TRIBUNALE DI AREZZO

SEZIONE CIVILE

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

in composizione monocratica, in persona del giudice Federico Pani ha pronunciato e pubblicato la seguente

SENTENZA NON DEFINITIVA

nella causa civile di I grado iscritta all'R.G. n. **2887/2022**

PROMOSSA DA

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentato e difeso dagli avv.ti [redacted] e [redacted]

RICORRENTE

NEI CONFRONTI DI

Controparte_1 C.F. *P.IVA_1* , in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentato e difeso dall'avv. [redacted]

RESISTENTE

NONCHÉ

Controparte_2 (C.F. *C.F._2*), in qualità di erede di *Persona_1* , rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted]

TERZA CHIAMATA IN CAUSA

Controparte_3 (C.F. *C.F._3*), in qualità di erede di *Persona_1*

TERZA CHIAMATA IN CAUSA CONTUMACE

Controparte_4 (C.F. *P.IVA_2* , in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

TERZA CHIAMATA IN CAUSA

OGGETTO

Responsabilità sanitaria

CONCLUSIONI

Per Parte_1 *«Voglia l'On.le Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione: - dichiarare l'esclusiva responsabilità del* Controparte_5 *in ordine a tutti i danni, nessuno escluso, subiti e subendi, dal sig.* Parte_1 *in occasione degli interventi chirurgici eseguiti sulla sua persona, presso la suddetta struttura sanitaria, quantificandoli nella misura di € 519.225,66, o quella maggiore o minore ritenuta di giustizia, così come indicati nella relazione redatta nell'ambito del giudizio ex art. 696 bis c.p.c., dai CC.TT.U., Dott.* Persona_2 *e Dott.* Persona_3 *oltre a quelli derivanti dall'incapacità lavorativa direttamente conseguita agli interventi per cui è causa, da determinarsi in via equitativa; - condannare il* Controparte_5 *in persona del suo legale rapp.te pro tempore, al pagamento, in favore del sig.* Parte_1 *della somma sopra indicata, o quella maggiore o minore ritenuta di giustizia, a titolo di risarcimento di tutti i danni, nessuno escluso, subiti e subendi dal ricorrente, a causa della condotta gravemente colposa della convenuta struttura sanitaria; - con vittoria di spese e compensi professionali, oltre accessori di legge»*

Per il Controparte_5 **:** *«Nel merito in tesi voglia il Giudice, rigettare la domanda del ricorrente in quanto infondata in fatto e in diritto, con vittoria di spese e di onorari; in ipotesi accertata una qualche responsabilità del dott.* Per_1 *e la solidarietà della struttura, per l'attività svolta dal sanitario presso quest'ultima, nei rapporti interni , condannare gli eredi del dott.* Per_1 *a rilevare indenne* Controparte_1 [...] *in forza della domanda riconvenzionale spiegata, di quanto la struttura fosse condannata a pagare al ricorrente in ragione degli interventi, con vittoria di spese»*

Per Controparte_2 **:** *«Voglia il sig. Giudice Unico: - rigettare la domanda formulata dal Ricorrente, in quanto infondata e non provata; - rigettare altresì la domanda riconvenzionale di manleva formulata dal* [...] Controparte_5 *contro il Prof.* Per_1 *; - in via subordinata, dichiarare l'* Controparte_4 *tenuta a manlevare la signora* Controparte_2 *, quale erede del Prof.* Persona_1 *, nei limiti e nei termini della polizza; - con vittoria di spese, competenze ed onorari.»*

Per Controparte_4 **:** *«Voglia il sig. Giudice Unico: CONCLUSIONI - rigettare la domanda formulata dal Ricorrente, in quanto infondata e non provata; - rigettare altresì la domanda riconvenzionale di manleva formulata dal* Controparte_5 *contro il Prof.* Per_1 *; - in via subordinata, in caso di rinnovo della domanda di manleva da parte degli aventi diritto del Prof.* Per_1 *, dichiarare l'* [...] Controparte_4 *tenuta a manlevare il dr.* Per_1 *, nei limiti e nei termini delle disposizioni contrattuali richiamate in comparsa; - con vittoria di spese, competenze ed onorari»*

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO

(art. 132 comma II n. 4 c.p.c. e art. 118 disp. att. c.p.c., come novellati dalla l. 69/09 del 18.6.2009)

Con ricorso ex art. 702-bis c.p.c., Parte_1 conveniva in giudizio il Controparte_1 [...] al fine di ottenere il risarcimento dei danni subiti a causa dei trattamenti sanitari e degli interventi chirurgici eseguiti dal dott. Persona_1 presso la struttura sanitaria convenuta tra il febbraio 2018 e il gennaio 2019.

A sostegno della domanda deduceva che, a seguito dell'insorgenza di una grave sintomatologia dolorosa lombare, era stato sottoposto presso il CP_5 Controparte_5 ad un primo intervento chirurgico in data 20.2.2018, consistente in una lamino-artrectomia L4-L5 con stabilizzazione vertebrale e decompressione delle radici nervose. Poiché tale intervento non determinava il miglioramento sperato, il ricorrente si sottoponeva ad una seconda operazione in data 8.9.2018 e, successivamente, ad un terzo intervento in data 2.1.2019 per instabilità post-chirurgica e sostituzione di mezzi di sintesi risultati lesionati.

Secondo la prospettazione attorea, gli interventi eseguiti presso la struttura convenuta, lungi dal risolvere la patologia originaria, avrebbero determinato l'insorgenza di gravi deficit motori agli arti inferiori, disturbi della sfera urogenitale e persistente sintomatologia dolorosa, con conseguente rilevante compromissione delle condizioni di vita e della capacità lavorativa.

A sostegno delle proprie allegazioni l'attore richiamava le risultanze dell'accertamento tecnico preventivo ex art. 696-*bis* c.p.c. (R.G. n. 2440/2021), promosso dinanzi a questo tribunale, nel quale il collegio peritale nominato aveva concluso nel senso della sussistenza di un nesso causale tra le condizioni invalidanti lamentate dal ricorrente e la condotta sanitaria contestata, individuando una responsabilità del chirurgo operatore per avere eseguito interventi ritenuti non opportuni e idonei e

stimando un danno biologico permanente differenziale dal 21% al 60%, oltre a danno da inabilità temporanea.

Sulla base di tali risultanze, il ricorrente chiedeva l'accertamento della responsabilità del *[...]* *Controparte_1* e la condanna della stessa al risarcimento dei danni, quantificati in € 519.225,66 ovvero nella maggiore o minore somma ritenuta di giustizia, oltre al danno da riduzione della capacità lavorativa.

Infine, concludeva nei seguenti termini:

> «*Voglia l'On.le Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione:- dichiarare l'esclusiva responsabilità del* *Controparte_5* *in ordine a tutti i danni, nessuno escluso, subiti e subendi, dal sig.* *Parte_1* *in occasione degli interventi chirurgici eseguiti sulla sua persona, presso la suddetta struttura sanitaria, quantificandoli nella misura di € 519.225,66, o quella maggiore o minore ritenuta di giustizia, così come indicati nella relazione redatta nell'ambito del giudizio ex art. 696 bis c.p.c., dai CC.TT.U., Dott.* *[...]* *Per_2* *e Dott.* *Persona_3* *oltre a quelli derivanti dall'incapacità lavorativa direttamente conseguita agli interventi per cui è causa, da determinarsi in via equitativa; - condannare il* *Controparte_5* *, in persona del suo legale rapp.te pro tempore, al pagamento, in favore del sig.* *Parte_1* *della somma sopra indicata, o quella maggiore o minore ritenuta di giustizia, a titolo di risarcimento di tutti i danni, nessuno escluso, subiti e subendi dal ricorrente, a causa della condotta gravemente colposa della convenuta struttura sanitaria;- con vittoria di spese e compensi professionali, oltre accessori di legge*».

Si costituiva in giudizio il *Controparte_1* contestando integralmente la domanda attrice e chiedendone il rigetto.

In particolare, la convenuta deduceva l'inattendibilità delle conclusioni raggiunte dai consulenti nominati nel procedimento di ATP, rilevando l'omessa considerazione di documentazione clinica ritenuta rilevante ai fini dell'accertamento, contestando sia l'esistenza dei danni lamentati sia il relativo nesso causale con gli interventi eseguiti e sostenendo la necessità di una rinnovazione della consulenza tecnica mediante la nomina di un diverso collegio peritale.

