

Intestazione

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE ORDINARIO DI TORINO - SEZIONE QUARTA CIVILE
nella persona del giudice dott. Paola Ferrero
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta in primo grado al n. 28805 R.G. 2019 promossa da
C.P. (C.F. (...)), residente in Torino, via Isonzo n. 123/11/G, rappresentato e difeso dall'Avv.
OMISSIS e presso il suo studio elettivamente domiciliato, in Torino, OMISSIS, in forza di procura
22.11.2019 allegata all'atto di citazione

ATTORE

CONTRO

C.S.C.D.S. S.r.l. (C.F. e P.VA (...)), in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale
in L., corso G. n. 11, rappresentata e difesa dagli Avv. OMISSIS, OMISSIS e OMISSIS presso lo studio
di quest'ultimo elettivamente domiciliato, in Torino, OMISSIS, in forza di procura allegata alla
comparsa di costituzione e risposta depositata telematicamente in data 10.2.2020

CONVENUTA

E NEI CONFRONTI DI

L. dott. R. (C.F. (...)), residente in Torino, OMISSIS, rappresentato e difeso dagli Avv. OMISSIS e
presso il loro studio elettivamente domiciliato, in Torino, OMISSIS, in forza di procura 28.9.2020
allegata alla comparsa di costituzione e risposta depositata telematicamente il 29.9.2020

TERZO CHIAMATO

E

A.A. S.p.A. (C.F. (...)), con sede in Milano, OMISSIS, in persona del legale rappresentante pro
tempore, rappresentata e difesa dall'Avv. OMISSIS e presso il suo studio elettivamente domiciliata,
in Milano, OMISSIS, in forza di procura 24.2.2021 allegata alla comparsa di costituzione e risposta
depositata telematicamente il 26.2.2021

TERZA CHIAMATA

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

1. Deve in primo luogo darsi conto delle allegazioni, eccezioni e difese svolte dalle parti negli scritti

difensivi e dell'iter processuale.

1a. Il sig. P.C. ha evocato in giudizio C.C.D.S. s.r.l., con atto di citazione ritualmente notificato, al fine di sentire accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale della convenuta (asseritamente nascente: a) dalle prestazioni medico-professionali integranti ipotesi di malpractice poste in essere dai suoi sanitari in occasione dell'intervento operatorio svoltosi in data 30.5.2017, incluso il periodo postoperatorio; b) dall'omessa acquisizione del consenso informato all'esecuzione del suddetto intervento) e di sentirla condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali asseritamente subiti a causa di tale inadempimento, per complessivi Euro 124.370,75 o somma veriore, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria.

A sostegno delle suddette domande, l'attore ha esposto, in sintesi:

- che durante l'intervento si era verificata una lacerazione vescicale da scoppio di gas che aveva reso necessari un nuovo intervento di ricostruzione e pulizia della vescica e una nuova anestesia;
- che nonostante la prescrizione di evitare ogni movimento del corpo per 48 ore (effettuata dal medico curante alle 7,30 del giorno successivo all'intervento), dopo solo un paio di ore gli erano state sostituite le calze anti-trombosi e i movimenti conseguenti, oltre a provocargli un forte dolore e stress emotivo, avevano causato una violenta emorragia, in esito alla quale era stato trasferito in ambulanza all'Ospedale OMISSIS, dove era stato immediatamente sottoposto ad un terzo, estenuante, intervento di ricostruzione della vescica, con conseguente lunga e gravosa degenza ospedaliera e successiva invalidità permanente;
- che in esito all'invio di due lettere di diffida era stato radicato procedimento di mediazione che, dopo alcuni incontri, aveva dato luogo ad un verbale negativo;
- che i medici-legali di sua fiducia avevano quantificato l'IP in 9/10 punti percentuali e l'IT in 25 giorni a totale, 30 a parziale al 50% e 60 a parziale al 25%.

In diritto, l'attore ha ricondotto l'azione svolta al disposto dell'[art. 7 L. n. 24 del 2017](#), invocandone il fondamento contrattuale (sul punto, per brevità, si rinvia alle pagine da 4 a 8 dell'atto introduttivo) e ha individuato le condotte integranti l'allegata responsabilità del personale della struttura (cfr. pag. 9 atto di citazione): 1) nell'avergli provocato una lesione iatrogena vescicale, durante l'intervento di TURP del 30.5.2017, per imprudenza ed imperizia tecnico-operatoria; 2) nell'aver confezionato in modo imperfetto la sutura o nell'aver omesso un'attenta gestione del lavaggio vescicale, così causando la deiscenza della suddetta sutura; 3) nell'aver così determinato la necessità di un nuovo intervento e la presenza di esiti cicatriziali post laparotomici e reliquati anatomico-disfunzionali in sede addominale e pelvica (n.d.r.: pare opportuno segnalare sin d'ora che, tra tali reliquati, i CCTTPP attorei hanno evidenziato disturbi della minzione, sia pure riferiti all'epoca come isolati, ma non disturbi attinenti la sfera sessuale del sig. C. e, in particolare, non disturbi di erezione; l'attore, sin dall'atto introduttivo, come si dirà, ha invece allegato la sopravvenuta incontinenza con necessità di utilizzo giornalieri di presidi assorbenti), oltre che un prolungamento del ricovero ospedaliero e un allungamento della fase di convalescenza; esiti tutti che non si sarebbero verificati in caso di intervento di TURP ben condotto.

Secondo l'attore, inoltre, parte convenuta avrebbe omesso di illustrargli rischi, pregiudizi e anomalie che si sarebbero potuti verificare in esito all'intervento del 30.5.2017 e che, ove conosciuti, l'avrebbero indotto a non sottoporsi all'intervento o quanto meno ad esprimere il proprio consenso in piena consapevolezza e in esito ad una scelta ponderata; con conseguente lesione del suo diritto all'autodeterminazione, da risarcirsi nella misura -equitativamente determinata- di Euro 15.000,00 o somma veriore (cfr. pag. 13 e 14 dell'atto introduttivo).

Passando alla quantificazione del danno non patrimoniale, l'attore ha preso in considerazione una percentuale di IP pari al 10% e, sulla scorta delle Tabelle milanesi, lo ha indicato (cfr. dettaglio conteggi a pag. 15 dell'atto introduttivo) in complessivi Euro 34.071,00, inclusa "personalizzazione massima". Ha

affermato, peraltro, che tale importo non includeva né il c.d. danno morale, costituente voce autonoma, né la personalizzazione connessa alle conseguenze straordinarie, gravi e invalidanti (assenza di una completa ed autonoma funzionalità dell'organo genitale sia dal punto di vista fisiologico che sessuale, con pregiudizio assoluto dalla funzione sessuale del pene e necessità di portare un pannolone contenitivo per il resto della vita), per cui ha chiesto (cfr. pagg. 16 e 17 dell'atto introduttivo) la liquidazione dell'ulteriore importo di Euro 25.000,00.

In ultimo, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale, l'attore ha chiesto il rimborso delle "spese vive" già sostenute (per il cui elenco si rinvia, per brevità, alle pagine 18 e 19 dell'atto introduttivo), pari complessivamente ad Euro 17.299,75 ed ha altresì prospettato un danno futuro relativo all'acquisto di "pannoloni, materiale medico. farmaci", quantificato in Euro 33.000,00 o somma veriore equitativamente liquidanda.

1b. La C.S.C.D.S. s.r.l. (d'ora in avanti, per brevità, anche solo "la C."), costituendosi tempestivamente in giudizio, ha affermato la correttezza del proprio operato, sottolineando che i motivi di censura avversaria afferivano alle scelte e valutazioni tecniche effettuate dal dott. R.L., già medico curante di fiducia del paziente prima del suo ricovero per l'intervento oggetto di causa.

Ha sostenuto, ciò premesso (tra l'altro; per la più compiuta narrativa si rinvia, per brevità, alle pagine da 5 a 7 della comparsa di risposta):

- che dal 2011 il sig. C. era seguito dal dott. L. per ipertrofia prostatica trattata farmacologicamente con O.;
- che il 14.2.2017 il sig. C. aveva effettuato presso la C. una biopsia;
- che successivamente, in accordo con il dott. L. che lo seguiva "privatamente", era stato programmato intervento di "turp diagnostico-disostruttiva" presso la C.;
- che l'intervento era stato eseguito dal dott. L. il 30.5.2017;
- che nella mattinata del 31.5.2017 gli infermieri avevano rimosso le calze antitrombo per sostituirle con altre;
- che nella stessa giornata il C. aveva accusato forti dolori e il dott. L., previa aspirazione di una notevole quantità di sangue, aveva dato indicazioni per il trasferimento del paziente in ambulanza presso l'Ospedale di OMISSIS per un nuovo intervento chirurgico eseguito lo stesso 31.5.2017.

Ciò premesso, la C. -a sostegno dell'asserita esistenza (in astratto) di una esclusiva responsabilità del dott. R.L.- ha ribadito che le censure sollevate dall'attore attenevano esclusivamente alla correttezza o meno della tecnica chirurgica posta in essere dal suddetto medico (che era il suo urologo di fiducia sin dall'anno 2011) e che pertanto, a prescindere dalla loro fondatezza, si trattava di doglianze strettamente afferenti il rapporto di prestazione professionale, di natura contrattuale, direttamente intercorso tra medico e paziente ancor prima e al di fuori del successivo ricovero del C. presso la C..

La convenuta, peraltro, ha escluso l'esistenza in concreto di una responsabilità del dott. L., affermando che non vi era alcuna correlazione tra l'incontinenza urinaria residua al paziente e la lesione vescicale occorsa durante l'intervento de quo o la successiva riparazione, non essendovi traccia alcuna di incontinenza sfinterica e trattandosi, comunque, di un disturbo rientrante nel novero delle possibili complicanze dell'intervento di TURP.

La C. ha altresì definito pretestuosa e infondata ogni argomentazione avversaria in ordine al consenso informato, assumendo che la sua acquisizione era attestata per tabulas ma era certamente il risultato di un precedente percorso e dialogo direttamente instaurato tra il paziente e il dott. L., ancor prima del ricovero per l'intervento de quo. Ha sostenuto che, in ogni caso, anche con riguardo alla doglianza de qua veniva ad essere coinvolto un ambito di specifica ed esclusiva responsabilità professionale del dott. L..

Ha osservato, in ultimo, che non vi era traccia di mobilitazione del paziente da parte del proprio personale infermieristico, tale da aumentare l'esposizione del C. a rischio emorragico.

