

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

RG n. 1263/2021

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

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



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

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

**SENTENZA NON DEFINITIVA**

nella causa civile iscritta al n. 1263/2021 R.G.A.C. vertente

**TRA**

[REDACTED] (c.f.: [REDACTED]), rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata all'atto di citazione, dall'avv. [REDACTED] ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Luzzi, alla via C. Firrao;

- attrice -

**CONTRO**

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

- convenuta -

[REDACTED] (c.f.: [REDACTED]), rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata alla comparsa di risposta, dagli avvocati [REDACTED] ed elettivamente domiciliata presso lo Studio Legale [REDACTED] in Rende, al viale della Resistenza, n. 98;

- convenuta -

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

- convenuti -

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

- convenuta -

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





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

- terza chiamata dalla dott.ssa [REDACTED] e dal dott. [REDACTED]

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

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

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

**Conclusioni delle parti:**

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





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

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

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

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





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

**Per i dottori [redacted] e [redacted] (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 5/10/2023):** “Nel merito, in via preliminare: accertare e dichiarare la prescrizione dei diritti risarcitori azionati dalla Sig.ra Romano nei confronti del [redacted] per le ragioni esposte nei precedenti atti. Nel merito: accertata e dichiarata la mancanza di profili di responsabilità nella condotta professionale del Dott. [redacted], respingere le domande svolte da parte ricorrente in quanto infondate in fatto e in diritto; nel merito in via subordinata e in manleva: nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande della ricorrente e di accertamento di nesso causale tra la condotta del dott. [redacted] /o del Dott. [redacted] e le lesioni riportate dalla ricorrente, limitarsi quanto dovuto a titolo di risarcimento, entro i limiti delle specifiche condotte e dei danni così come eventualmente provati; **per la parte dott. [redacted]** nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte ricorrente e/o della Assicurazione [redacted] st, condannare [redacted] Compagnia di Assicurazioni SpA con sede e Direzione Generale in Corso Libertà 53 - CAP 41018 San Cesario sul Panaro (Modena), P.IVA [redacted], in forza della polizza assicurativa richiamata in atti, a tenere indenne il Dott. [redacted] di quanto questi fosse tenuto a pagare per qualsiasi titolo a favore della ricorrente e/o di [redacted] assicurazione dell'Azienda, in forza dell'emananda sentenza, nonché a rimborsare al dott. [redacted] le spese legali sostenute per resistere all'azione avversaria ai sensi e per gli effetti dell'art. 1917, III comma, c.p.c.; **per la parte dott. [redacted]** nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte ricorrente e/o di [redacted] compagnia assicurativa dell' [redacted], condannare [redacted] Gruppo Assicurativo [redacted] del l.r. pro tempore, con sede in [redacted] - 20122 Milano - cod. fisc.- part. iva [redacted] in forza della polizza assicurativa richiamata in atti, a tenere indenne il Dott. [redacted] di quanto questi fosse tenuto a pagare per qualsiasi titolo a favore della ricorrente e/o di [redacted] forza dell'emananda sentenza, nonché a rimborsare al dott. [redacted] le spese legali sostenute per resistere all'azione avversaria ai sensi e per gli effetti dell'art.1917, III comma, c.p.c.; nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte ricorrente, condannare l' [redacted] (P.Iva [redacted]), con sede legale [redacted] s.n.c, a tenere indenni il Dott. [redacted] e il Dott. [redacted] di quanto questi fossero obbligati a pagare per qualsiasi titolo a favore di parte ricorrente in forza dell'emananda sentenza, per le ragioni dedotte in atti; in ogni caso: condannare parte ricorrente al pagamento delle spese e competenze di giudizio, oltre accessori di legge”.

