Dott.ssa Luisa Todisco

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. n. 196 del 2003 e successive modificazioni e integrazioni.