Ciò posto, la C. ha ribadito l'assenza di profili di responsabilità ad essa direttamente riferibili e negato di dover rispondere dell'operato del dott. L. (nei confronti del quale ha chiesto di poter estendere il contraddittorio), che aveva svolto la sua attività in piena autonomia e discrezionalità e non quale medico dipendente della struttura (così come autonomi e distinti erano stati, nel caso di specie, i corrispettivi posti a carico dell'attore a fronte della prestazione di ricovero e a fronte della prestazione del dott. L.).

Ha affermato, ciò premesso: che il dott. R.L. doveva rispondere dell'intervento dequo a titolo di responsabilità contrattuale; che essa struttura si era obbligata nei confronti del paziente alla sola esecuzione della prestazione accessoria a quella propriamente medica, rispetto alla quale nulla era stato contestato e che, pertanto, non era ravvisabile una sua responsabilità ex [art. 1218 c.c.](#); che non era ravvisabile a suo carico neppure una responsabilità ex [art. 1228 c.c.](#) per l'operato del dott. R.L. e ciò in quanto, in estrema sintesi (per la più ampia trattazione con citazioni giurisprudenziali -n.d.r.: peraltro tutte risalenti nel tempo e comunque non riferite alla disciplina dettata dalla [L. n. 24 del 2017](#)- si rinvia, per brevità, alle pagine da 18 a 25 dello scritto in esame): ravvisare una siffatta responsabilità equivarrebbe ad ipotizzare a carico della struttura sanitaria una responsabilità oggettiva; ravvisare una siffatta responsabilità significherebbe non considerare che il medico libero professionista, che si obbliga contrattualmente con il paziente in via autonoma, non è un ausiliario della struttura.

La C., per la denegata ipotesi di propria soccombenza in conseguenza di condotte in tutto o in parte ascrivibili al dott. L., ha poi affermato il suo diritto di agire in regresso nei confronti di quest'ultimo ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'[art. 2055 c.c.](#) (sul punto si rinvia, per brevità, alle pagine da 25 a 29 della comparsa), sottolineando di poter avanzare tale domanda, anche a prescindere dal preventivo esborso della somma al creditore, in ragione dell'insegnamento (tra le altre) di [Cass. 12300/2003](#), che aveva affermato la possibilità di emettere due pronunce di condanna, l'una subordinata all'altra, in modo che la pronuncia in via di regresso potesse essere posta in esecuzione solo laddove venisse dimostrato, da parte del primo condebitore, l'adempimento nei confronti del creditore. In relazione all'entità del regresso, infine, la C. ne ha affermato in principalità la coincidenza con l'intera obbligazione risarcitoria, stantela già illustrata l'assenza di qualsivoglia propria responsabilità.

In ultimo, con riguardo alla pretesa risarcitoria attorea, la C. ha affermato l'assenza di idonei riscontri probatori e la necessità di un ridimensionamento in punto quantum in ragione dell'applicabilità dei criteri di liquidazione di cui agli [artt. 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni private](#) (anche alla luce di quanto previsto dall'[art. 7](#), comma 4 della [L. 24/2017](#)).

1c. Autorizzata (con ordinanza 4.3.2020 emessa a scioglimento della riserva assunta all'udienza ex [art. 183 c.p.c.](#) tenutasi in data 3.3.2020) la citazione del dott. R.L. da parte della s.r.l. C.S.C.D.S., il terzo chiamato si è tempestivamente costituito in giudizio chiedendo a sua volta di essere autorizzato a chiamare in causa A.T. e A.I.U. DAC.

Nel merito, il terzo chiamato, ha preliminarmente ammesso di avere avuto in cura l'attore e di averlo sottoposto in data 30.5.2017, presso la struttura facente capo alla convenuta, all'intervento oggetto di causa, ma ha negato ogni propria responsabilità sia sotto il profilo dell'attività curativa che sotto quello dell'informativa resa al paziente.

Ha esposto (in sintesi), in tale prospettiva:

- che il C., da tempo affetto da problematiche prostatiche, a fronte di un aumento della PSA, era stato sottoposto ad esame biotico che aveva evidenziato adenoma prostatico, prostatite cronica e PIN di altro grado in 5 siti diversi;

- che il quadro sopra descritto, secondo la letteratura medica internazionale, era indice di possibile stadio precanceroso, a fronte del quale, pur prospettandogli anche la possibilità di esecuzione di una ulteriore biopsia, egli aveva proposto al C. un intervento di integrale rimozione dell'adenoma con duplice funzione (diagnostica, al fine di analizzare istologicamente tutto il parenchima prostatico, anziché i piccoli campioni di tessuti raccolti in sede di esame biptico, con maggiori garanzie di riscontrare l'eventuale patologia tumorale) e disostruttiva (volta ad un recupero di funzionalità);
- che il paziente aveva consapevolmente accettato di sottoporsi all'intervento, che era stato eseguito il 30.5.2017 presso la C., "in maniera tecnicamente corretta ed ineccepibile, mantenendo sempre l'endoscopio ad una distanza di almeno 6-7 cm dalla vescica" (cfr. pag. 4 della comparsa di costituzione e risposta del terzo chiamato);
- che solo al termine dell'intervento, quando stava per essere posizionato il catetere, vi era stato lo "scoppio" che aveva determinato la lacerazione della cupola vescicale;
- che il paziente, cosciente in quanto sedato in rachianestesia, aveva acconsentito all'esecuzione immediata dell'intervento di sutura della lesione, effettuato in via laparotomica e all'esito del quale erano stati posizionati i drenaggi addominale e paravescicale, con riscontro di loggia prostatica non sanguinante;
- che il paziente era stato quindi trasferito in reparto con la specifica raccomandazione di mantenerlo a letto e non spostarlo per nessun motivo almeno per 36/48 ore (stante la fisiologica instabilità della sutura vescicale);
- che il mattino successivo, recatosi a visitare il C., era stato informato dalla di lui moglie che personale infermieristico della clinica aveva mobilitato il paziente per sostituirgli le calze antitrombo (particolarmente strette e necessitanti di una certa "vigoria" e di diversi movimenti per essere indossate);
- che successivamente erano insorti nel paziente lancinanti dolori addominali e, a quel punto, comprendendo che la sutura aveva ceduto a causa della movimentazione del paziente, egli ne aveva proposto il trasferimento presso l'Ospedale di OMISSIS, dove in serata era intervenuto chirurgicamente per ripristinare la sutura.

Desunto, dalla suddetta narrativa, che un'eventuale responsabilità nell'accaduto poteva essere ravvisata esclusivamente a carico della C. convenuta per fatto ascrivibile alla condotta del suo personale infermieristico, il dott. L. ha negato che il sig. C., in data 31.5.2017, avesse avuto una violenta emorragia (sul punto, per brevità, si rinvia alla pag. 5 dello scritto in esame) e ha altresì contestato l'asserita necessità del C. di sottoporsi a "numerosi interventi ed anestesi", osservando che gli interventi eseguiti erano stati solo quelli del 30.5.2017 e del 31.5.2017.

Ciò posto, il dott. L. ha contestato le valutazioni espresse nella relazione medico-legale di parte attrice, assumendo, in sintesi (con rinvio, per brevità, a quanto esposto alle pagine da 6 a 8 dello scritto in esame): che l'esplosione era avvenuta in realtà a coagulazione terminata; che non era possibile ipotizzare una perdita di ossigeno dal tubo endoscopico di irrigazione; che non era ipotizzabile un erroneo utilizzo del bulbo evacuatore di Elik; che le tempistiche di resezione erano state adeguate; che nel caso di specie il ricorso (alternativo) ad un cistostomia percutanea era altamente sconsigliato; che il paziente era stato correttamente posizionato durante l'intervento; che il paziente non aveva mai avuto un'ostruzione da coaguli in quanto non si era mai verificata una emorragia; che lo scoppio gassoso non poteva essersi verificato per mancato rispetto della distanza di sicurezza degli strumenti endoscopici dalla vescica, perché la deflagrazione si era udita quando tali strumenti erano già stati estratti; che il cedimento della sutura non appariva ascrivibile, in base a quanto risultante dalla cartella clinica, al lavaggio vescicale; che un non adeguato confezionamento della sutura era da escludere considerato quanto desumibile dal video dell'intervento, oltre che dal fatto che il paziente aveva trascorso una notte tranquilla, che i drenaggi non presentavano tracce ematiche indicative di un

cedimento della sutura e che i lancinanti dolori erano comparsi solo dopo la improvvisa movimentazione del paziente da parte dei sanitari dei dipendenti della clinica convenuta; che, pertanto, la causa più probabile del cedimento della sutura era da ravvisarsi nella violazione, da parte del personale infermieristico della C., della sua specifica raccomandazione di non movimentare in alcun modo il paziente.

Sulla scorta di tali considerazioni, il terzo chiamato ha ribadito di avere correttamente adempiuto alla propria prestazione sanitaria; ha sottolineato che lo scoppio gassoso -soprattutto ad intervento ultimato come nel caso di specie- costituiva un evento rarissimo ed inevitabile; ha evidenziato di avere immediatamente emendato le conseguenze della lacerazione verticale mediante intervento laparotomico con sutura vescicale e peritoneale eseguito correttamente; ha ribadito che gli esiti di tale intervento emendativo erano stati integralmente vanificati dall'azione del personale infermieristico della clinica convenuta.

In relazione alle doglianze attoree in tema di consenso informato, il dott. L. (in sintesi e con rinvio, per brevità, alle pagine da 9 a 14 della comparsa di risposta): ha sottolineato la presenza di due consensi informati sottoscritti dal paziente, uno all'atto chirurgico e l'altro specifico per la resezione transuretrale della prostata (TURP), contenenti minuzioso dettaglio di indicazioni, alternative terapeutiche, complicanze; ha affermato che tale modulo specifico, sottoscritto dal paziente all'esito di un lungo percorso curativo con il sanitario, doveva ritenersi esaustivo; ha ricordato che, in esito all'eseguita biopsia, aveva illustrato al paziente che le risultanze della stessa erano suggestive circa un possibile stadio precanceroso e che l'intervento diagnostico/dirostruttivo di TURP era preferibile rispetto alla ripetizione della biopsia, poiché consentiva di analizzare l'adenoma nella sua totalità e considerato anche che, in ogni caso, prima o poi avrebbe dovuto essere eseguito, anche in caso di assenza di patologia cancerosa, stante la problematica prostastica già in atto da tempo e non emendabile con le sole cure farmacologiche; che il sig. C., ricevuta tale spiegazione, aveva aderito convintamente all'intervento di TURP; che in tale situazione, anche nel caso in cui modulo di consenso informato avesse contenuto la prospettazione della possibilità di lacerazione della vescica per scoppio gassoso, evento rarissimo e che come tale avrebbe dovuto essere prospettato, il sig. C., a fronte del rischio di insorgenza di una patologia tumorale, si sarebbe comunque sottoposto all'intervento; che in ogni caso, secondo l'insegnamento della Corte di Cassazione, il paziente ha diritto di conoscere con la necessaria e ragionevole precisione le conseguenze probabili di un atto chirurgico, ma non anche quelle assolutamente eccezionali o altamente improbabili, categoria cui va ricondotta un'esplosione gassosa ad intervento di TURP già terminato; che la domanda di risarcimento del danno per violazione del diritto all'autodeterminazione, per tutto quanto detto, non era meritevole di accoglimento e che, in ogni caso, l'attore non aveva provato il maggior danno in ipotesi subito.