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





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

All'uopo, il Tribunale di Cosenza, in fattispecie identica, ha pronunciato la seguente ordinanza ex art. 702 bis nel giudizio al n. 768/2020: "Non può invece essere accolta la domanda di condanna formulata dalla [REDACTED] nei confronti della compagnia assicuratrice [REDACTED]. Pur ritenendo, infatti, ammissibile l'azione diretta del danneggiato nei confronti delle compagnie assicuratrici delle strutture sanitarie e dell'esercente la professione medica nell'ambito del procedimento per ATP in ragione del dettato dell'art. 8 della legge 24/2017 (c.d. legge Bianco - Gelli) che prevede - quale norma processuale, come tale applicabile retroattivamente - la partecipazione obbligatoria delle assicurazioni alla procedura conciliativa per non frustrare il fine deflattivo dell'istituto e rendere opponibili nel successivo giudizio di merito anche ad esse le risultanze dell'accertamento tecnico, ad analoga conclusione non può pervenirsi in relazione al giudizio di merito a ciò ostando l'espresso dettato dell'art. 12, comma 5 L. 24/2017 che subordina la chiamata diretta del danneggiato alla previa emanazione ed entrata in vigore del decreto ministeriale con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie." Pertanto si insiste nella predetta eccezione preliminare.

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In via istruttoria:

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

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





Per **[REDACTED]** s.p.a. chiamata dalla dott.ssa **[REDACTED]**

**[REDACTED]** (conclusioni rassegnate nelle note scritte depositate in data 26/9/2023):

1 – in via principale, rigettare l'azione risarcitoria promossa dalla signora Romano verso la dott.ssa **[REDACTED]** in quanto infondata, ciò per le ragioni opposte dall'Assicurata con la sua comparsa di costituzione e risposta.

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

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

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

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

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

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

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

superiore al 16,66% dei danni risarcibili alla signora **[REDACTED]**,

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

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

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

In via istruttoria:

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





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

procedimento;

- dichiarare la tardività – e la conseguente inammissibilità e inutilizzabilità – della produzione di nuovi documenti offerta dalla signora [redacted] con la sua memoria ex art. 183, comma 6, n. 3, c.p.c., trattandosi di documenti aventi ad oggetto, secondo le deduzioni della stessa attrice, una prova diretta, e non certo una prova contraria;

- dichiarare inammissibili tutti i capitoli di prova per testimoni dedotti dalla signora [redacted] con la sua memoria ex art. 183, comma 6, n. 2, c.p.c. per i motivi analiticamente opposti nella memoria ex art. 183, 6° comma, n. 3), c.p.c. per [redacted] [redacted] [redacted] terza chiamata dalla dott.ssa [redacted]

- dichiarare ammissibili i capitoli di prova per testimoni dedotti dalla dott.ssa [redacted] con la sua memoria ex art. 183, 6° comma, n. 2), c.p.c.”

#### Fatto e diritto

1. Con ricorso ex art. 702-bis c.p.c. depositato in data 2/4/2021 [redacted] [redacted] ha premesso che in data 19/5/2012 si è ricoverata presso l'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia dell'A.O. di [redacted] per sottoporsi ad intervento chirurgico di isterectomia totale con annessiectomia totale a causa di metrorragie recidivanti. L'intervento veniva effettivamente eseguito in data 21/5/2012 dall'equipe composta dal dott. Francesco [redacted] quale primo operatore e dalla dott.ssa [redacted] quale seconda operatrice. L'attrice ha riferito che nelle ore immediatamente successive all'intervento e comunque in data 30/5/2012 riferiva dolori a livello della sutura, stato febbrile e fuoriuscita di materiale sieromatico che veniva medicato e trattato con terapia antibiotica; veniva altresì rilevata "piccola raccolta a livello della cupola vaginale".