Contestava altresì la sussistenza dei danni motori denunciati dal ricorrente, richiamando accertamenti investigativi privati e documentazione fotografica e video che, a suo dire, avrebbero dimostrato una capacità di deambulazione incompatibile con il quadro invalidante rappresentato dall'attore. Evidenziava inoltre di aver presentato denuncia-querela nei confronti del ricorrente per ipotesi di reato connesse alle dichiarazioni rese circa le proprie condizioni di salute.

La convenuta chiedeva inoltre di essere autorizzata a chiamare in causa il prof. *Persona_1*, chirurgo operatore, proponendo nei suoi confronti domanda riconvenzionale di manleva e regresso per il caso di eventuale accoglimento della domanda attorea.

Concludeva pertanto nei seguenti termini:

«Voglia il Tribunale, ogni contraria istanza disattesa, in via preliminare autorizzare la chiamata in causa del Prof. Persona_1 residente in [redacted] RM, [redacted], provvedendo al contempo allo spostamento della prima udienza di comparizione; in rito, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.702-ter cpc, mutare il rito e fissare l'udienza ex art. 183 cpc essendo necessaria un'istruttoria non sommaria e quantomeno il rinnovo della CTU con la nomina di altro Collegio peritale. nel merito in tesi voglia il Giudice, rigettare la domanda del ricorrente in quanto infondata in fatto e in diritto, con vittoria di spese e di onorari in ipotesi di accertata la responsabilità del dott. Per_1 e la solidarietà della struttura, per l'attività svolta dal sanitario presso quest'ultima, nei rapporti interni condannare il dr Per_1 a rilevare indenne Controparte_5 in forza della domanda riconvenzionale spiegata di quanto la struttura fosse condannata a pagare all'attore in ragione degli interventi, con vittoria di spese nei confronti del chirurgo».

All'udienza del 21.2.2023 il giudice autorizzava la chiamata in causa del terzo e differiva l'udienza al 27.6.2023.

Si costituiva in giudizio il prof. *Persona_1*, contestando sia la domanda attorea sia la domanda riconvenzionale di manleva proposta dal *Controparte_5*. Il sanitario deduceva che gli interventi eseguiti si erano resi necessari in ragione di un quadro clinico già gravemente compromesso e dell'esistenza di precedenti trattamenti chirurgici effettuati presso altra struttura sanitaria. Contestava inoltre la fondatezza dell'azione di rivalsa e regresso spiegata dalla struttura convenuta, sostenendo di non essere titolare di responsabilità contrattuale nei confronti del sig. *Pt_1* e che, ai sensi della disciplina introdotta dalla L. n. 24/2017, avrebbe potuto rispondere nei rapporti interni con la struttura soltanto in caso di dolo o colpa grave. Evidenziava altresì che i mezzi di sintesi impiegati nel corso degli interventi, comprese le viti oggetto di contestazione, erano stati forniti e selezionati dal *Controparte_5*.

In via preliminare eccepiva il difetto di integrità del contraddittorio e la conseguente improcedibilità della domanda, deducendo la necessità di integrare il contraddittorio nei confronti degli ulteriori soggetti coinvolti nelle vicende sanitarie oggetto di causa. Chiedeva pertanto l'autorizzazione alla

chiamata in causa dei terzi ritenuti necessari e della propria compagnia di assicurazione, *[...] Controparte_4* ai fini della garanzia e manleva.

Domandava inoltre la sospensione del giudizio ai sensi dell'art. 295 c.p.c., assumendo la pregiudizialità degli accertamenti oggetto del procedimento penale richiamato negli atti difensivi, nonché il mutamento del rito e la rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio, contestando l'attendibilità delle conclusioni raggiunte nel procedimento di accertamento tecnico preventivo.

Infine, concludeva nei seguenti termini:

«Piaccia all'ecce.mo Tribunale adito In via immediata, previo spostamento dell'udienza di prima comparizione ex art. 269 del Codice di Procedura Civile, autorizzare la chiamata di terzo in giudizio nei confronti di: [...] Controparte_4 in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale in [redacted] pec Email_1 taliana. e, per quanto possa occorrere c/o CP_6 appresentanza generale e CP_7 l'CP_ , in [redacted], pec Email_2 perche', in virtu' della polizza n. [redacted] ovvero di ogni altra polizza intercorrente tra la compagnia e il Prof Per_1 per il medesimo titolo, nella denegata ipotesi di condanna garantiscano e manlevino il Professor Per_1 da ogni pronuncia pregiudizievole. Valuti altresi' il Giudice, ai sensi dell'art. 102 cpc quale parte debba esser onerata della chiamata in causa di: Controparte_9 c/o Controparte_5 con sede in [redacted] CP_5 [redacted] al fine dell'integrazione del contraddittorio ex art. 102 cpc Il dott. Controparte_10 in Roma, [redacted] Cpc La Controparte_11 in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in [redacted], Firenze, [redacted], pec Email_3 Ai fini dell'integrazione del contraddittorio e per l'accertamento delle eventuali responsabilità di ciascuno e perche' ciascuno risponda per la propria quota di responsabilità ove accertata. Valuti altresi' se, sempre ai fini dell'integrazione del contraddittorio debba essere presente, anche solo ai fini della procedibilità della domanda, la compagnia di assicurazione, a noi ignota, con cui il Controparte_5 ha stipulato la polizza di legge, e, per l'effetto, ponga la relativa chiamata a carico della parte garantita. In via preliminare ,accertare e dichiarare l'improcedibilità della domanda in quanto la mancata integrità del contraddittorio ha vanificato qualsiasi eventuale equiparazione tra il procedimento di cui all'art. 696 bis cpc ed il procedimento di mediazione obbligatoria ex d.l. 28/2010 e pertanto non e' stata soddisfatta la condizione di procedibilità. Valuti a tal fine il giudice la necessità di ordinare al convenuto Controparte_5 l'integrazione del contraddittorio anche in relazione alla propria compagnia assicurativa; Sempre in via preliminare, sospendere il procedimento civile ai sensi dell'art. 295 cpc, in quanto l'accertamento dei fatti esposti nella querela proposta dal Controparte_5 e' preliminare alla definizione del presente giudizio; Sempre in via preliminare, nella denegata ipotesi di non accoglimento delle precedenti domande, previo mutamento del rito,

disporre il rinnovo di CTU collegiale, con nuovo collegio polispecialistico composta da un Neurochirurgo specializzato in interventi sulla colonna vertebrale, un Urologo ed un Medico legale, ed esperire tutti gli accertamenti istruttori che verranno richiesti dalle parti nei termini di legge; Nel merito, rigettare integralmente la domanda riconvenzionale del Controparte_5 nei confronti del prof. Per_1 ; Sempre nel merito, rigettare comunque la domanda principale di parte attrice ed ogni altra connessa e conseguente in quanto infondata in fatto e diritto per inesistenza di nesso causale tra i fatti lamentati (ove accertati) e l'attività espletata dal prof. Per_1 , nonche' perche' sfornita di prova. In via subordinata, nella denegata ipotesi di accoglimento anche parziale della domanda principale svolta da parte attrice, accertare le singole eventuali responsabilità e quindi determinare le quote di responsabilità individuali con conseguente ripartizione dell'eventuale condanna in quote separate; In estremo subordine, nella denegata ipotesi di accoglimento anche parziale della domanda di parte attrice e dell'azione di rivalsa/regresso del Controparte_5 svolta in via riconvenzionale, condannare la [...] Controparte_4 in persona del legale rappresentante pro tempore, in manleva del Prof. Per_1 , al pagamento o rimborso di quanto dovuto per sorte, interessi o quant'altro in favore di parte attrice ovvero anche in sede di rivalsa/regresso risultasse dovuto in favore del Controparte_5 e/o di qualunque altro diverso soggetto formulasse domande nei confronti del terzo Per_1 . Con vittoria di spese, competenze ed onorari, IVA e CA incluse».

Con provvedimento del 7.6.2023 il giudice autorizzava la chiamata in causa di Controparte_4 [...] con successivo provvedimento del 17.6.2023 rigettava l'istanza di integrazione del contraddittorio per litisconsorzio facoltativo proposta dal prof. Per_1 nei confronti del dott. CP_9 del dott. CP_10 e della Controparte_11 ritenendo tardiva la relativa richiesta e già consumata la facoltà di chiamata del terzo prevista dall'art. 702-*bis* c.p.c.

Si costituiva in giudizio Controparte_4 dando atto dell'operatività della copertura assicurativa stipulata dal prof. Persona_1 per l'esercizio dell'attività professionale di medico specialista in neurologia e neurochirurgia, in forza della polizza n. 2018.07.6145738, efficace dal 30.9.2018, con massimale pari ad € 1.000.000,00 e franchigia fissa di € 5.000,00.