Il terzo chiamato ha contestato altresì il quantum della pretesa risarcitoria attorea, assumendo, tra l'altro (e in sintesi, con rinvio per brevità alle pagine da 14 a 19 della comparsa di risposta): che non erano chiari i reliquati disfunzionali lamentati, posto che il C. non presentava un quadro di incontinenza riferibile alle prestazioni sanitarie oggetto di causa; che i reliquati cicatriziali conseguenti all'intervento laparotomico non giustificavano la quantificazione dell'IP operata dai medici legali dell'attore, considerate la zona corporea e l'età del paziente; che quanto all'IT la fisioterapia vescicale spesso viene eseguita anche dopo interventi di TURP senza alcuna complicanza; che, in ogni caso, IP e IT non potevano che essere valutate in termini di danno differenziale, tra quanto sarebbe stato lecito attendersi all'esito dell'intervento di TURP in un soggetto affetto dal prostatite cronica e quanto eventualmente ritenuto dai nominandi CCTUU in nesso di causa con la condotta medica; che per la liquidazione del danno, in presenza di IP non superiore al 9%, non erano applicabili le Tabelle milanesi; che non vi erano i presupposti per la personalizzazione; che la richiesta di liquidazione del danno morale costituiva indebita duplicazione risarcitoria; che non erano rimborsabili le spese mediche sostenute presso strutture private per prestazioni ottenibili tramite il servizio sanitario nazionale; che

non vi era prova della necessità futura di non meglio precisati farmaci e di materiale medico e pannoloni; che, in ogni caso, farmaci, materiale sanitario in massima parte e pannoloni per l'intero possono essere posti a carico del sistema sanitario nazionale, con conseguente azzeramento del preteso danno patrimoniale futuro; che il risarcimento del danno da lesione del diritto all'autodeterminazione non era dovuto e, in ogni caso, la cifra richiesta era esorbitante.

In ultimo, il terzo chiamato ha illustrato le ragioni sottese all'istanza di autorizzazione alla chiamata in causa di A.T. e di A.I.U. DAC, osservando, in sintesi (con rinvio, per brevità, alle pagine da 20 a 24 dello scritto difensivo in esame):

A) quanto ad A.T.:

- che l'intervento chirurgico oggetto di causa era stato eseguito in regime di intramoenia allargata previa espressa autorizzazione dell'Azienda S. di cui egli era dipendente;
- che in forza dell'art. 24 del CCNL di settore, A.T. era tenuta a manlevarlo, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave;
- che, in effetti, avuta notizia della pendenza della lite, A.T. aveva aperto il sinistro sia presso il proprio Comitato Gestione Rischi (CGS), sia presso il proprio assicuratore (OMISSIS) e, con pec 17.8.2020, aveva dichiarato che eventuali esborsi per il risarcimento del terzo in forza di sentenza e/o definizione stragiudiziale preventivamente autorizzata dal CGS, sarebbero stati a carico dell'Azienda e del Fondo Regionale;
- che in tale contesto la chiamata era necessaria: a) per consentire l'opponibilità ad A.T. dell'accertamento dell'insussistenza del dolo o della colpa grave (così da precludere finanche l'avvio di un'azione erariale); b) per ottenere la condanna di A.T., in forza dell'obbligo di manleva di cui sopra, al pagamento diretto nei confronti dell'avente diritto (così evitando al dott. L. di dover anticipare rilevanti importi, con tempistiche incerte di rimborso nei confronti dell'Azienda); c) per ottenere l'addebito diretto all'Azienda anche delle spese di giudizio sostenute per la difesa nei confronti dell'attore, in forza di quanto previsto dall'art. 25 del CCNL;

B) Quanto ad A.T.:

- che si trattava della compagnia con cui era assicurato per la r.c., avendo aderito alla polizza collettiva (...) che la O.S. aveva contratto nell'interesse dei medici iscritti, come lui, a "Consulcesi Sanità nel diritto s.r.l.";
- che la suddetta polizza, in particolare, aveva ad oggetto la garanzia per la "Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per C.G." ed era stipulata per conto del personale dipendente delle Aziende S., che con l'adesione acquistava la veste di assicurato;
- che sussisteva, conseguentemente, un suo interesse ad evocare in giudizio la suddetta compagnia per essere dalla stessa garantito e manlevato, nella denegata e non creduta ipotesi di accertamento di una sua responsabilità per colpa grave, con condanna della stessa, ex [art. 1917](#) comma II c.c., al pagamento diretto in favore del danneggiato e alla rifusione (ai sensi dell'[art. 1917](#) c.c. III comma e 1914 c.c.) delle spese di difesa sostenute da esso assicurato anche nel suo interesse.

1c. La decisione sulle istanze di chiamata dei terzi formulate dal dott. R.L. è stata demandata all'udienza ex [art. 183](#) c.p.c. del 20.10.2020, ricalendarizzata -in ragione della sopraggiunta epidemia da Covid-19 e di quanto previsto dalla relativa legislazione emergenziale- in forma "figurata" a trattazione scritta.

In data 20.10.2020 la causa è stata assunta a riserva e con ordinanza 24.11.2020 (il cui contenuto deve qui intendersi richiamato e ribadito) la scrivente ha accolto esclusivamente l'istanza di autorizzazione alla chiamata della compagnia assicurativa, differendo la causa a nuova udienza "figurata" a trattazione scritta fissata per il giorno 18.3.2021.

In esito a rituale citazione si è costituita in giudizio A.A. s.p.a. (precisando che dal 31.7.2020 A.I.U.D. le

aveva trasferito il proprio portafoglio assicurativo, con conseguente cessione di tutti i rapporti giuridici ad esso connessi, ivi compreso quello oggetto di causa), la quale non ha contestato l'esistenza della polizza invocata dal dott. L. né la sua qualità di assicurato, ma ha eccepito l'inoperatività della garanzia:

a) in primo luogo, in forza di quanto previsto dagli artt. 3 e 14 delle c.g.a. (condizioni generali di assicurazione); in merito ha osservato che non erano integrati nel caso di specie né la definizione di sinistro (ovvero la richiesta di risarcimento di cui l'assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del periodo di assicurazione) né quella di richiesta di risarcimento (alternativamente: "la segnalazione inviata all'Assicurato dall'Azienda S., di avere inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali danni"; "l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti"; "la comunicazione con la quale l'Azienda S. o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a C.G."; cfr. pag. 8 della comparsa costitutiva) di cui al glossario di polizza e che inoltre, ai sensi dell'art. 3 c.g.a., era necessario che per i danni oggetto dell'azione di rivalsa l'assicurato fosse stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza passata in giudicato, ovvero che fosse intervenuta una transazione autorizzata per iscritto dalla Società; mentre ai sensi dell'art. 14 c.g.a. non erano ritenute richieste di risarcimento le azioni giudiziarie, civili o penali, promosse contro l'assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto dell'assicurazione;

b) in secondo luogo, in forza di quanto previsto dall'art. 20 c.g.a., che escludeva dalla copertura assicurativa le ipotesi in cui, come in quella di specie, l'obbligo di manleva ricadeva sull'Azienda O. di appartenenza.

A. (così, d'ora in avanti, per brevità), inoltre, ha evidenziato: che la polizza escludeva espressamente (art. 7 n. 16 c.g.a.) ogni copertura per i danni da violazione del diritto all'autodeterminazione; che era previsto un massimale di Euro 5.000.000,00 per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti lo stesso periodo di assicurazione; che in caso di responsabilità solidale la Società rispondeva solo per la quota di pertinenza dell'assicurato; che in forza di quanto disposto dall'art. 4 c.g.a., non erano riconoscibili le spese incontrate dall'assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti non da essa designati o approvati dalla Società.

In secondo luogo, A. ha affermato l'inammissibilità e improcedibilità della chiamata in causa del dott. L. da parte della C., stante l'applicabilità della [L. n. 24 del 2017](#), che consente la rivalsa della struttura nei confronti del medico non citato direttamente dal paziente, solo dopo la conclusione del giudizio, solo in caso di colpa grave e solo con i limiti di cui al suo art. 9 (n.d.r.: per le citazioni giurisprudenziali a sostegno di tale assunto si rinvia, per brevità, alle pagine da 12 a 14 dello scritto difensivo in esame). Ad avviso di A., pertanto, la chiamata non avrebbe dovuto essere autorizzata e ciò anche in considerazione del fatto che il dott. L. era un dipendente pubblico di struttura ospedaliera e che, in tale ipotesi, l'azione di rivalsa poteva essere esercitata solo davanti alla Corte dei Conti a titolo di danno erariale; a tacere del fatto che il presupposto della colpa grave non era stato in realtà allegato dalla C. (che, anzi, aveva sostenuto la correttezza dell'operato del dott. L.) e non appariva ravvisabile nel caso di specie.

Secondo A., la domanda svolta dalla C. nei confronti del dott. L., oltre ad essere inammissibile, era anche improcedibile (non essendo stata soddisfatta la condizione di procedibilità né in mediazione né in un procedimento ex [art. 696 bis c.p.c.](#)); inoltre, sempre secondo la terza chiamata, l'azione era preclusa dal mancato invio della comunicazione di cui all'[art. 13 L. n. 24 del 2017](#).