A causa del progressivo aggravarsi del dolore la [redacted] veniva nuovamente ricoverata in data 4/6/2012 con diagnosi in entrata "probabile fistola vescico – vaginale post chirurgica in paziente operata di recente laparoisterectomia". In data 20/6/2012 veniva nuovamente operata per "riparazione di fistola vagino-vescicale secondo O'Connor" dall'equipe composta dai dottori [redacted], [redacted] e [redacted]. Nel corso di tale secondo intervento, per come si evince dal verbale operatorio, venivano riscontrate "... laparotomia sec. ... Aperto l'addome non si evidenzia la cupola vaginale per la presenza di tenaci aderenze vescico – viscerali e vescico – parietali. Si decide di riparare la fistola vescico – vaginale per via transvescicale (intervento di O'Connor) ... Si apre la vescica a livello della cupola, si prepara la parete posteriore fino al tragitto fistoloso e lo si incide longitudinalmente fino alla fistola. Ben visibili gli stent uretali. Ricostruzione della parete posteriore della vescica. Sutura nella cupola vescicale anteriore in continua ... Drenaggio a caduta endoaddominale... Ricostruzione della parete addominale". Nel corso della degenza e prima dell'intervento del 20/6/2012 venivano eseguiti i seguenti esami: cistografia in data 11/6/2012 che





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

Senonché, perdurando i dolori e la minzione spontanea, con peggioramento dello stato della ferita, nausea e persistente stato ansioso negativamente incidenti sulla vita matrimoniale della paziente, impossibilitata ad avere rapporti sessuali, e sulla possibilità di svolgere qualunque attività ludica o lavorativa, in data 13/11/2015 la [REDACTED] si sottoponeva ad un ulteriore intervento di *“alloplastica, ricostruzione della parete”* presso la [REDACTED] [REDACTED] per esserle stata diagnosticata la diastasi dei muscoli addominali. Nel corso dell'intervento veniva riscontrato *“incisione escidente la vecchia cicatrice, presenza di una grossa soluzione di continuo a carico dei m. retti e dei m. piriformi”*. Si procedeva alla *“preparazione dei piani m. aponevrotici e al posizionamento di rete in propilene in sede preperitoneale, fissata alla faccia posteriore della fascia, previo scollamento delle anse intestinali e della vescica controllo emostasi, posizionamento drenaggio di rendon, sutura a strati della parete”*. La paziente veniva dimessa in data 17/11/2015.

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

Nella prospettiva dell'attrice, fondata sulle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio redatta dai dottori Davide Crispino (medico legale) e Gabriele Tunnera (medico specialista in Ginecologia e Ostetricia) nell'ambito del giudizio di accertamento tecnico preventivo iscritto al n. 2265/2018 R.G. di questo tribunale, sono riscontrabili profili di colpa in capo all'[REDACTED] e ai sanitari che l'hanno avuta in cura prendendo parte ai due interventi chirurgici eseguiti in data 21/5/2012 e 20/6/2012 e comunque nel corso della degenza, per avere erroneamente cagionato, nel corso del primo intervento, una perforazione della vescica e comunque una sua non corretta saturazione che ha poi provocato la fuoriuscita immediata delle urine oltre allo stato febbrile e alla necessità di sottoporre la paziente ad un secondo intervento, che avrebbe potuto evitarsi se non fossero stati commessi i menzionati errori e se a seguito della visita del 30/5/2012 i sanitari avessero tempestivamente diagnosticato l'insorgenza della fistola vescico-vaginale. L'attrice ha altresì lamentato che i sanitari che eseguirono il primo intervento avrebbero operato l'asportazione delle ovaie senza che ve ne fosse necessità, visto che non





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

Per tali ragioni ~~la signora [nome]~~ si è rivolta a questo tribunale per ottenere la condanna dell'~~gruppo assicurativo [nome]~~, della compagnia assicuratrice della sua responsabilità civile ~~[nome]~~ s.p.a. e dei dottori ~~[nome]~~, ~~[nome]~~ e ~~[nome]~~ al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali da lei subiti e consistenti, quanto ai primi, nell'impossibilità di svolgere qualunque attività lavorativa e, quanto ai secondi, nel danno biologico e in quello da invalidità temporanea totale per come quantificati dai cc.tt.uu. nominati nell'ambito del giudizio di accertamento tecnico preventivo.