La compagnia assicuratrice contestava nel merito la domanda attorea, aderendo alle difese svolte dal proprio assicurato e chiedendo il rigetto delle domande proposte nei suoi confronti, salvo il riconoscimento dell'operatività della garanzia nei limiti e alle condizioni previste dal contratto di assicurazione. Eccepiva inoltre il difetto di integrità del contraddittorio, chiedeva la sospensione del giudizio ai sensi dell'art. 295 c.p.c. e insisteva per la rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio,

contestando le risultanze dell'accertamento tecnico preventivo espletato nella fase antecedente al giudizio di merito.

Concludeva nei seguenti termini:

«Voglia il sig. Giudice Unico, previo mutamento del rito da sommario in ordinario, considerata la complessità della causa e la necessità di completa istruzione della stessa: - rigettare la domanda formulata dal Ricorrente, in quanto infondata e non provata; - rigettare altresì la domanda riconvenzionale di manleva formulata dal Controparte_5 [...] contro il Prof. Per_1 ; - in via subordinata dichiarare l' Controparte_4 tenuta a manlevare il dr. Per_1 , nei limiti e nei termini delle disposizioni contrattuali richiamate in comparsa; - con vittoria di spese, competenze ed onorari».

Nel corso del giudizio, alla prima udienza del 4.10.2023, il processo veniva interrotto a seguito del decesso del prof. Persona_1 . Successivamente Parte_1 provvedeva alla rituale riassunzione del giudizio nei confronti delle parti già costituite e degli eredi del sanitario deceduto.

Con provvedimento del 27.3.2024 il giudice dichiarava la contumacia degli eredi di Persona_1 [...] e disponeva la conversione del rito, da sommario a ordinario, rinviando all'udienza del 10.4.2024.

Con decreto sostitutivo del verbale di udienza del 10.4.2024 il giudice autorizzava il Controparte_5 [...] alla notificazione degli atti agli eredi del prof. Persona_1 singolarmente individuati e rinviava l'udienza al 18.9.2024.

Si costituiva in giudizio Controparte_2 , nella qualità di erede del prof. Persona_1 , riportandosi alle difese già svolte dal *de cuius* e insistendo per il rigetto della domanda attorea e della domanda di manleva proposta dal Controparte_5 ; in via subordinata chiedeva l'accoglimento della domanda di garanzia nei confronti di Controparte_4 In particolare, contestava la fondatezza delle pretese attoree, insisteva per l'integrazione del contraddittorio nei confronti della Controparte_11 e del dott. Controparte_10 che aveva precedentemente operato il ricorrente, chiedeva la rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio e il rigetto della domanda risarcitoria, nonché della domanda di manleva proposta dal Controparte_5 .

Concludeva nei seguenti termini:

«Voglia il sig. Giudice Unico: - rigettare la domanda formulata dal Ricorrente, in quanto infondata e non provata; - rigettare altresì la domanda riconvenzionale di manleva formulata dal Controparte_5 contro il Prof.

Per_1 ; - in via subordinata, dichiarare l' Controparte_4 tenuta a manlevare la signora [...] CP_2 , quale erede del Prof. Persona_1 , nei limiti e nei termini della polizza; - con vittoria di spese, competenze ed onorari».

Con decreto sostitutivo del verbale di udienza del 18.9.2024 il giudice revocava la dichiarazione di contumacia degli eredi del prof. *Persona_1* genericamente intesi e dichiarava la contumacia della sola *Controparte_3* . Rigettava altresì l'istanza di sospensione del giudizio proposta ai sensi dell'art. 295 c.p.c., assegnava alle parti i termini di cui all'art. 183, comma 6, c.p.c. e rinviava la causa all'udienza del 22.1.2025.

A seguito del deposito delle memorie istruttorie, la causa veniva istruita documentalmente e mediante rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio, con sostituzione dei consulenti nominati nel procedimento di accertamento tecnico preventivo. Il giudice rilevava, in particolare, che la consulenza espletata in sede di ATP presentasse carenze sia sotto il profilo motivazionale sia sotto quello valutativo, apparendo alcuni degli esiti raggiunti non coerenti con la documentazione successivamente prodotta in giudizio e già disponibile ai precedenti consulenti, onde disponeva una nuova indagine peritale affidata al dott. *Persona_4* , specialista in medicina legale, e al dott. *Persona_5* , specialista in ortopedia e traumatologia.

Depositata la relazione dei consulenti tecnici d'ufficio ed esaurita l'istruttoria, la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni.

Con decreto sostitutivo del verbale di udienza del 16.7.2026, letti gli scritti difensivi depositati dalle parti, il giudice tratteneva la causa in decisione e assegnava i termini di legge per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

●●●●●●●

1. La domanda è fondata nei limiti di seguito precisati.

Giova premettere in punto di diritto che, in linea con gli esiti cui era pervenuta la giurisprudenza in merito all'inquadramento dogmatico della responsabilità dell'ente gestore della struttura sanitaria, l'art. 7 della L. 24/2017 (c.d. "Gelli-Bianco") delinea un modello di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, la quale risponde nei casi in cui l'inadempimento riguardi obbligazioni proprie dell'ente, nonché nei casi in cui l'inadempimento sia dipeso da un fatto del personale medico e paramedico che svolge la propria prestazione all'interno della struttura.

In particolare, all'art. 7 dispone che:

- la struttura sanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 c.c., delle loro condotte dolose o colpose;

- l'esercente la professione sanitaria risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 c.c., salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente;

- a norma dell'art. 2236 c.c., nel caso in cui la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il debitore risponde dei danni causati solo in caso di dolo o colpa grave.

Il legislatore, sul punto, ha positivizzato gli esiti interpretativi di consolidata giurisprudenza, secondo la quale la responsabilità della struttura sanitaria s'inserisce nell'ambito di un rapporto negoziale, qualificabile come complesso e atipico "contratto di spedalità", il quale sorge per il solo effetto anche tacito del ricovero del paziente o del suo "contatto" e sottoposizione alla attività terapeutica o, sanitaria in generale: le prestazioni sanitarie da parte di una struttura ospedaliera (o altra struttura) deputata a fornire assistenza sanitaria avvengono, infatti, sulla base di un contratto tra il paziente ed il soggetto che gestisce la struttura, avente ad oggetto una prestazione complessa, a favore dell'ammalato, definibile sinteticamente di "assistenza sanitaria", ove assumono primario rilievo le prestazioni di cura medica, ma nel quale si possono rinvenire anche prestazioni diverse quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché obbligazioni accessorie cosiddette di sicurezza e/o protezione.

Il soggetto gestore della struttura sanitaria (pubblico o privato) risponde perciò per i danni che siano derivati al paziente da trattamenti sanitari praticatigli con colpa, alla stregua delle norme dettate dagli artt. 1176, secondo comma, e 2236 c.c., che, nei casi di prestazioni particolarmente difficili, limitano la responsabilità della struttura sanitaria al dolo ed alla colpa grave.

Invero, allorché siano allegati danni derivanti dalla sola imperita o negligente attività professionale medica, la giurisprudenza, anche prima dell'entrata in vigore della novella legislativa, aveva affermato che la struttura ospedaliera debba rispondere per inadempimento contrattuale anche in relazione alla inadeguata opera prestata direttamente dai propri dipendenti o medici convenzionati, secondo la fattispecie di responsabilità per fatto altrui configurata dall'art. 1228 c.c. (responsabilità per

il fatto dei propri ausiliari o collaboratori: cfr. Cass. Sez. Un. n. 577/2008, nonché Cass. n. 13953/2007; Cass. n. 11621/2011).

2. Ciò chiarito, si deve premettere, come già esposto nella parte in fatto, che il sig. *Parte_1* ha chiesto la condanna del *Controparte_1* al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali asseritamente subiti in conseguenza degli interventi chirurgici eseguiti presso la predetta struttura in data 20.2.2018, 8.9.2018 e 3.1.2019 dal prof. *Persona_1* .

Nella fattispecie, la struttura sanitaria convenuta non ha contestato l'esistenza del rapporto contrattuale instauratosi con il paziente in occasione dei ricoveri per cui è causa; rapporto che risulta, in ogni caso, documentalmente provato dalle cartelle cliniche e dalla restante documentazione sanitaria acquisita agli atti. Dalla medesima documentazione emerge inoltre che gli interventi chirurgici e le prestazioni sanitarie oggetto di contestazione furono eseguiti dal prof. *Persona_1* *[...]* nell'ambito dell'attività assistenziale prestata dalla struttura convenuta.