La compagnia assicurativa, ciò premesso, ha contestato la possibilità di ravvisare una responsabilità esclusiva del dott. L., in primo luogo in quanto la struttura sanitaria convenuta, era comunque tenuta a rispondere in via solidale ex [art. 1228 c.c.](#) nei confronti del danneggiato ed in secondo luogo in quanto, secondo l'insegnamento della Corte di Cassazione (per i richiami giurisprudenziali si rinvia, per brevità, alle pagine da 16 a 18 dello scritto in esame) nel rapporto interno tra medico e struttura il regresso

operava normalmente in misura non superiore al 50%, salvo in caso di dimostrazione di errori grossolani o comportamenti apertamente contrastanti con le linee guida ospedaliere da parte del medico.

Nel merito, A. ha sottolineato che, diversamente da quanto sostenuto dalla C., l'attore aveva avanzato specifiche doglianze nei confronti della struttura sanitaria, attribuendo il maggior peso nel determinismo del danno lamentato alla condotta improvvida degli infermieri che lo avevano "movimentato" nonostante le contrarie indicazioni del dott. L.. Ha evidenziato che, in ogni caso, la responsabilità della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, che nell'adempimento delle sue obbligazioni si avvalga di esercenti la professione sanitaria anche scelti dal paziente e non suoi dipendenti, è oggi stabilita dall'[art. 7](#) comma 1 [L. 24/2017](#), applicabile *ratione temporis* e che, pertanto, la C. era tenuta (come da domanda trasversale in tal modo formulata) a rispondere delle condotte del proprio "ausiliario necessario" (nel caso di specie, dott. L.), garantendolo e/o manlevandolo in relazione a qualsiasi conseguenza pregiudizievole in ipotesi derivanda dal presente giudizio.

Ciò premesso, A. ha affermato la natura extra contrattuale della responsabilità del medico, l'assenza di prova del nesso di causalità tra la sua condotta e il danno lamentato dall'attore e la conseguente infondatezza della domanda risarcitoria (sul punto, per brevità, si rinvia alle pagine da 21 a 23 dello scritto in esame).

Solo in via subordinata, la terza chiamata ha chiesto graduarsi le responsabilità imputabili all'assicurato e alla struttura, con esclusione di qualsiasi vincolo di solidarietà o, ancora in subordine, con accertamento del diverso grado di responsabilità rispetto al vincolo di solidarietà, fermo restando il concorso della struttura quanto meno nella misura del 50% ai sensi dell'[art. 1218](#) c.c.. In relazione a queste ultime domande, la terza chiamata ha dichiarato di anticipare la domanda di regresso nei confronti della C. per tutte le somme eventualmente pagate in eccedenza rispetto al grado di colpa accertato in concreto in capo al proprio assicurato.

A. ha poi contestato le pretese risarcitorie attoree osservando, in sintesi (con rinvio, per brevità, a quanto esposto alle pagine da 24 a 28 della sua comparsa di risposta): che gli stessi consulenti attorei indicavano una percentuale di IP del 9-10%; che con una percentuale del 9% il danno era liquidabile secondo le Tabelle elaborate per le c.d. micropermanenti, con conseguente notevole ridimensionamento della pretesa attorea; che, in ogni caso, non doveva esservi alcun aumento a titolo di personalizzazione, in assenza di prova dei necessari presupposti; che non era dovuta la separata liquidazione di un danno morale da Euro 25.000,00; che il danno patrimoniale era contestato; che il danno da violazione del consenso informato non era dovuto; che doveva trovare applicazione il principio del divieto di cumulo tra rivalutazione e interessi.

La compagnia assicurativa ha infine sottolineato la necessità della chiamata in causa dell'A.T., anche in ragione delle disposizioni di polizza richiamate ([art. 20](#) c.g.a.), secondo cui il contratto assicurativo non opera nei casi in cui, come nel presente, l'obbligo di manleva ricade sull'azienda sanitaria datrice di lavoro del medico (n.d.r.: sulle altre ragioni a sostegno della chiamata, peraltro già prese in considerazione dalla scrivente con le ordinanze rese in corso di causa e infra richiamate, si veda anche pag. 29 della comparsa di risposta in esame).

1d. All'udienza del 18.3.2021 la causa è stata nuovamente trattenuta a riserva. Sciogliendo detta riserva con ordinanza resa fuori udienza il 6.4.2021 (da intendersi qui integralmente richiamata e ribadita), la scrivente ha rigettato l'istanza di revoca del diniego di autorizzazione alla citazione in giudizio dell'A.T. e concesso alle parti i richiesti termini ex [art. 183](#), comma 6 c.p.c..

Con la sua memoria ex [art. 183](#) comma 6 n. 1 c.p.c., l'attore ha prodotto ulteriore documentazione relativa alle spese sostenute e ha formulato le sue conclusioni nei termini poi riproposti in sede di precisazione definitiva (eccettuato il riferimento alla responsabilità extracontrattuale della convenuta, comparso solo in tale sede) ed in epigrafe trascritti e, quindi, continuando a mantenere ferme le sue

domande soltanto nei confronti della C.S.C.D.S. s.r.l..

Quest'ultima, con la sua memoria ex art. 183, comma 6 n. 1 c.p.c., ha richiamato le proprie difese e contestato, in particolare, le domande formulate da A., perché "infondate ed ancor prima inammissibili per carenza di interesse e legittimazione ad agire" (cfr. pag. 1 della memoria). A giustificazione di tale assunto, la convenuta ha osservato che la facoltà di eccepire l'inammissibilità e/o improcedibilità della domanda di regresso anticipato ex artt. 1299 e 2055 c.c. spettava al solo dott. L. e che in relazione alla seconda era altresì maturata decadenza; ha affermato che, in ogni caso, le suddette eccezioni erano infondate anche nel merito, atteso che la domanda svolta nei confronti del dott. L. muoveva dall'applicazione del combinato disposto degli artt. 1299 e 2055 c.c., applicabile nel caso di specie a prescindere dalla ex adverso richiamata L. n. 24 del 2017, "trattandosi di normativa codicistica in ogni caso vigente ed applicabile rispetto al denegato caso di soccombenza in solido tra convenuta e terzo chiamato e diritto di regresso interno tra i due coobbligati" (cfr. pag. 2 dello scritto in esame). La convenuta, ciò premesso, ha prodotto con la memoria de qua le comunicazioni inviate al dott. L. all'esito dell'avvio del procedimento di mediazione obbligatoria da parte dell'attore e in merito alla ricezione della notificazione dell'atto di citazione.

Con la sua memoria ex art. 183, comma 6 n. 1 c.p.c., il dott. R.L. ha in primo luogo contestato le eccezioni di inoperatività della polizza sollevate da A., sottolineando: che l'art. 3 delle c.g.a. prevedeva l'obbligo della compagnia di tenere indenne l'assicurato per quanto lo stesso fosse tenuto a pagare per danni causati a terzi, inclusi i pazienti, nello svolgimento dell'attività professionale e ciò anche nella specifica ipotesi, ricorrente nel caso di specie, di "Azione di rivalsa esperita dalla Struttura S. Privata"; che l'art. 3 della nota informativa menzionava espressamente la rivalsa "in sede civile" e che nel "Glossario" di polizza si chiariva che per "Azienda S." doveva intendersi "L'Azienda S.L. o la Struttura Sanitaria Pubblica o Privata presso la o per conto della quale l'Assicurato presta od ha prestato servizio"; che ai sensi dell'art. 6 c.g.a. era inclusa nella copertura assicurativa l'attività professionale intramoenia, anche allargata (come nel caso di specie).

Il terzo chiamato, sempre con riguardo all'operatività della copertura assicurativa, ha poi affermato che nel caso di specie era ravvisabile una valida "richiesta di risarcimento", posto che, sempre a termini di "Glossario" (pag. 6 nota informativa), la stessa poteva consistere nella "comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o la sua impresa di assicurazione si rivale nei confronti dell'assicurato dei Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave" e considerato altresì che non era pertinente l'avverso richiamo alla "richiesta risarcitoria avanzata e l'azione giudiziaria promossa dal terzo direttamente nei confronti dell'assicurato", posto che nel caso di specie l'attore aveva agito solo nei confronti della clinica e che l'attivazione della polizza era avvenuta dopo la ricezione della notifica dell'atto di chiamata da parte della C..

Il terzo chiamato ha poi evidenziato che la compagnia assicurativa era stata tempestivamente informata che, in difetto di assunzione della sua difesa, egli si sarebbe rivolto ad un legale di fiducia (come da produzioni docc. 6 e 7 allegate allo scritto difensivo in esame) e ciò senza ottenere riscontro, con conseguente obbligo della stessa di tenerlo indenne anche dei costi di difesa. Ha inoltre osservato che la presenza in giudizio della compagnia non poteva in alcun modo essere omessa, considerato che la polizza operava in caso di colpa grave, da valutarsi in contraddittorio con la stessa, anche a sua garanzia.

In ultimo, il terzo chiamato ha richiesto la modifica dell'ordinanza 6.4.2021, rinnovando la richiesta di autorizzazione alla citazione in giudizio di A.T., stante l'obbligo sulla stessa gravante di garantire il sanitario in caso di colpa generica e la sua compagnia assicurativa (nel caso di specie A.T.) in caso di colpa grave. Sul punto, per brevità, si rinvia alle pagine da 5 a 9 dello scritto in esame, evidenziando soltanto che, secondo l'esposizione del terzo chiamato, il sig. C. sapeva ab origine che la sua attività era prestata intramoenia e, pertanto, aveva scelto consapevolmente di agire solo nei confronti della C., pur avendo diritto ad agire anche nei suoi confronti (ma solo ex art. 2043 c.c.) e nei confronti dell'A.T..

A. non ha utilizzato il primo dei termini concessi.

Con la memoria ex art. 183 comma 6 n. 2 c.p.c., parte attrice ha prodotto ulteriore documentazione di spesa e gli esiti di esame urodinamico computerizzato eseguito il 12.5.2021, che descriveva, a suo dire, un quadro clinico in lento ma costante peggioramento. Ha poi ribadito le precedenti difese, rinnovato l'istanza di CTU medico-legale e articolato capi di prova per interrogatorio formale del legale rappresentante della clinica e per testi, richiamando in ultimo le conclusioni precedentemente precisate.

Con la memoria ex art. 183, comma 6 n. 2 c.p.c. la C. convenuta ha reiterato l'istanza di CTU medico-legale e formulato i quesiti.

Con la memoria ex art. 183, comma 6 n. 2 c.p.c., il dott. L. ha ribadito la propria assenza di responsabilità, osservando tra l'altro che la lesione vescicale da scoppio in assenza di contatto con lo strumento non è annoverata tra le complicanze dell'intervento di TURP e costituisce evento rarissimo, imprevedibile ed inevitabile (per il resto si rinvia, per brevità, alle pagine da 1 a 3 dello scritto difensivo in esame). Ha poi formulato la propria proposta di quesito peritale e dedotto capi di prova per interrogatorio formale e testi producendo altresì, quale doc. 8, il DVD contenente il filmato dell'intervento del 30.5.2017 eseguito sul sig. C.P..