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

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





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

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

Con comparsa di risposta depositata in data 24/6/2021 si è costituita [REDACTED], compagnia assicuratrice dell'[REDACTED], per eccepire il proprio difetto di legittimazione passiva ai sensi dell'art. 12 della legge n. 24/2017, non disponendo l'attrice di azione diretta nei suoi confronti. Nel merito ha chiesto il rigetto della domanda attorea non ravvisandosi alcun profilo di responsabilità in capo ai sanitari dell'A.O. convenuta. La convenuta ha contestato la domanda anche sotto il profilo del *quantum* richiesto.

Alla prima udienza del 2/7/2021 il tribunale ha onerato l'attrice di provvedere al rinnovo della notifica del ricorso nei confronti della dott.ssa [REDACTED], non essendo andata a buon fine quella effettuata dal difensore. Ha altresì consentito all'[REDACTED] di [REDACTED] e ai dottori [REDACTED] e [REDACTED], cui la notifica del ricorso è pervenuta ben oltre il termine all'uopo assegnato dal giudice nel decreto di fissazione di udienza, di meglio sviluppare le proprie difese e ha fissato la successiva udienza per il giorno 19/11/2021.

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





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

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

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

I convenuti hanno comunque affermato la correttezza dell'operato dei sanitari intervenuti anche alla luce delle conclusioni cui sono pervenuti i cc.tt.uu. nominati nell'ambito del giudizio di a.t.p., specificando peraltro di non aver preso parte alla visita della paziente del 30/5/2012 eseguita esclusivamente dalla dott.ssa \_\_\_\_\_. Hanno poi contestato tutti i danni risarcibili. Hanno in ogni caso proposto domanda trasversale nei confronti dell'A.O. \_\_\_\_\_ per essere tenuti indenni in caso di loro condanna ai sensi di quanto previsto dal CCNL e dagli articoli 1228 e 2049 c.c. Hanno infine richiesto ed ottenuto di essere autorizzati a chiamare in causa le rispettive compagnie assicuratrici (\_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_ per essere manlevati in caso di condanna.

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





Con separate comparse di risposta depositate in data 28/3/2022 e 30/3/2022 si è costituita [REDACTED], nella rispettiva qualità di terza chiamata dal dott. [REDACTED] e di terza chiamata dalla dott.ssa [REDACTED], per eccepire l'infondatezza delle richieste risarcitorie azionate dalla ricorrente nei confronti dei propri assicurati. Nell'ipotesi di accoglimento della domanda, ha invece eccepito l'inoperatività della polizza che non copre il rischio derivante dalla proposizione di un'azione risarcitoria, ma solo quello di condanna dell'assicurato per colpa grave con sentenza passata in giudicato per le ipotesi di azione di rivalsa esperita dall'impresa di assicurazione ovvero direttamente dall'Azienda di appartenenza o dalla pubblica amministrazione in genere nei casi previsti dalla legge e limitatamente ai sinistri da questa pagati. Anche in caso di rigetto della prefata eccezione, la polizza sarebbe inoperante perché prevista a secondo rischio, per il solo caso di incapacità del massimale previsto dalle altre assicurazioni eventualmente a disposizione dell'assicurato. E poiché il dott. [REDACTED] e la dott.ssa [REDACTED], in qualità di dipendenti dell'A.O. di [REDACTED] beneficiano della copertura assicurativa prestata da [REDACTED] con massimale sicuramente idoneo a contenere i danni richiesti dalla ricorrente, la domanda di manleva da loro operata nei confronti di [REDACTED] va rigettata. La compagnia ha comunque contestato la domanda attorea sotto il profilo del *quantum debeat* e nella denegata ipotesi di suo accoglimento ha chiesto di contenere la condanna nei limiti della responsabilità strettamente riconducibile ai propri assicurati.