La consulenza tecnica d'ufficio espletata nel corso del giudizio dal collegio composto dal dott. *[...]* *Per_4* , specialista in medicina legale, e dal dott. *Persona_5* , specialista in ortopedia e traumatologia, ha consentito di ricostruire l'intero iter clinico del ricorrente, evidenziando profili di criticità nell'esecuzione dell'intervento del settembre 2018 e nella successiva gestione chirurgica del caso. La relazione peritale appare completa, logicamente argomentata e fondata sull'esame dell'intera documentazione clinica, compresa quella relativa all'intervento eseguito presso la *CP_11* *[...]* nel luglio 2016, rimasta estranea agli approfondimenti svolti nel precedente ATP.

Le conclusioni dei consulenti risultano pertanto pienamente condivisibili e meritevoli di recepimento.

2.1. Dall'elaborato peritale emerge anzitutto come il sig. *Pt_1* fosse già affetto, anteriormente ai fatti di causa, da una grave patologia degenerativa del rachide lombare, associata a plurime comorbilità di significativa rilevanza clinica. In particolare, il paziente risultava affetto sin dal 2015-2016 da lombalgia cronica da discopatia multilivello, da cardiopatia ischemica conseguente ad infarto miocardico, da sindrome depressiva grave già in trattamento specialistico dal 2010 e da uno stato invalidante che aveva determinato il riconoscimento dell'invalidità civile all'85% già in epoca antecedente agli interventi oggetto di causa.

La consulenza ha inoltre escluso qualsivoglia profilo di responsabilità in relazione all'intervento eseguito nel luglio 2016 presso la *Controparte_11* ritenendo corretta sia l'indicazione

chirurgica sia la scelta di procedere mediante stabilizzazione monolaterale L5-S1, tecnica che, secondo la letteratura scientifica disponibile all'epoca dei fatti, non presentava caratteristiche biomeccaniche significativamente peggiori rispetto alla stabilizzazione bilaterale. È stato inoltre evidenziato come il paziente abbia beneficiato di un periodo di sostanziale benessere protrattosi per circa un anno e come la successiva ripresa della sintomatologia sia insorta solo dopo uno sforzo fisico particolarmente intenso verificatosi nel luglio 2017.

Parimenti corretta è stata ritenuta l'indicazione al successivo intervento del febbraio 2018 presso il *Controparte_5*, resosi necessario a seguito della comparsa di una sindrome giunzionale prossimale e di una instabilità del segmento L4-L5, condizioni che giustificavano pienamente una revisione dell'artrodesi con estensione della strumentazione vertebrale. Sul punto il collegio peritale ha evidenziato come «*la sindrome giunzionale, in assenza di vizi tecnici macroscopici, è un evento avverso prevedibile della fusione vertebrale ma non sempre evitabile, a prescindere dall'utilizzo di mezzi di sintesi monolaterali o bilaterali. In effetti, nonostante ai giorni attuali si eseguano praticamente sempre artrodesi strumentate con viti e barre bilaterali, le sindromi giunzionali rappresentano ancora una delle cause più frequenti delle revisioni di fusioni strumentate vertebrali. Nel caso che ci impegna non si evidenziano cause di sovraccarico correlabili al pregresso intervento chirurgico del 2016*«; ha pertanto concluso nel senso che appare «*completo e corretto l'iter preoperatorio, così come appare priva di criticità l'indicazione chirurgica così come posta dal Prof.* *Per_1* *all'intervento eseguito nel febbraio 2018*».

Anche sotto il profilo tecnico l'intervento è stato giudicato conforme alle buone pratiche cliniche. I consulenti hanno tuttavia rilevato che il decorso successivo risultò caratterizzato da persistenza della sintomatologia dolorosa e dalla successiva emersione di criticità meccaniche concernenti il posizionamento e la stabilità di alcuni mezzi di sintesi, emerse in maniera documentata solo in occasione degli accertamenti eseguiti nel settembre 2018.

In particolare, la consulenza ha accertato la presenza di una vite sacrale sinistra mal posizionata e la progressiva mobilizzazione della vite sacrale destra, evidenziando come tali problematiche non fossero state tempestivamente individuate per la mancata effettuazione di adeguati controlli post-operatori nel periodo immediatamente successivo all'intervento. I consulenti hanno, tuttavia, rilevato che durante il ricovero e sino alla dimissione non risultavano documentati deficit neurologici, né

disturbi dell'alvo o della minzione, sicché la vite mal posizionata doveva presumersi inizialmente asintomatica e divenuta successivamente causa di sofferenza neurogena su base irritativa.

Le criticità rilevanti sotto il profilo della responsabilità sanitaria emergono invece con riferimento all'intervento del settembre 2018.

Secondo il collegio peritale l'indicazione chirurgica alla revisione dell'artrodesi era corretta e giustificata dalla documentata instabilità del segmento L3-L4 e dal malposizionamento della vite sacrale. È stata tuttavia ritenuta censurabile l'esecuzione tecnica dell'intervento del 6.9.2018, sotto un duplice profilo.

In primo luogo, il prof. *Per_1* lasciava in sede il moncone della vite sacrale sinistra risultata fratturata. Tale frammento veniva successivamente individuato quale elemento compressivo della radice S1 sinistra e rendeva necessario il nuovo intervento del gennaio 2019, durante il quale il moncone veniva finalmente rimosso. Ad avviso dei consulenti, la mancata rimozione del moncone nel corso dell'intervento del settembre 2018 costituì una scelta tecnicamente non condivisibile ed eziologicamente rilevante nella persistenza della sintomatologia radicolare dolorosa lamentata dal paziente.

In secondo luogo, il sanitario procedeva alla rimozione della vite sacrale destra senza provvedere al suo riposizionamento, lasciando il segmento L5-S1 privo di un adeguato supporto meccanico. I consulenti hanno evidenziato come tale scelta non fosse conforme alle buone pratiche chirurgiche in un paziente già interessato da plurimi fallimenti delle precedenti artrodesi e necessitante della massima stabilità possibile del tratto vertebrale interessato. La mancata ricostituzione della fissazione sacrale esponeva infatti il paziente a un elevato rischio di ulteriore fallimento della stabilizzazione, rischio poi concretamente realizzatosi.

Con riferimento all'intervento del gennaio 2019, la consulenza ha ritenuto corretta sia l'indicazione terapeutica sia l'esecuzione tecnica finalizzata alla rimozione del frammento di vite e alla revisione della strumentazione. Ha tuttavia ribadito la non condivisibilità della scelta di non ripristinare una adeguata fissazione a livello sacrale destro, circostanza che contribuì alla persistenza dell'instabilità del segmento L5-S1.

A conferma di tali conclusioni, i consulenti hanno evidenziato che gli accertamenti radiologici eseguiti nell'agosto 2019 documentavano una persistente instabilità del livello L5-S1, nonché segni di

mobilizzazione della vite sacrale sinistra, elementi compatibili con il fallimento della stabilizzazione e con le criticità tecniche sopra evidenziate.

2.2. Accertata la presenza di profili colposi nell'esecuzione dell'intervento del settembre 2018 e nella successiva gestione chirurgica del quadro clinico del paziente, occorre individuare le conseguenze eziologicamente riconducibili alle condotte sopra evidenziate.

Anche sotto tale profilo, le conclusioni del collegio peritale meritano integrale condivisione.

I consulenti hanno anzitutto escluso che i gravi deficit motori lamentati dall'attore possano essere ricondotti, secondo il criterio del "più probabile che non", agli interventi eseguiti presso il *[...]* *Controparte_5* . Come evidenziato nella relazione peritale, se da un lato appare correlabile ai plurimi interventi chirurgici il quadro doloroso cronico che ha reso necessario l'impianto di uno stimolatore midollare, ben maggiori dubbi sussistono in ordine al complesso quadro neurologico prospettato dal ricorrente.

In particolare, gli accertamenti neurofisiologici eseguiti nel corso della consulenza tecnica d'ufficio hanno documentato un quadro motorio sostanzialmente nei limiti della norma, incompatibile con le gravi compromissioni deambulatorie prospettate dall'attore. Anche l'esame clinico ha evidenziato una sostanziale conservazione del trofismo muscolare degli arti inferiori e l'assenza di elementi obiettivi idonei a supportare l'esistenza di una lesione neurologica periferica causalmente riconducibile agli interventi per cui è causa.

Parimenti deve essere esclusa la riconducibilità causale agli interventi chirurgici dei lamentati disturbi urinari. Sul punto il collegio ha evidenziato che non risulta documentata alcuna sofferenza midollare o radicolare idonea a giustificare la ritenzione urinaria cronica di cui oggi soffre il sig. *Pt_1* osservando altresì come l'evoluzione della sintomatologia presenti caratteristiche cliniche incompatibili con una genesi iatrogena riferibile all'operato del prof. *Per_1* .