Con la memoria ex art. 183 comma 6 n. 2 c.p.c., A. ha replicato al contenuto della prima memoria del chiamante dott. R.L., osservando: che il richiamo all'art. 3 lett. b) delle c.g.a. non era pertinente in quanto il dott. L. era assicurato con codice 2, ovvero come dirigente medico che svolge attività chirurgica, qualifica ricondotta, in polizza, alla categoria "dipendente pubblico", con conseguente inapplicabilità della invocata clausola, operante solo per gli assicurati che svolgono attività di dipendenti privati; che l'aver prestato l'attività professionale de qua in regime di intramoenia allargata su autorizzazione del datore di lavoro A.T. non rendeva il dott. L. un dipendente privato; che anche la prima parte dell'art. 6 delle c.g.a. riconduceva la copertura assicurativa alle "Attività professionali connesse alla qualifica di Assicurato dichiarata dallo stesso nel Modulo di Adesione" e quindi, nel caso di specie, a quella di dipendente pubblico cui non si applicava l'art. 3 lett. b) delle c.g.a.; che, in ogni caso, anche a voler seguire la tesi proposta in giudizio dall'assicurato, non si poteva prescindere dalla statuizione di chiusura del seguente tenore: "Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tutti i Danni oggetto dell'azione di rivalsa l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per C.G. con Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società", che delineava una situazione non verificatasi nel caso di specie; che lo stesso art. 3 lett. b) c.g.a. invocato dalla controparte prevedeva che l'azione di rivalsa dovesse essere esperita nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e nel caso di specie la "legge Gelli" non consentiva che la chiamata del medico e la conseguente domanda di rivalsa fossero proposte nel giudizio in cui era convenuta la sola struttura sanitaria, potendo la rivalsa essere azionata solo dopo la conclusione del giudizio e l'accertamento della colpa grave del sanitario; che, in ogni caso, il procedimento de quo non rientrava nella nozione di sinistro, oltre che in quella di richiesta di risarcimento, per assenza di accertamento della colpa grave dell'assicurato avvenuta con sentenza passata in giudicato.

In relazione alle difese della C., A. ha affermato di avere pieno diritto di spiegare tutte le eccezioni e domande spettanti al dott. L., avendone interesse; ha evidenziato, altresì, che con le note di trattazione depositate in data 4.3.2021 il dott. L. aveva aderito a tali eccezioni e domande.

In ultimo, con riguardo alla domanda della C. nei confronti del dott. L., A. ha richiamato le precedenti difese e affermato che nessuno degli elementi costitutivi dell'illecito di cui all'art. 2043 c.c. era stato dimostrato dalla struttura la quale, anzi, aveva del tutto escluso qualunque responsabilità dei sanitari.

Con le memorie ex art. 183 comma 6 n. 3 c.p.c., le parti hanno controdedotto sulle rispettive istanze istruttorie e di CTU; il dott. L. ha altresì replicato alle difese di A. in punto operatività della polizza,

richiamando, tra l'altro, il seguente passaggio dell'art. 3 c.g.a.: "Resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico dell'Azienda S." ed osservando che proprio perché l'accertamento della gravità della colpa dell'assicurato costituiva il presupposto per l'operatività della polizza, tale accertamento doveva essere svolto in contraddittorio con la compagnia assicurativa che, da un lato aveva un concreto interesse a dimostrare che l'elemento soggettivo non fosse tale e, dall'altro, ove non evocata in giudizio avrebbe avuto titolo a contestare l'efficacia dell'accertamento, nei suoi confronti, in un eventuale successivo giudizio (sulle restanti difese, per brevità, si rinvia alle pagine 1 e 2 dello scritto in esame).

1e. All'udienza "figurata" del 16.9.2021, successiva alla scadenza dei termini concessi, la causa è stata trattenuta a riserva. Sciogliendo detta riserva con ordinanza 2.11.2021 (il cui contenuto è da intendersi qui richiamato e ribadito), la scrivente, disattese altre istanze, ha ammesso la prova per interrogatorio formale del sig. P.C. sui capitoli da 12 a 15 del dott. R.L. e disposto l'esperimento di CTU medico-legale collegiale (sui quesiti ivi indicati e a cui si rinvia).

All'udienza del 9.12.2021 (anch'essa "figurata", a trattazione scritta, nel protrarsi dell'emergenza epidemiologica) è stato conferito l'incarico peritale, sono stati concessi i termini ex [art. 195](#) c.p.c. ed è stato disposto rinvio all' 9.6.2022 per disamina della CTU ed individuazione della data per l'interrogatorio formale dell'attore.

All'udienza ("figurata" a trattazione scritta) del 9.6.2022, ritenuta esaustiva l'esperita CTU e confermata l'ordinanza 2.11.2021, la scrivente ha fissato udienza all' 18.7.2022 per l'interrogatorio formale dell'attore, delegando per l'incombente il GOT Avv. Daniela Guerra.

Esperito l'interrogatorio formale dell'attore, il GOT ha trattenuto la causa a riserva.

Sciogliendo la suddetta riserva con ordinanza 20.7.2022, la scrivente ha rimesso la causa a decisione, fissando udienza (ancora una volta "figurata" a trattazione scritta in forza della protratta vigenza delle legislazione emergenziale) all' 23.2.2023 per la precisazione delle conclusioni definitive.

Sulle conclusioni definitive precisate dalle parti nelle note scritte autorizzate sostitutive della trattazione orale ed in epigrafe trascritte, all' 23.2.2023 la causa è stata trattenuta a decisione con concessione dei termini di rito ex [art. 190](#) c.p.c. per il deposito degli scritti conclusivi.

2. Ciò premesso, deve preliminarmente osservarsi quanto segue.

I fatti per cui è causa si sono svolti successivamente all'entrata in vigore della [L. n. 24 del 2017](#), le cui disposizioni, pertanto, trovano piena applicazione nella presente controversia. In tale prospettiva va evidenziato che, come incontrovertito tra tutte le parti in causa (e come confermato, in via documentale, dalla dichiarazione di consenso informato all'esecuzione di "T.D." su carta intestata all'Ospedale OMISSIS, inclusa nella cartella clinica relativa all'intervento de quo, doc. 2 attoreo e, soprattutto, dalla nota 33105 del 17.8.2020 dell'A.T., doc. 2 del terzo chiamato, in cui si legge: "Con determinazione dirigenziale n. 669 del 13/12/2012 il dott. L. è stato autorizzato allo svolgimento di attività libero professionale intramoenia -allargata- presso la C.S.C.D.S."), il dott. R.L., dipendente dell'A.T., ha eseguito l'intervento di "TURP" sull'attore, presso la struttura sanitaria privata facente capo alla C.S.C.D.S. s.r.l., in regime di intramoenia allargata, previa autorizzazione dell'A. di appartenenza.

Ciò posto, la legge richiamata delinea differenti tipologie di responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria, stabilendo:

a) che la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della sua obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, "anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dalla struttura stessa", risponde delle loro condotte dolose e colpose ai sensi degli [artt. 1218](#) e [1228](#) c.c. (art. 7 comma 1) e che tale regime di responsabilità opera anche con riguardo alle "prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria (....) ovvero in regime di

convenzione con il Servizio sanitario nazionale (...)"(art. 7 comma 2);

b) che l'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'[art. 2043](#) c.c., salvo che abbia agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente (ipotesi in cui il fondamento della sua responsabilità è invece contrattuale).

Va altresì evidenziato che la [L. n. 24 del 2017](#) non delinea alcuna ipotesi di litisconsorzio tra struttura sanitaria e medico e che, pertanto, il paziente danneggiato può agire a sua scelta nei confronti dell'una o dell'altro o di entrambi.

Nel caso di specie, il sig. C. ha scelto di agire esclusivamente nei confronti di C.S.C.D.S. s.r.l. e tale volontà è stata chiaramente ribadita, anche dopo la chiamata in causa del dott. R.L. da parte della C., con la formulazione - anche in memoria ex art. 183, comma 6 n. 1 c.p.c. e in sede di precisazione definitiva delle conclusioni - di domande rivolte esclusivamente nei confronti della struttura sanitaria privata.

La C. ha evocato in giudizio il dott. R.L., in primis, quale unico responsabile (a suo avviso) dei danni lamentati dall'attore e alla scrivente è noto l'insegnamento della Corte di Cassazione in ordine all'estensione automatica della domanda nei confronti del terzo chiamato dal convenuto quale unico responsabile nei confronti dell'attore.

Tale insegnamento, peraltro, non si ritiene possa operare in contrasto con una specifica ed esplicita volontà attorea (espressione del diritto di azione costituzionalmente garantito) e con quanto disposto dagli [artt. 99](#) c.p.c. e 112 c.p.c.; e ciò a maggior ragione in ambito di responsabilità sanitaria, ove la "forzosa" attribuzione all'attore di un contraddittore che (avendo, come nel caso di specie il dott. L., operato in relazione alla prestazioni oggetto di doglianza in regime di intramoenia allargata) risponde del suo operato solo ex [art. 2043](#) c.c., determinerebbe un rilevante appesantimento degli oneri probatori sullo stesso gravanti (con conseguente incremento del rischio di soccombenza), a fronte di un quadro normativo (sopra richiamato) che, nella materia de qua, tende ad agevolare il danneggiato, consentendogli di rivolgersi direttamente alla struttura sanitaria anche in caso di sola malpractice dei medici che presso la stessa hanno operato.

Per tali ragioni, ad avviso della scrivente, nel presente giudizio non vi è contraddittorio tra l'attore e il dott. R.L. (e, ovviamente, neppure nei confronti della sua compagnia assicurativa A.T.). Le domande attoree, pertanto, dovranno essere esaminate e deliberate solo nei confronti della C. convenuta.