Con ordinanza dell'8/4/2022 il tribunale, ritenuto che il numero delle parti coinvolte in giudizio e le difese da esse svolte impedissero lo svolgimento di un'istruttoria sommaria, ha disposto il mutamento del rito da sommario di cognizione ad ordinario, fissando l'udienza del 3/6/2022 per gli adempimenti di cui all'art. 183 c.p.c.

All'udienza del 3/6/2022 sono stati concessi i termini di cui all'art. 183, sesto comma, c.p.c. Con la prima memoria ex art. 183, sesto comma, c.p.c. depositata in data 4/7/2022 la convenuta dott.ssa [REDACTED], prendendo atto delle difese spiegate da [REDACTED], da lei chiamata in causa, ha rinunciato alla domanda di garanzia proposta nei suoi confronti, mantenendo ferma quella proposta verso [REDACTED] e insistendo per la compensazione delle spese di lite nei rapporti con [REDACTED].

Successivamente allo scambio delle memorie di cui all'art. 183, sesto comma, c.p.c. il tribunale, ritenuta la necessità di decidere con sentenza sulle eccezioni preliminari e pregiudiziali sollevate dalle parti convenute e dal quelle terze chiamate prima di proseguire con l'istruttoria, ha rinviato la causa per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 6/10/2023, poi sostituita ex art. 127-ter c.p.c. dallo scambio di note scritte e con ordinanza del 9/10/2023, regolarmente comunicata ai difensori delle parti, è stata trattenuta in decisione,





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

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

D'altra parte, in assenza di una disposizione che al momento dell'introduzione della domanda prevedesse l'azione diretta della presunta danneggiata nei confronti della compagnia assicuratrice dell'A.O., la domanda svolta nei confronti di quest'ultima non può che essere rigettata: ciò in quanto il rapporto giuridico che lega le compagnie di assicurazione e i loro assicurati è autonomo rispetto a quello che lega il paziente alla struttura sanitaria e/o al sanitario. Pertanto, il danneggiato non può ingerirsi in tale rapporto tra il presunto danneggiante e la sua assicurazione, anche in base al principio di relatività degli effetti del contratto (che produce effetti solo tra le parti). In altri





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

3. Va poi esaminata l'eccezione di improcedibilità della domanda sollevata dalla dott.ssa [REDACTED]

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

Il ricorso introduttivo del presente giudizio è stato indubbiamente preceduto dall'esperimento del giudizio di accertamento tecnico preventivo iscritto al n. 2265/2018 R.G. Al procedimento così instaurato non ha però preso parte la dott.ssa [REDACTED] per come si evince dalle osservazioni alla bozza di c.t.u. depositata da parte attrice, in cui si legge che il ricorso è stato proposto nei confronti dell'A.O. [REDACTED], della sua compagnia assicuratrice [REDACTED] e dei dottori [REDACTED] e [REDACTED] e [REDACTED], quest'ultima dipendente dell'A.O. di [REDACTED] al pari della dott.ssa [REDACTED]. L'eccezione di improcedibilità da quest'ultima sollevata non è stata, peraltro, contestata da parte attrice che non ha fornito la prova dell'esperimento del ricorso per accertamento tecnico preventivo anche nei confronti della dott.ssa [REDACTED].

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

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

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





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

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

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





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

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

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

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

L'eccezione è fondata.

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

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

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

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





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

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

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

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

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





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

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

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

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

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





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

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

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

#### P.Q.M.

Il tribunale di Cosenza, previa separazione delle cause ai sensi degli artt. 279, comma II, n. 5) e 103 c.p.c., definitivamente pronunciando sulle sole domande proposte dall'attrice nei confronti dei convenuti [REDACTED], dott. [REDACTED] e dott. [REDACTED] e sulle domande di garanzia proposte da questi ultimi nei confronti delle rispettive compagnie assicuratrici e dalla dott.ssa [REDACTED] nei confronti di [REDACTED] s.p.a., ogni contraria istanza, eccezione e difesa respinte:

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



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

RG n. 1263/2021

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

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



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

Cosenza, 26 aprile 2024

Il giudice

*dott.ssa Ermanna Grati*