Analoga conclusione deve essere raggiunta con riguardo alla patologia depressiva, la cui esistenza, in forma già grave, risulta ampiamente documentata in epoca anteriore ai fatti oggetto di causa.

Viceversa, il collegio peritale ha individuato un nesso causale, valutato secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza, tra le criticità tecniche riscontrate negli interventi eseguiti presso il *Controparte_5* e il permanere di una sindrome algica cronica del rachide associata a modesti esiti radicolari nel territorio S1 sinistro.

Ne deriva che, come affermato dai consulenti, risultano causalmente riconducibili alle condotte censurate la sindrome dolorosa cronicizzata, che sarebbe stata evitabile in assenza dei plurimi interventi e delle criticità tecniche accertate, nonché gli sfumati esiti parestesici residuati nel territorio radicolare S1 sinistro. Per contro, non trovano correlazione causale con i fatti oggetto di giudizio i lamentati disturbi motori, i disturbi urinari e la patologia depressiva.

3. Accertata la responsabilità della parte convenuta, occorre procedere ora alla determinazione del *quantum* risarcibile. Il collegio peritale nominato ha riscontrato nell'attore postumi medico-legali di natura sia temporanea, nella forma di inabilità temporanea sia totale che parziale, sia di carattere permanente, in forma di invalidità permanente iatrogeno.

3.1. Quanto all'invalidità permanente, i consulenti hanno stimato che il quadro clinico complessivamente residuato al ricorrente, avuto riguardo alla sola patologia rachidea e agli esiti degli interventi chirurgici subiti, corrisponda ad una invalidità permanente del 30%. Hanno tuttavia evidenziato che, anche in presenza di un corretto trattamento sanitario, il sig. *Pt_1* avrebbe comunque riportato postumi permanenti nella misura del 18%, in ragione della preesistente patologia degenerativa del rachide. Ne consegue che il danno biologico differenziale causalmente riconducibile alle condotte colpose accertate deve essere individuato nella misura del 12%.

In merito alla liquidazione dei pregiudizi non patrimoniali derivati da menomazioni policrone concorrenti giova richiamare quanto chiarito dalla Corte di Cassazione con la sentenza n. 28986/2019, secondo cui *«(a) di eventuali preesistenze si deve tenere conto nella liquidazione del risarcimento, non nella determinazione del grado percentuale di invalidità permanente, il quale va determinato sempre e comunque in base all'invalidità concreta e complessiva riscontrata in corpore, senza innalzamenti o riduzioni, i quali si tradurrebbero in una attività liquidativa esulante dai compiti dell'ausiliario medico-legale; (b) di eventuali preesistenze si deve tenere conto, al momento della liquidazione, monetizzando l'invalidità accertata e quella ipotizzabile in caso di assenza dell'illecito, e sottraendo l'una dall'altra entità*». In altri termini, la Suprema Corte con la sentenza su richiamata ha precisato che «*una volta stabilito il grado di invalidità permanente effettivo patito della vittima, e quello presumibile se il sinistro non si fosse verificato, la liquidazione del danno non può certo avvenire sottraendo brutalmente il secondo dal primo, applicando (erroneamente) il criterio del frazionamento della causalità materiale. Il risarcimento del danno alla salute, infatti, sia quando è disciplinato dalla legge, sia quando avvenga coi criteri introdotti dalla giurisprudenza, avviene comunque con modalità tali*

che il quantum debeatur cresce in modo più che proporzionale rispetto alla gravità dei postumi: ad invalidità doppie corrispondono perciò risarcimenti più che doppi. Ne consegue che tale principio ne resterebbe vulnerato se, nella stima del danno alla salute patito da persona già invalida, si avesse riguardo solo al "delta", ovvero all'incremento del grado percentuale di invalidità permanente ascrivibile alla condotta del responsabile. Sono infatti, le funzioni vitali perdute dalla vittima e le conseguenti privazioni a costituire il danno risarcibile, non certo il grado di invalidità, che ne è solo la misura convenzionale: e poiché le suddette sofferenze progrediscono con intensità geometricamente crescente rispetto al crescere dell'invalidità, l'adozione del criterio sostenuto dalla società ricorrente condurrebbe ad una sottostima del danno, e dunque ad una violazione dell'art. 1223 c.c.».

Facendo applicazione di detti principi al caso di specie, occorre procedere alla quantificazione del danno permanente alla salute risarcibile determinando l'entità del risarcimento che spetterebbe all'attore in relazione alla percentuale di invalidità effettivamente riscontrata (30%) e sottrarre a tale somma l'importo del risarcimento (18%) che non risulta causalmente ascrivibile alla condotta della convenuta, in quanto postumo pregiudizievole che sarebbe residuato inevitabilmente anche qualora il trattamento praticato dai sanitari fosse stato correttamente eseguito.

Quanto ai criteri di liquidazione del danno non patrimoniale, va rilevato che l'art. 7, comma 4, l. 24/2017 prevede che «*il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo*». L'art. 138, comma 1, del D.Lgs. 209/2005 (c.d. codice delle assicurazioni private) stabilisce che: «*al fine di garantire il diritto delle vittime dei sinistri a un pieno risarcimento del danno non patrimoniale effettivamente subito e di razionalizzare i costi gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori, con due distinti decreti del Presidente della Repubblica, da adottare entro il 1° maggio 2022, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, il primo, di cui alla lettera a), su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, e il secondo, di cui alla lettera b), su proposta del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della giustizia, sentito l'IVASS, si provvede alla predisposizione di specifiche tabelle uniche per tutto il territorio della Repubblica: a) delle menomazioni all'integrità psico-fisica comprese tra dieci e cento punti; b) del valore pecuniario da attribuire a*

ogni singolo punto di invalidità comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso». Il medesimo articolo, al comma 3, prevede che «*qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati, l'ammontare del risarcimento del danno, calcolato secondo quanto previsto dalla tabella unica nazionale di cui al comma 1, lettera b), può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, fino al 30 per cento (c.d. personalizzazione)*»; il successivo comma 4 stabilisce che «*l'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno conseguente alle lesioni fisiche*.»

Con il d.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12, in vigore dal 5.3.2025, è stata adottata la Tabella Unica del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità tra dieci e cento punti, comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso, ai sensi dell'articolo 138, comma 1, lettera b), del codice delle assicurazioni private.

Con la recente sentenza n. 8630/2026, la Corte di Cassazione, pronunciando sul rinvio pregiudiziale sollevato dal tribunale di Milano, ha affermato 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'àmbito regolato oggettivamente, ratione materiae, dalla* *CP_12* .

Nel caso di specie, le circostanze peculiari evocate dalla Suprema Corte evidentemente non ricorrono, dal momento che la responsabilità sanitaria rientra tra gli ambiti oggettivamente regolati dalla *Cont* , che pertanto può essere applicata anche al caso di specie, pur anteriore alla sua entrata in vigore.

D'altra parte, la T.U.N. fa applicazione dei principi enunciati dalle Sezioni Unite nella nota sentenza n. 26972/2008, proponendo una liquidazione congiunta del danno non patrimoniale conseguente alla

lesione dell'integrità fisica, sia nei suoi risvolti anatomo-funzionali e relazionali (c.d. danno biologico e "dinamico-relazionale"), sia sotto il profilo del dolore e della sofferenza che normalmente consegue, in via di presunzione, ad una di dette lesioni (c.d. "danno da sofferenza soggettiva interiore"), consentendo al tempo stesso la personalizzazione del risarcimento in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, così come emergenti dagli atti del processo.

Ebbene facendo applicazione della T.U.N., tenuto conto dell'età del sig. *Pt_1* all'epoca in cui si è concluso l'iter terapeutico oggetto di indagine (marzo 2019 - anni 52), il danno biologico ammonta a € 65.896,05 (€ 116.895,95 pari al 30 % – € 50.999,90 pari al 18%).

3.2. L'importo del risarcimento sopra riconosciuto non comprende alcuna autonoma posta risarcitoria a titolo di danno morale.

Al riguardo la giurisprudenza più recente è decisa nel ritenere che, in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, incombe sul danneggiato dimostrare l'effettiva compresenza nel caso concreto delle due voci di pregiudizio al fine di ottenere una ulteriore posta risarcitoria (Cass. n. 6443/2023). Difatti il danno morale consiste in uno stato d'animo di sofferenza interiore del tutto prescindente dalle vicende dinamico relazionali della vita del danneggiato (che pure può influenzare), insuscettibile di accertamento medico-legale, sicché, ove dedotto e provato, deve formare oggetto di separata valutazione ed autonoma liquidazione rispetto al danno biologico (Cass. n. 9006/2022; Cass. n. 339/2016).