3. Passando, ciò premesso, all'esame del merito pare opportuno osservare in primo luogo quanto segue.

3a. L'esame deve prendere le mosse dalle domande svolte dall'attore nei confronti della C., che risponde contrattualmente dell'operato del dott. L. ex [art. 7](#), comma 1 [L. n. 24 del 2017](#); disposizione alla luce del cui chiaro ed inequivoco tenore letterale, non rileva che il medico non sia dipendente della struttura e neppure che esista un rapporto di fiducia (in ipotesi anche di natura contrattuale) tra medico e paziente, ma solo che la struttura si sia avvalsa della sua prestazione per l'adempimento delle obbligazioni assunte nei confronti del paziente (il che nel caso di specie, è certamente avvenuto, considerato che la C. non avrebbe potuto fatturare alcunché per le prestazioni connesse all'esecuzione dell'intervento chirurgico de quo se lo stesso non si fosse svolto presso la struttura sanitaria ad essa facente capo).

Tale previsione normativa, d'altra parte, è in linea con l'orientamento più recente della Corte di Cassazione già in precedenza consolidatosi, secondo cui:

- la struttura risponde nei confronti del paziente anche quando l'operatore non sia un suo dipendente (cfr. [Cass. 1043/2019](#)), trattandosi dell'operato di un "suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario la circostanza che il sanitario

(n.d.r. come nel caso di specie) risulti essere anche di "fiducia" dello stesso paziente o comunque dal medesimo scelto" ([Cass. 18610/2015](#));

- "se la struttura si avvale della collaborazione dei "sanitari" persone fisiche (utilità) si trova del pari a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati (danno): la responsabilità di chi si avvale dell'esplicazione dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già nella colpa in eligendo degli ausiliari o in vigilando circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione...", posto che, nella fattispecie di cui all'[art. 1228 c.c.](#), "la responsabilità di chi ha volontariamente incaricato l'ausiliario e organizzato attraverso questo incarico l'esecuzione della propria obbligazione per i fini negoziali perseguiti, è appunto per fatto proprio e non altrui" (così [Cass. 28987/2019](#), in motivazione);

- "La responsabilità contrattuale nei confronti del paziente propria della struttura sanitaria comprende anche l'assunzione del rischio per i danni che al creditore possano derivare dall'utilizzazione di terzi per l'adempimento dell'obbligazione negoziale" (cfr. la massima di [Cass. 25872/2022](#));

- "In tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla [L. n. 24 del 2017](#), la responsabilità della struttura sanitaria, integra, ai sensi dell'[art. 1228 c.c.](#), una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzi nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'[art. 2049 c.c.](#)" (cfr. la massima di [Cass. 29001/2021](#));

- "in tema di responsabilità di una casa di cura, l'acquisizione del consenso informato del paziente da parte del sanitario, costituisce prestazione altra e diversa rispetto a quella avente ad oggetto l'intervento terapeutico e si pone come strumentale rispetto a questo, sicché anche per essa la struttura sanitaria risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio ex [art. 1218 c.c.](#) ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura ovvero per fatto altrui ex [art. 1228 c.c.](#) ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui...si avvale, e ciò anche quando l'operatore non sia un suo dipendente" (così, ancora, la massima di [Cass. 1043/2019](#)).

Solo per completezza si evidenzia, peraltro, che diversamente da quanto affermato dalla convenuta, il sig. C. ha fondato le proprie richieste risarcitorie, come già illustrato, anche con riguardo a condotte imperite ed imprudenti riferibili al personale sanitario dipendente della struttura.

3b. In tema di responsabilità medica (anche di natura contrattuale come nel caso di specie), grava sul danneggiato l'onere di dimostrare non solo il danno ma anche la sua eziologia, che è parte del fatto costitutivo da provarsi ex [art. 2697 c.c.](#) Come recentemente osservato in motivazione da [Cass. 1045/2019](#) (ma già in precedenza, tra le altre, da [Cass. 18392/2017](#)): "nei giudizi risarcitori da responsabilità medica si delinea un duplice ciclo causale, l'uno relativo all'evento dannoso, a monte, l'altro relativo all'impossibilità ad adempiere, a valle. Il primo, quello relativo all'evento dannoso, deve essere provato dal creditore/danneggiato, il secondo, relativo alla impossibilità di adempiere, deve essere provato dal debitore/danneggiante. Mentre il creditore deve provare il nesso di causalità tra l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e la condotta del sanitario (fatto costitutivo del diritto), il debitore deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione (fatto estintivo del diritto). Ne consegue che la "causa ignota" resta a carico dell'attore relativamente all'evento dannoso, resta a carico del convenuto relativamente alla possibilità di adempiere" (come si desume dalla massima di [Cass. 3704/2018](#), ove la causa del danno "sia rimasta assolutamente incerta", la domanda deve essere rigettata). Ne consegue che, come osservato anche da [Cass. 21008/2018](#) in massima: "la prova dell'inadempimento del medico (che - n.d.r. - deve comunque

essere un inadempimento qualificato idoneo a provocare, quale causa o concausa, il danno lamentato; cfr. [Cass. 24073/2017](#)) non è sufficiente ad affermare la responsabilità.....occorrendo altresì la prova del nesso causale tra l'evento e la condotta inadempiente, secondo la regola della riferibilità causale dell'evento stesso all'ipotetico responsabile, la quale presuppone una valutazione nei termini del "più probabile che non" (analogo insegnamento è desumibile dalla già citata [Cass. 3704/2018](#) che, coerentemente, ipotizza il rigetto della domanda del danneggiato solo nel caso in cui la causa del danno sia rimasta assolutamente incerta).

Il criterio del "più probabile che non", indica "la misura della relazione probabilistica concreta tra condotta ed evento dannoso", da individuarsi "con apprezzamento non isolato bensì complessivo ed organico dei singoli elementi indiziari o presuntivi a disposizione" ([Cass. ord. 16581/2019](#)), ovvero con una "ricostruzione non atomistica della condotta...indicata dall'attore come idonea a cagionare l'evento" (come ricordato da [Cass. ord. 5487/2019](#), in massima). Si tratta di un criterio applicabile anche in caso di condotta omissiva -e la cui verifica, in tale ipotesi, "si sostanzia nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idonei ad evitare il rischio specifico di danno riconosciuta alla condotta omessa"- che si informa ad uno "standard di certezza probabilistica che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza nell'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi), disponibili nel caso concreto (probabilità logica o baconiana)" (così la massima di [Cass. ord. 23197/2018](#)). Nell'analisi complessiva da operarsi nel caso concreto al fine dell'apprezzamento del nesso causale in termini di "più probabile che non" non può, ovviamente, essere trascurata l'esistenza di positive risultanze processuali in ordine all'esistenza di diversi fattori, indipendenti dalla condotta del medico, che abbiamo potuto verosimilmente favorire l'evento lesivo (si argomenti da [Cass. ord. 26700/2018](#), oltre che dalla citata [Cass. 23197/2018](#)).

Va altresì considerato che la prova del nesso di causalità materiale tra condotta del medico e violazione delle regole di diligenza ed evento dannoso consistente nella lesione della salute (ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia) può essere fornita, come recentemente ricordato da [Cass. 26907/2020](#) e da [Cass. 28991/2019](#), anche a mezzo di presunzioni.

Con specifico riguardo al tema delle c.d. "complicanze", va richiamato il recente insegnamento di Cass. n. 35024/2002, secondo la cui massima: "Nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'[art. 1218](#) c.c. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza" rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione (...) priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile". Tale insegnamento si riferisce, in particolare, all'ipotesi di una paresi dei nervi laringei e ad una transitoria ipocalcemia sofferte dal paziente in esito ad un intervento di tiroidectomia, valutati quali esiti peggiorativi prevedibili ma non evitabili e, come tali, ascrivibili a fatto non imputabile, a prescindere dalla loro teorica classificazione clinica quali "complicanze".

4. Può a questo punto darsi conto del contenuto dell'espletata CTU (riguardato, ove necessario, alla luce delle restanti risultanze processuali) e delle censure allo stesso mosse dalle parti.

4c1. Preme in primo luogo sottolineare l'accuratezza e completezza dell'elaborato peritale, a partire dalla minuziosa elencazione della documentazione in atti (per brevità, si rinvia alle pagine da 5 a 17 della relazione peritale) e della vicenda clinica per cui è causa (per brevità, si rinvia alle pagine da 18 a 23 della relazione peritale).

4c2. I componenti del Collegio peritale, inoltre, hanno dettagliatamente ed esaustivamente dato conto dell'attività svolta a partire dai cenni anamnestici e dallo stato attuale riferito dal periziando, sino al resoconto degli esiti dell'esame obiettivo.

Sul punto, per brevità, si rinvia alle pagine già richiamate nonché alle pagine 23 e 24 dell'elaborato peritale, sottolineando le seguenti risultanze:

- il sig. C.P., al momento del ricovero per l'intervento del 30.5.2017 era affetto da adenoma prostatico;
- il sig. C.P. era già stato ricoverato presso la struttura gestita dalla C. convenuta nel periodo compreso tra il 13 febbraio e il 15 febbraio 2017 per un mapping prostatico la cui diagnosi era stata di iperplasia adenomatosa prostatica e prostatite cronica e PIN di alto grado;
- l'indicazione all'intervento chirurgico di TURP era stata data dal dott. R.L. (n.d.r.:così è stato riferito dal C. e la circostanza deve ritenersi ammessa dal sanitario sulla base delle sue difese, illustrate al paragrafo 1 della presente motivazione);
- il C., ad oggi, lamenta di non avvertire lo stimolo urinario ma non lamenta disturbi di erezione; denuncia incontinenza da sforzo con necessità di utilizzo di pannolini (2/3 al giorno);
- in sede di esame obiettivo è stato rilevato arrossamento cutaneo dei genitali da uso di assorbente e "Perdita di urina in discreta entità sotto colpo di tosse e Valsavia".

4c3. Nelle successive pagine da 24 a 30 (cui si opera integrale rinvio) il Collegio peritale ha dettagliatamente e coerentemente esposto le considerazioni specialistiche fondate sui dati documentali, sulla raccolta anamnestica e sull'esame obiettivo del periziando, osservando preliminarmente che i punti salienti della vicenda erano quattro: 1) la lesione da scoppio della vescica durante la resezione endoscopica dell'adenoma prostatico (TURP); 2) la riparazione della lesione vescicale e la gestione post-operatoria; 3) la seconda riparazione della vescica; 4) gli esiti definitivi.

Con riguardo alla lesione da scoppio della vescica in corso di intervento di TURP, il Collegio ha evidenziato l'esistenza di una discreta letteratura scientifica riguardante tale evento avverso, in realtà veramente raro, tanto che in letteratura erano stati riportati solo una decina di casi.

Analizzati i singoli lavori scientifici sull'argomento (per brevità si rinvia integralmente alla pag. 25 della relazione peritale), i CCTUU hanno sottolineato quanto segue (cfr. pag. 26 relazione peritale): "In sintesi, tutti gli autori concordano che la formazione di gas idrogeno provocata dalla reazione chimico-fisica dell'ansa diatermica durante la resezione, associata alla presenza di aria e quindi di ossigeno, provochi una miscela esplosiva il cui innesco è il calore dell'ansa diatermica del resettore. A questo si può associare, o meno, l'eccessiva distensione vescicale. Tutti gli autori concordano inoltre che esistono misure preventive per ridurre questo rischio, quali l'utilizzo di una potenza moderata dell'elettrobisturi, ridurre i tempi di taglio e soprattutto coagulo, evitare o ridurre quanto più possibile l'ingresso di aria libera in vescica durante le manovre di evacuazione dei frammenti prostatici resecati, svuotare frequentemente le bolle di gas che si formano in vescica durante la resezione/coagulazione e lavorare a bassa pressione evitando quanto più possibile l'iperdistensione vescicale. E' evidente quindi che lo scoppio vescicale è legato a fattori deterministici e non stocastici, quindi si dovrebbe verificare al raggiungimento o al superamento di un livello soglia. Il problema è che questo livello soglia non è affatto definito, e quindi, nonostante i consigli prudenziali, la prevenibilità dell'evento avverso rimane ancora un concetto piuttosto astratto, senza un vero limite o un range da rispettare. In pratica il rischio può essere solo ridotto ma non azzerato, anche in caso di manovre e comportamenti corretti e conformi alle indicazioni di prevenibilità".

Ciò premesso, il Collegio ha altresì osservato che (sempre pag. 26 dell'elaborato): "Nel caso specifico, in base ai dati documentali ed alle immagini video acquisite, anche se incomplete in quanto il video non è la registrazione integrale dell'intervento, non si ravvisano elementi che possano far supporre che la lesione iatrogena sia stata scaturita da negligenza, imprudenza o imperizia a carico del Sanitario che ha

condotto la manovra chirurgica".

Con riguardo alla riparazione della lesione vescicale e alla gestione post-operatoria, il Collegio ha osservato in primo luogo che, a seguito della lesione da scoppio della vescica (n.d.r.: lesione del tutto pacifica in causa), il chirurgo si era trovato nello stato di necessità di suturarla con urgenza, previa incisione sotto-ombelico-pubica e che in tale situazione "i margini di sutura sono slabbrati, non ben demarcati e imbibiti dal liquido di irrigazione e la probabilità di tenuta della sutura è piuttosto bassa" (cfr. pag. 27 relazione peritale). Secondo il Collegio, in particolare (cfr. sempre pag. 27 della relazione), "la deiscenza è una complicanza nota, e si può verificare ogniqualvolta ci si trovi a dover suturare tessuti lacerati e/o contaminati e non vi sono tecniche o materiali che ne possano prevenire la comparsa". Inoltre, come evidenziato dai CCTUU, alle 13 era stato sostituito il catetere vescicale perché non funzionante e il non ottimale funzionamento del catetere con ostruzione dello stesso, evento che può capitare con una certa frequenza dopo interventi di TURP, può avere causato, una certa distensione della vescica, con trazione dei margini della sutura che ne ha determinato la diastasi.

Il Collegio ha escluso altre criticità e ritenuto non ravvisabili responsabilità sanitarie relative a questa fase della vicenda.

Con riguardo alla seconda riparazione della vescica, i CCTUU hanno dato atto che alle ore 21 e 30 del 31.5.2017 il sig. C. era stato ricoverato presso la SC di Urologia dell'Ospedale di OMISSIS, dove era stato sottoposto ad intervento di cistorrafia, emostasi, riperitoneizzazione e sostituzione catetere vescicale e che l'esito era stato favorevole, con decorso regolare e dimissioni in data 25.6.2017. Hanno quindi escluso, anche in relazione a questo "snodo" della vicenda, responsabilità ascrivibili ai sanitari.

Con riguardo agli esiti definitivi, il Collegio ha preso atto dell'esistenza di una incontinenza urinaria da sforzo, manifestatasi anche in occasione dell'esame del periziando ("è risultata evidente una discreta perdita urinaria durante un colpo di tosse con paziente in ortostasi", si legge a pag. 27 dell'elaborato) e ha sottolineato la necessità dell'attore di utilizzare 2/3 pannolini al giorno, considerato che raramente avverte lo stimolo minzionale.

Ciò premesso, i CCTUU hanno evidenziato che tale disturbo era comparso molto precocemente dopo l'ultimo intervento del 31.5.2017. In tale prospettiva, hanno dato conto dell'insuccesso della fisioterapia perineale eseguita, del fatto che già in data 1.2.2018 fosse stata eseguita indagine urodinamica (n.d.r. che, tra l'altro, cfr. pag. 22 relazione peritale, aveva evidenziato una "brevità del picco sfinterico" in possibile nesso causale con "le perdite urinarie riferite") per inquadramento dell'incontinenza urinaria e del fatto che la ripetizione dell'indagine in data 21.8.2019 avesse evidenziato "quadro urodinamico di incontinenza urinaria da deficit sfinterico".

Alla luce delle premesse, il Collegio peritale ha osservato quanto segue (cfr. pag. 28 e 29 dell'elaborato peritale): "E' evidente a questo punto che ci troviamo di fronte ad un quadro di deficit sfinterico uretrale con incontinenza urinaria da sforzo come ben evidenziato anche durante l'esame obiettivo del paziente comparso dopo l'intervento di TURP e successivi trattamenti per le complicanze descritte in precedenza. Anche in questo caso è indispensabile una disamina della letteratura scientifica per fare meglio luce su questo problema. Praticamente tutti i lavori scientifici concordano che l'incontinenza urinaria dopo TURP incide nell'1% dei casi, per poi ridursi allo 0.5% dopo un mese, in quanto circa la metà dei casi evolve spontaneamente verso la remissione dopo questo lasso di tempo. Generalmente l'incontinenza urinaria è di tipo da "urgenza" e dipende sia dal quadro irritativo che segue alla resezione endoscopica (questi sono i casi dove generalmente avviene una remissione spontanea a breve termine), sia dall'instabilità detrusoriale che si è nel tempo sviluppata a causa dell'ostruzione. In quest'ultimo caso la remissione dell'incontinenza può essere ben più lunga, anche fino a 12 mesi ed oltre e generalmente deve essere trattata farmacologicamente. Altra cosa è invece l'incontinenza urinaria da sforzo legata ad un deficit sfinterico (come nel caso in questione). Lo sfintere uretrale esterno si trova immediatamente al di sotto del verumontanum o collicolo seminale, una struttura del

versante posteriore dell'uretra, facilmente identificabile durante l'endoscopia. Rappresenta lo sbocco nell'uretra dei dotti eiaculatori ed una vestigia di due strutture (dotti di M.) che nel corso della differenziazione sessuale nell'uomo vanno in atresia mentre nella donna si differenziano nelle tube ovariche e nelle salpingi. Nella resezione endoscopica di prostata, questa struttura deve essere risparmiata e deve rappresentare il limite inferiore della resezione proprio per evitare una lesione del sottostante sfintere uretrale esterno. Se però la visualizzazione del collicolo seminale è agevole durante la resezione del tessuto prostatico posteriore e laterale, non è altrettanto così agevole ed immediata durante la resezione della porzione anteriore della ghiandola. In questi casi il rischio è quello di spingersi più in basso con la resezione danneggiando lo sfintere. Altre eventualità di lesione sfinterica da manovre endourologiche (ma non vi è riscontro documentale nel caso specifico) sono legate per esempio ad un cateterismo difficile, magari per spasmo sfinterico, dove la forzatura per introdurre il catetere può provocare una cosiddetta "falsa strada" e il danneggiamento dello sfintere stesso; questa evenienza può occorrere anche durante l'introduzione del resettore, se non è fatta sotto visione, o comunque forzata. In conclusione, la lesione sfinteriale durante manovre endourologiche, è legata a difetti esecutivi. La lesione può essere minima o parcellare con possibilità di recupero mediante un percorso di fisioterapia attiva (esercizi) o passiva (elettrostimolazione) come per qualsiasi altra riabilitazione della muscolatura in genere compresa quella scheletrica. In caso di danno di maggior entità il recupero è ovviamente più difficile e l'incontinenza urinaria che ne è derivata può rimanere stabilizzata nel tempo. Non si ravvisano, nel caso in questione, altri nessi di causalità con la lesione sfinterica al di fuori delle manovre endourologiche".

4c4. Le conclusioni finali del Collegio peritale, del tutto in linea con il contenuto dell'elaborato sin qui richiamato, sono riportate alle pagine da 30 a 40 del suddetto elaborato, cui si opera integrale rinvio, segnalando di seguito i passaggi maggiormente rilevanti:

- in risposta al quesito sub (...), i CCTTUU: hanno chiarito che il trasferimento del paziente presso l'Ospedale di OMISSIS era stato concordato con lo stesso e con i familiari in quanto, in prima giornata, si era manifestata ematuria, i drenaggi presentavano liquido sieroso e si erano formati coaguli ematici nel catetere vescicale; hanno dato atto che il deficit sfinterico, definitivo "significativo", era stato confermato anche dall'ultimo esame urodinamico computerizzato eseguito in data 12.5.2021;
- in risposta al quesito sub (...), i CCTTUU hanno osservato che sulla base della diagnosi, avvalorata dall'esame istologico del mapping prostatico eseguito nei mesi precedenti e delle condizioni cliniche del periziando al momento dei fatti, la scelta della tipologia di intervento era stata corretta;
- in relazione al quesito sub (...) (riguardante più specificamente i profili di malpractice sanitaria), i CCTTUU hanno definito come svolta con perizia e diligenza la valutazione clinico/diagnostica ed hanno richiamato le precedenti considerazioni in ordine allo scoppio vescicale, alla sutura di urgenza e alla successiva deiscenza, al secondo intervento e all'esito finale ("in conclusione, sulla base della documentazione esaminata, per quanto concerne la lesione sfinteriale ad oggi apprezzata, essa è legata a difetti esecutivi intraoperatori e pertanto non si ravvisano, nel caso in questione, altri nessi di causalità al di fuori delle manovre endourologiche compiute dal dott. L. durante l'intervento del 30.5.2017");
- sempre in relazione al quesito sub (...) e con riguardo al tema del consenso informato, i CCTTUU hanno descritto la documentazione presente in cartella (cfr. pag. 35 della relazione peritale, cui per brevità si rinvia), osservando che tale documentazione non permetteva di potersi esprimere in merito ad una avvenuta completa e dettagliata informativa (che nel caso in questione, secondo i CCTTUU, non richiedeva comunque la forma scritta) sulla natura dell'intervento di TURP, sui relativi rischi e sulle possibili conseguenze, nonché sulle alternative terapeutiche/chirurgiche;
- ancora in risposta al quesito sub (...), i CCTTUU hanno chiarito che gli interventi e le cure poste in essere non implicavano la soluzione di problemi di speciale difficoltà né peculiari difficoltà esecutive in

quanto svolte da sanitari specialisti e presso struttura sanitaria adeguata;