Nello specifico, occorre evidenziare come, secondo il consolidato insegnamento della giurisprudenza di legittimità:

> *«in tema di risarcimento del danno non patrimoniale conseguente alla lesione di interessi costituzionalmente protetti, il giudice di merito, dopo aver identificato la situazione soggettiva protetta a livello costituzionale, debba rigorosamente valutare, sul piano della prova, tanto l'aspetto interiore del danno (c.d. danno morale), quanto il suo impatto modificativo in peius con la vita quotidiana (il danno c.d. esistenziale, danno alla vita di relazione, da intendersi quale danno dinamico-relazionale), atteso che oggetto dell'accertamento e della quantificazione del danno risarcibile - alla luce dell'insegnamento della Corte costituzionale (sent. n. 235 del 2014) e del recente intervento del legislatore (artt. 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, come modificati dalla legge annuale per il Mercato e la Concorrenza del 4 agosto 2017 n. 124) - è la sofferenza umana conseguente alla lesione di un diritto costituzionalmente protetto, la quale, nella sua realtà naturalistica, si può connotare in concreto di entrambi tali aspetti essenziali, costituenti danni diversi e, perciò, autonomamente risarcibili, ma solo se provati caso per caso con*

tutti i mezzi di prova normativamente previsti (cfr., ex plurimis, Sez. 3, Sentenza n. 901 del 17/01/2018, Rv. 647125 - 02); sul giudice del merito, pertanto, incombe l'obbligo di tener conto, a fini risarcitori, di tutte le conseguenze in peius derivanti dall'evento di danno, nessuna esclusa, e con il concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici; ne deriva che, a fini liquidatori, si deve procedere a una compiuta istruttoria finalizzata all'accertamento concreto e non astratto del danno, dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, ivi compresi il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, valutando distintamente, in sede di quantificazione del danno non patrimoniale alla salute, le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera interiore (c.d. danno morale, sub specie del dolore, della vergogna, della disistima di sé, della paura, della disperazione) rispetto agli effetti incidenti sul piano dinamico-relazionale (che si dipanano nell'ambito delle relazioni di vita esterne), autonomamente risarcibili (Sez. 3, Ordinanza n. 23469 del 28/09/2018, Rv. 650858 - 01); con particolare riferimento all'uso delle presunzioni in materia di danno morale, varrà considerare la necessità di sottrarsi ad ogni prassi di automaticità nel riconoscimento di tale danno in corrispondenza al contestuale riscontro di un danno biologico, attesa l'esigenza di evitare duplicazioni risarcitorie destinate a tradursi in un'ingiusta locupletazione del danneggiato, laddove quest'ultimo si sia sottratto - come rilevato dal giudice a quo nel caso di specie - a una rigorosa allegazione e prova di fatti secondari idonei a supportare, sul piano rappresentativo, la prospettata sofferenza di conseguenze dell'illecito rilevabili sul piano del proprio equilibrio affettivo-emotivo; pur quando rimanga aperta per il danneggiato la possibilità di dimostrare l'eventuale compresenza di conseguenze dannose contestualmente avvertibili, in ipotesi, su entrambi i piani del danno biologico e del danno morale (ossia di diverse conseguenze dannose concretamente coesistenti e correttamente collocabili sui due diversi piani), rimane comunque ferma la necessità che l'interessato abbia a fornire la prova rigorosa, tanto della specifica diversità di tali conseguenze (al fine di evitare duplicazioni risarcitorie), quanto dell'effettiva compresenza di entrambe le serie consequenziali dedotte» (Cass. n. 6444/2023).

In altri termini, il danno morale integra un *quid pluris* e una posta di danno differenziata, in quanto attinente alla sofferenza interiore, rispetto al danno biologico, e in quanto tale bisognosa di adeguati supporti probatori, e tanto in particolare quando i danni liquidati siano di lieve entità. La lesione dell'integrità psico-fisica può sì rilevare sul piano presuntivo ai fini della dimostrazione di un coesistente danno morale; tuttavia, non può conseguire in via automatica, ed anzi «*la possibilità di invocare il valore rappresentativo della lesione psico-fisica (in sé considerata come danno biologico) alla stregua di un elemento presuntivo suscettibile di (concorrere a) legittimare, in termini inferenziali, l'eventuale riconoscimento di un coesistente danno morale, dovrà ritenersi tanto più limitata quanto più ridotta, in termini quantitativi, si sia manifestata l'entità dell'invalidità riscontrata, attesa la ragionevole e intuibile idoneità di*

fatti lesivi di significativa ed elevata gravità a provocare forme di sconvolgimento o di debordante devastazione della vita psicologica individuale (ragionevolmente tali da legittimare il riconoscimento dalla compresenza di un danno morale accanto a un danno biologico), rispetto alla corrispettiva idoneità delle conseguenze limitate a un danno biologico di modesta entità ad assorbire, secondo un criterio di normalità (e sempre salva la prova contraria), tutte le conseguenze riscontrabili sul piano psicologico, ivi comprese quelle misurabili sul terreno del c.d. danno morale; da tanto segue la ragionevole affermazione del principio declinabile sul piano probatorio secondo cui, al riconoscimento di danni biologici di lieve entità (come avvenuto nel caso di specie), corrisponderà un maggior rigore nell'allegazione e nella prova delle conseguenze dannose concretamente rivendicate, dovendo ritenersi normalmente assorbite, nel riscontrato danno biologico di lieve entità (salva la rigorosa prova contraria), anche le conseguenze astrattamente considerabili sul piano del c.d. danno morale» (ancora Cass. n. 6444/2023).

Nel caso in esame, parte attrice allega la «*menomazione delle normali implicazioni dell'agire della persona e, quindi, nella relativa sofferenza per questa privazione (che ha condotto il ricorrente a dipendere da terzi soggetti, con ulteriore sofferenza per tutto il tempo preparatorio degli interventi, per quello necessario per la loro esecuzione, nonché per quello occorso per la fase post operatoria, durante la quale il sig.* Pt_1 *cominciava ad accusare problemi di natura neurologica), sia nella sofferenza notoriamente ricollegabile alla successiva percezione dell'esito non risolutivo degli interventi, con conseguente danno non patrimoniale alla persona, oltre all'evidente lesione del diritto alla salute*» (cfr. pag. 4 ricorso introduttivo).

Tali circostanze, tuttavia, sono rimaste del tutto prive di riscontro probatorio. Né soccorrono, sotto tale profilo, le risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, la quale ha espressamente escluso che il disturbo depressivo sofferto dal sig. Pt_1 sia causalmente riconducibile alle condotte sanitarie oggetto di giudizio, evidenziandone la preesistenza in forma grave già anteriormente ai fatti di causa. La stessa consulenza ha inoltre escluso la riconducibilità ai fatti per cui è causa dei lamentati disturbi neurologici e urinari, limitando il danno causalmente attribuibile alle condotte censurate alla sola sindrome dolorosa cronica e ai modesti esiti radicolari residuati. Nello specifico il collegio ha concluso che «*non trovano una correlazione causale con i fatti in analisi gli assai dubbi disturbi motori lamentati (non confermati dagli esami elettrofisiologici condotti), i disturbi urinari (oggi ritenzione urinaria) e il disturbo depressivo, preesistente già in forma grave prima dei fatti di specie*». Ne deriva che non risultando provato un danno ulteriore di natura morale, non può riconoscersi alcun risarcimento sul punto.

3.3. Non emergono neppure elementi idonei a giustificare una personalizzazione in aumento del danno non patrimoniale, neppure sotto il profilo della perdita di capacità lavorativa generica, ossia della maggiore difficoltà o usura nello svolgimento dell'attività lavorativa.

Come chiarito dalla Suprema Corte, il danno da riduzione della capacità lavorativa generica non integra una autonoma voce risarcitoria di natura patrimoniale, ma rientra nell'ambito del danno biologico, risolvendosi nella maggiore usura, fatica o difficoltà incontrata nello svolgimento delle attività lavorative e quotidiane (Cass. n. 1816/2014; Cass. n. 28988/2019). Diverso è invece il danno da perdita della capacità lavorativa specifica, che richiede la prova di una effettiva riduzione della capacità di produrre reddito.

Nel caso di specie tale prova non è stata fornita.

Al contrario, la consulenza tecnica d'ufficio ha evidenziato che il quadro clinico del sig. *Pt_1* risultava già gravemente compromesso da plurime patologie pregresse, le quali incidevano significativamente sulla sua capacità lavorativa. I consulenti hanno inoltre rilevato che i postumi causalmente riconducibili alle condotte accertate, avuto riguardo alla natura prevalentemente intellettuale dell'attività professionale svolta dal ricorrente, presentano un'incidenza modesta e sostanzialmente trascurabile sotto il profilo lavorativo (cfr. pag. 87-88 CTU «*si deve tener conto che il quadro clinico complessivo del Sig.* *Pt_1* *è gravato da molteplici patologie pregresse che già ne minavano fortemente la capacità lavorativa specifica e nelle attività eventualmente confacenti. In considerazione di attività prevalentemente intellettuale, i postumi attribuibili ai fatti in analisi appaiono avere una incidenza decisamente minoritaria e trascurabile rispetto a tale aspetto, anche in considerazione della contraddittorietà ed aleatorietà dei disturbi motori, non confermati dalle indagini elettrofisiologiche*»).

Pertanto, non risulta configurabile alcun autonomo danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica, né sussistono i presupposti per procedere ad una personalizzazione del danno biologico in ragione della dedotta maggiore usura lavorativa, trattandosi di conseguenza già adeguatamente ricompresa nella liquidazione del danno non patrimoniale operata sulla base del danno biologico differenziale accertato.

In definitiva, l'importo complessivo risarcibile in favore della ricorrente, a titolo di danno non patrimoniale correlato alla lesione permanente del bene salute risulta pari ad € 65.896,05.

3.4. A tale somma, determinata a ristoro del pregiudizio non patrimoniale complessivo di carattere permanente ascrivibile causalmente alla condotta colposa della parte convenuta, va aggiunta la liquidazione della porzione di danno biologico temporaneo, quantificato dai consulenti d'ufficio in in 66 giorni di invalidità temporanea assoluta, 90 giorni di invalidità temporanea al 75% e 180 giorni di invalidità temporanea al 50%.

Dunque, facendo applicazione dei medesimi parametri di cui alla T.U.N. e tenendo conto, per le ragioni già esposte, della mancata attribuzione di una autonoma componente a titolo di danno morale, tale voce di danno risulta quantificabile in € 12.556,23.

Ne consegue che il complessivo danno non patrimoniale risarcibile, costituito dal danno biologico permanente differenziale e dal danno biologico temporaneo, ammonta ad € 78.452,28.

All'importo sopra accertato come dovuto vanno aggiunti interessi al tasso legale sull'importo devalutato al momento del fatto e via via rivalutato anno per anno sino all'attualità (secondo i noti principi espressi da Cass., Sez. Un., n. 1712/1995), con gli ulteriori interessi al tasso legale dal dì della sentenza sino al soddisfo. L'importo finale dovuto, all'esito di tale calcolo, è pari a € 87.934,77. Su tale somma saranno dovuti gli interessi al saggio legale fino al giorno del soddisfo.

4. Definito il *quantum* dovuto in favore del ricorrente (al netto delle spese della fase di ATP e legali, su cui si tornerà all'esito), occorre esaminare la domanda di regresso e manleva proposta dal *[...]* *Controparte_1* nei confronti del prof. *Persona_1* (oggi nei confronti dei suoi eredi).

Sotto il profilo processuale, va preliminarmente evidenziato che il sig. *Parte_1* ha proposto la domanda risarcitoria esclusivamente nei confronti del *Controparte_1* chiedendone la condanna al risarcimento dei danni derivati dagli interventi chirurgici eseguiti presso la struttura sanitaria.

Il [redacted] ha successivamente chiamato in causa il prof. *Persona_1*, deducendone la responsabilità professionale e proponendo nei suoi confronti domanda di regresso e manleva per il caso di accoglimento della domanda attorea.

L'attore, tuttavia, non ha esteso le proprie domande al sanitario chiamato in causa né ha formulato nei suoi confronti autonome richieste di accertamento o di condanna.

Ne consegue che il prof. *Per_1*, e per esso gli odierni eredi, non rivestono nel presente giudizio la qualità di convenuti rispetto alla pretesa risarcitoria azionata dal sig. *Pt_1*, ma sono parti esclusivamente in relazione al distinto rapporto interno dedotto dal *Controparte_5* mediante la domanda di regresso e manleva. Pertanto, nei confronti degli eredi del prof. *Per_1* viene in rilievo unicamente la domanda proposta dalla struttura sanitaria, restando preclusa qualsiasi statuizione di condanna diretta in favore dell'attore, in difetto di estensione della domanda risarcitoria nei confronti del sanitario chiamato in causa.

Ciò posto, deve osservarsi che i fatti oggetto di causa si sono verificati successivamente all'entrata in vigore della L. n. 24/2017 e che gli interventi chirurgici per cui è causa sono stati eseguiti dal prof. *Per_1* nell'ambito dell'organizzazione del *Controparte_5*, avvalendosi delle strutture, delle apparecchiature e del personale messi a disposizione dalla clinica.

Ne consegue che trova applicazione la disciplina speciale dettata dall'art. 9 della L. n. 24/2017, secondo cui «*l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave*».

Difatti, come recentemente chiarito dalla Suprema Corte, ciò che rileva ai fini dell'applicabilità dell'art. 9 non è la qualificazione della responsabilità del sanitario nei confronti del paziente, bensì il fatto che la prestazione sanitaria sia stata resa attraverso l'organizzazione della struttura, nel cui ambito il medico opera quale ausiliario della stessa ai sensi dell'art. 1228 c.c.; in tale ipotesi, i rapporti interni tra struttura e sanitario sono regolati dalla disciplina speciale della rivalsa prevista dalla legge *Pt_2 [...]*, la quale limita la responsabilità del sanitario ai soli casi di dolo o colpa grave. Tale disciplina, avente carattere imperativo e funzionale agli obiettivi perseguiti dalla riforma, non può essere derogata mediante il ricorso a criteri diversi di riparto della responsabilità fondati sulle regole generali del regresso o sull'autonomia negoziale (Cass. n. 9949/2026).

La funzione dell'art. 9 è infatti quella di circoscrivere l'azione di rivalsa alle sole ipotesi caratterizzate da una particolare gravità della condotta professionale, evitando che ogni accertamento di *malpractice* determini automaticamente il trasferimento dell'intero rischio economico sul sanitario.

La clinica convenuta ritiene inapplicabile il menzionato articolo facendo leva sull'art. 3 del contratto concluso *inter partes* (doc. 1 di parte convenuta). Sennonché, la pronuncia della Suprema Corte poc'anzi richiamata ha confermato la decisione del giudice di merito che aveva ritenuto

(implicitamente) nulla una clausola del tutto analoga e applicato, quindi, la regola sancita dal citato art. 9, muovendo dal carattere imperativo di quest'ultima norma «*in quanto strettamente funzionale agli scopi, anche di rilievo pubblicistico, perseguiti dalla disciplina nel suo complesso*». Ad analoga conclusione è peraltro pervenuto questo tribunale in una sentenza pubblicata in data 29.9.2026 avente a oggetto la stessa identica clausola (convenuta, infatti, era sempre *Controparte_1* .

Ciò posto, e ritenuta quindi la piena applicabilità della disciplina di matrice legale, gioca osservare che la colpa grave «*non coincide con qualsiasi scostamento dalle regole dell'arte, ma richiede una valutazione qualificata della condotta, tale da evidenziare un grado di negligenza, imprudenza o imperizia eccedente l'ordinaria colpa professionale*», vale a dire, in altri termini, una «*eccezionale e inescusabile devianza dal programma condiviso di tutela della salute*» (Cass. n. 9949/2026). In particolare, si può parlare di colpa grave solo quando si sia in presenza di una «*deviazione ragguardevole rispetto all'agire appropriato, rispetto al parametro dato dal complesso delle raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento*» (Cass. n. 18347/2021).

Orbene, posto che la colpa grave non può essere riconosciuta facendo ricorso a una nozione astratta o estranea al quadro normativo, ma va determinata all'esito di una valutazione complessiva della condotta professionale del sanitario, alla luce delle risultanze istruttorie e, in particolare, della C.T.U., occorre rilevare come l'elaborato peritale, sul punto, risulti deficitario. Invero, anche in ragione della mancanza di uno specifico quesito al riguardo, i consulenti non hanno focalizzato l'attenzione sul gradiente di colpa ascrivibile al prof. *Per_1* , svolgendo considerazioni che, per quanto chiare nell'evidenziare l'esistenza di una negligenza («*criticabile*»; «*non condivisibile*»), non consentono di inferire il grado di colpa addebitabile al sanitario.

Per tali ragioni, si impone la remissione della causa sul ruolo per approfondire questo specifico punto, rilevante soltanto ai fini della definizione della domanda di garanzia. Il quesito integrativo sarà oggetto di separata ordinanza.

5. Non resta che passare alla regolamentazione delle spese di lite, sebbene limitatamente al rapporto tra le parti principali.

Dal momento che la domanda (sia pure in misura minore rispetto alle richieste) è stata accolta, non c'è dubbio che la soccombenza ricada sul *Controparte_5* . Sennonché, questo giudicante ritiene di non poter ignorare le peculiarità del presente giudizio, complessivamente inteso. Il

ricorrente ha introdotto un giudizio di accertamento tecnico preventivo con finalità conciliativa e, in quella sede, ha sostanzialmente simulato conseguenze alla propria salute per indurre i CTU nominati in quella sede a quantificare in misura maggiore possibile la percentuale di invalidità. Ciò è stato lamentato dalla resistente fin dalla fase di ATP, è risultato poi acclarato nella CTU rinnovata in questo giudizio di cognizione e, oltretutto, è stato anche accertato nell'ambito di un giudizio penale parallelamente instauratosi (cfr. doc. 16 prodotto dalla convenuta unitamente alla comparsa conclusionale, primo momento utile; il dispositivo era già stato depositato nel corso del giudizio in allegato alle note del 21.5.2026).

Orbene, giova richiamare il consolidato (e condivisibile) indirizzo della giurisprudenza secondo cui «*in materia di spese processuali, al criterio della soccombenza può derogarsi solo quando la parte risultata vincitrice sia venuta meno ai doveri di lealtà e probità, imposti dall'art. 88 c.p.c., precisando che tale violazione è rilevante unicamente nel contesto processuale, restando estranee circostanze che, sia pur riconducibili ad un comportamento non commendevole della parte, si siano esaurite esclusivamente in un contesto extraprocessuale, le quali circostanze possono, al più, giustificare una compensazione delle spese*» (Cass. 12065/2026). Trattasi dell'applicazione della regola sancita dal primo comma dell'art. 92 c.p.c. a mente del quale «*il giudice, nel pronunciare la condanna di cui all'articolo precedente, può escludere la ripetizione delle spese sostenute dalla parte vincitrice, se le ritiene eccessive o superflue; e può, indipendentemente dalla soccombenza, condannare una parte al rimborso delle spese, anche non ripetibili, che, per trasgressione al dovere di cui all'articolo 88, essa ha causato all'altra parte*».

Proprio in ossequio a tale principio, ritiene questo giudicante anzitutto che sia equo che le spese processuali della fase di ATP rimangano interamente a carico di parte ricorrente. Invero, il sig. *Pt_1* con la propria condotta, ha sostanzialmente vanificato la finalità conciliativa cui è preposto l'istituto disciplinato dall'art. 696-*bis* c.p.c., essendo evidente che, con una quantificazione del danno pressoché doppia rispetto a quella reale (i consulenti in sede di ATP, indotti in errore dal ricorrente, avevano infatti stimato il danno permanente in 60 punti percentuali contro i 30 punti percentuali accertati nella CTU espletata in questa sede), fosse impossibile per il addivenire a qualsivoglia chiusura bonaria. Il tribunale è stato così costretto a rinnovare le operazioni peritali in questa sede, con conseguente allungamento dei tempi di giustizia.

Più nel dettaglio, i compensi liquidati in favore degli ausiliari nominati nel corso dell'ATP, e posti fisiologicamente a carico del ricorrente, non potranno essere riversati sulla convenuta e, inoltre, *Controparte_1* ha diritto alla refusione delle spese legali sostenute per la sua difesa nel procedimento di ATP. Atteso che le spese di lite di questo giudizio, invece, non possono che conformarsi alla regola della soccombenza, di fatto il diritto di *Controparte_1* a vedersi rifondere le spese della fase di ATP si traducono in una riduzione delle spese dovute per il presente giudizio di cognizione.

In concreto:

- Le spese del presente giudizio di cognizione dovrebbero essere pari a € 14.103,00 avuto riguardo al danno concretamente riconosciuto (come previsto dall'art. 5 del D.M. 55/2014) e facendo applicazione dei medi tabellari;
- Le spese della fase di ATP, sempre avuto riguardo al valore di causa e ai medi tabellari, dovrebbero essere pari a € 3.827,00;
- Operata la compensazione tra le due poste, il diritto alla refusione delle spese legali in questo giudizio in capo al ricorrente si riduce a € 10.276,00 oltre rimborso delle spese generali.

Un capitolo a parte meritano le spese sostenute dalla resistente per le investigazioni private poste in essere nel corso del giudizio di ATP per verificare la bontà dei postumi lamentati dall'odierno ricorrente. *Controparte_1* insiste affinché tali spese vengano allocate a carico del ricorrente poiché è quest'ultimo, con la sua condotta, ad aver reso necessaria tale spesa.

Ad avviso di questo giudicante, l'allegazione della resistente coglie nel segno.

Come dimostrato dalla consulenza espletata nel corso di questo giudizio, le conseguenze attinenti alla capacità deambulatoria del *Pt_1* lamentate nel corso dell'ATP non hanno trovato alcuna conferma e, al contrario, è sostanzialmente emerso che l'odierno ricorrente aveva simulato una condizione lontana dalla realtà al solo scopo di veder incrementato il danno risarcibile, inducendo in errore gli ausiliari nominati dal tribunale. Non a caso, questo tribunale, sezione penale, ha condannato il *Pt_1* per il delitto previsto e punito dagli artt. 48 e 373 c.p. poiché, rappresentando falsamente e simulando la sopravvenuta impossibilità di deambulare autonomamente senza il supporto della sedia a rotelle, induceva in errore i CTU circa la reale natura ed entità delle conseguenze patite in seguito agli interventi chirurgici eseguiti dal prof. *Per_1* . L'odierna resistente, resasi conto di tale

simulazione, per sovvertire tale erronea rappresentazione è stata costretta a muoversi al di fuori del processo, incaricando un'agenzia investigativa. Ed è chiaro ed evidente che proprio le risultanze di tali investigazioni sono risultate fondamentali per indurre questo tribunale a rinnovare le operazioni peritali, come peraltro ben colto anche nella sentenza di condanna penale (pag. 16).

Trattasi, dunque, di una spesa che chiaramente la parte oggi soccombente ha dovuto sostenere esclusivamente per neutralizzare la condotta non solo sleale, ma finanche penalmente rilevante, tenuta dalla controparte nel corso delle operazioni di ATP. Per tali ragioni, essa deve rimanere a carico del ricorrente, per come quantificata nella fattura allegata alla comparsa conclusionale (eccetto l'IVA che la resistente può portare in compensazione).

Quanto alle spese di CTU svoltasi in questo giudizio, esse vanno poste in via definitiva a carico della parte convenuta in base al principio di soccombenza.

P.Q.M.

Il tribunale di Arezzo, in composizione monocratica, ogni contraria istanza eccezione e deduzione disattesa o assorbita, non definitivamente pronunciando sulle domande come in epigrafe proposte, così provvede:

- **accerta** la responsabilità di *Controparte_1* nella causazione del danno in capo all'attore;
- **condanna** *Controparte_1* a corrispondere in favore di *Parte_1* € 87.934,77 a titolo di danno non patrimoniale, oltre interessi al saggio legale a decorrere dalla data di deposito di questa pronuncia;
- **condanna** *Parte_1* a rimborsare in favore di *Controparte_1* € 11.950,00 oltre interessi al saggio legale a decorrere dalla data di deposito di questa pronuncia;
- **dichiara nulla** la clausola contenuta all'art. 3.1, lettera c), del contratto concluso tra *[...]* *Controparte_1* e *Persona_1* nella parte in cui recita come segue: «*il Medico dichiara, comunque, di rilevare indenne la* *CP_13* *per ogni fatto ed omissione a lui imputabile*»;
- **condanna** *Controparte_1* al pagamento delle spese di lite in favore *Pt_1* *[...]* liquidate in misura pari a € 10.276,00 oltre rimborso delle spese generali, IVA, CAP per compensi della presente fase di merito; € 288,00 quale rimborso spese esenti;

- **dichiara** che le spese della fase di accertamento tecnico preventivo debbano rimanere a carico di *Parte_1* a cagione della sua condotta violativa dei doveri di lealtà e probità imposti dall'art. 88 c.p.c.;
- **pone** definitivamente a carico della parte convenuta le spese della CTU medico-legale espletata nel presente giudizio;
- **rimette** la causa sul ruolo in relazione alla domanda di regresso ex art. 9 L. 24/2017 di *[...]* *Controparte_1*

Così deciso in Arezzo, 16 novembre 2026

Il giudice

Federico Pani