- in risposta al quesito sub (...) e con riguardo alle condotte virtuose alternative che avrebbero potuto impedire il verificarsi delle conseguenze pregiudizievoli, i CCTUU hanno richiamato le considerazioni già svolte sulle cause della ravvisata lesione sfinterica e ribadito che nella resezione endoscopica della prostata il verumontanum o collicolo seminale, che si trova immediatamente sopra lo sfintere, deve essere risparmiato e rappresentare il limite inferiore della resezione proprio per evitare una lesione del sottostante sfintere uretrale esterno;

- in ordine alle lesioni conseguenti alla condotta di malpratica accertata, i CCTUU: hanno chiarito di non ammettere un periodo di invalidità temporanea in quanto l'incontinenza urinaria si era manifestata già nell'immediato post-operatorio, non aveva comportato un prolungamento dell'ospedalizzazione, non aveva richiesto cure documentate ed era rimasta pressoché stabile nel tempo; hanno quantificato, invece, il grado di invalidità permanente nel 8-9%, sulla base di quanto indicato dalle linee guida S.;

- in ordine alle possibilità di emenda dei postumi, i CCTUU hanno evidenziato la possibilità di eseguire: a) un intervento di bulking uretrale, realizzabile con ricovero in day hospital in ambito SSN ma statisticamente foriero di scarsi risultati in campo maschile; b) il posizionamento di protesi periuretrali a palloncino a volume variabile (Pro-ACT), impiantati per via percutanea ai lati dell'uretra, intervento eseguibile in day hospital tramite il SSN, con percentuale di successo non superiore al 78%; c) il posizionamento di reti nastrofornite (SLING) impiantate intorno all'uretra bulbare preparata chirurgicamente attraverso una piccola incisione perineale, intervento eseguibile in day surgery o breve (degenza 48-72 ore), anch'esso previsto dal SSN, con una percentuale di successo del 80%; d) il posizionamento di uno sfintere artificiale, intervento eseguibile tramite il SSN (ma solo in alcuni centri specializzati) con una percentuale di successo del 95-98%, ma in esito ad intervento di maggiore complessità, con ricovero ordinario e convalescenza di circa due settimane;

- in punto spese, i CCTUU: 1) hanno riconosciuto l'importo di Euro 4.223,39 per spese correlate all'accertata malpractice, escludendo le restanti: per quanto riguarda l'importo di Euro 12.277,54, perché riguardante spese relative ad un intervento chirurgico che sarebbe stato comunque necessario e ad un intervento chirurgico non attinente; per quanto riguarda Euro 1.612,00, perché relative a fatture non corredate da referti; 2) hanno demandato al giudice la decisione sulle spese medico-legali documentate (Euro 3.204,00), pur sottolineandone la pertinenza e congruità in quanto finalizzate alla determinazione e quantificazione del danno ed effettuate da medici specialisti; 3) hanno confermato la necessità dell'uso giornaliero di assorbenti (in numero di 2/3 al giorno), ma hanno altresì evidenziato che i presidi per incontinenza sfinterica sono forniti dal SSN in modo gratuito su richiesta dell'interessato per il tramite del medico curante;

- in punto incidenza dei postumi sullo svolgimento e sulla qualità delle ordinarie attività della vita del sig. C., i CCTUU hanno osservato che l'incontinenza sfinterica è giustificabile possa determinare nella persona una sensazione di disagio sociale, pur senza modificare la capacità di relazione.

4d. Le conclusioni cui è pervenuto il Collegio peritale sono state oggetto di censure che verranno, qui di seguito, prese in considerazione.

4d1. I CTP di A.T. hanno dichiarato di concordare con i CCTUU in punto imprevedibilità dell'evento avverso (scoppio vescicale) e delle successive "complicanze" (cedimento delle suture). Hanno altresì affermato che "purtroppo da un punto di vista urologico la incontinenza da sforzo (...) vista la tipologia della procedura e in assenza di altre motivazioni deducibili dagli atti e dall'anamnesi, è in nesso causale con l'intervento di TURP"; hanno peraltro sostenuto che la situazione attuale post TURP (che secondo la letteratura ha un'incidenza del 1,7% e non dello 0,5-1%), sia pure con casistica limitata, costituisce un noto rischio della procedura ed è presente anche nella scheda informativa fornita al paziente, il che induce a qualificarla come "complicanza".

A tali osservazioni il Collegio peritale ha puntualmente e condivisibilmente (anche alla luce dell'insegnamento di [Cass. 35024/2022](#) in precedenza richiamato) che l'incontinenza da sforzo è esito prevedibile dell'intervento di TURP, ma è anche prevenibile "impiegando la massima prudenza nell'atto chirurgico al fine di non ledere lo sfintere durante l'intervento di resezione prostatica endouretrale, lesione invece occorsa nel caso in esame e che dal riscontro documentale non ha trovato altre possibili cause all'infuori delle manovre endourologiche praticate dal chirurgo"; ha altresì precisato che, in realtà, se si considera soltanto l'incontinenza da stress l'incidenza percentuale è dello 0,5%.

4d2. I CCTPP della C.S.C.D.S. s.r.l. hanno dichiarato di non avere repliche da operare, sottolineando che sulla base delle conclusioni di cui alla bozza di CTU non emergevano addebiti attribuibili alla sua assistita.

4d3. I CCTPP di parte attrice hanno osservato:

a) che le conclusioni in risposta al quesito sub 3 erano inaccettabili oltre che sul piano medico-legale su quello giuridico e, in tale prospettiva, hanno affermato: che in materia di responsabilità sanitaria vige l'onere della struttura di dimostrare di avere bene agito; che nel caso di specie, dai documenti sia cartacei che digitali non emergeva la prova della conduzione dell'intervento con le dovute perizia, diligenza e prudenza; che la lesione iatrogena da scoppio della vescica era evento prevedibile ed evitabile adottando la doverosa cautela intra-operatoria; che nel caso di specie in cartella clinica non vi era alcuna prova che i sanitari avessero osservato un comportamento corretto, cioè finalizzato a minimizzare il rischio di questo specifico evento avverso (limitare la temperatura dell'ansa del resettoscopio e dell'elettrocoagulazione, minimizzando l'afflusso d'aria e calibrando l'irrigazione continua in modo da non distendere eccessivamente la vescica; usare con appropriatezza il bulbo dell'evacuatore Ellik o durante la sostituzione delle bottiglie del liquido di irrigazione o quanto il resettoscopio viene aperto per qualsiasi motivo durante l'intervento chirurgico; utilizzando corrente di taglio e coagulazione di moderata potenza), che deve essere sempre temuto; che analizzando le memorie difensive delle parti non era mai emersa una valida ed alternativa interpretazione degli eventi causativi della lesione in grado di assurgere a prova liberatoria dell'avere ben agito;

b) che la deiscenza della sutura era ragionevolmente ascrivibile (in assenza di cause alternative) ad una primitiva imperfetta "confezione", tale da non risultare a tenuta per imperizia dell'operatore e per di più aggravata da una non attenta gestione del lavaggio vescicale continuo, e quindi da imprudenza; che, inoltre, la descrizione sommaria dell'intervento di sutura, con riferimento alla riparazione di un'unica lesione (a fronte di riparazioni multiple effettuate nel corso dell'intervento del 31.5.2017), induceva ad ipotizzare che non fosse stata originariamente eseguita un'attenta e completa esplorazione della vescica e che alcune lesioni fossero "sfuggite"; che l'ascrivibilità della deiscenza alla mancata riparazione di lesioni trovava conferma anche nel fatto che i drenaggi avevano iniziato a veicolare urina praticamente da subito (1400 dopo 6 ore);

c) che era condivisibile quanto osservato dai CCTUU in merito alla lesione sfinteriale di origine iatrogena e colposa, ma non era condivisibile quanto dagli stessi esposto, in risposta al quesito 8, in ordine alla prospettata esistenza di una possibilità di riparazione con elevatissime percentuali di successo, senza considerare la mancata proposta degli interventi elencati da parte dei sanitari che avevano avuto in cura il C., né la storia clinica del paziente (il quale aveva già subito tre interventi causativi di sovvertimento delle strutture anatomiche e con esiti cicatriziali), che deponeva per un altissimo rischio di complicanze in caso di nuovo intervento;

d) che in ragione di quanto osservato sub a e b, dovevano essere confermati una IP del 9-10% e un danno da inabilità temporanea di giorni 25 a totale, 30 a parziale al 50% e 60 a parziale al 25% (in relazione al documentato prolungamento del ricovero ospedaliero e ad un allungamento della fase di convalescenza in più rispetto a quanto era lecito attendersi da un semplice intervento di TURP ben condotto).

I CCTUU, ad avviso della scrivente, hanno esaurientemente replicato alle suddette osservazioni, evidenziando, per quanto inerente i profili tecnici di loro spettanza:

a1) che tutte le misure cautelative illustrate dai CCTTPP attorei, come già illustrato nella bozza di relazione peritale, possono al più ridurre il rischio dell'evento avverso ("scoppio" della vescica) ma non eliminarlo; ovvero, detto in altri termini, non esistendo un valore soglia ben definito per questo evento deterministico, esso si può verificare anche eseguendo una resezione endoscopica che rispetti tutte le misure preventive per ridurre il rischio (il che, espresso in termini giuridici, significa che trattasi di evento avverso, molto raro, non evitabile allo stato delle conoscenze scientifiche anche con la massima diligenza e che, pertanto, non è ravvisabile una responsabilità medica del dott. L. di cui la clinica convenuta debba rispondere contrattualmente);

b1) che dalla descrizione degli interventi riparatori, quale risultante dai rispettivi verbali, si evince che, diversamente da quanto sostenuto dai CCTTPP attorei, la riparazione è avvenuta sia per via extra vescicale che per via intravesicale già nel corso del primo intervento; che, invero, nel secondo intervento viene riportato che si procede nuovamente a cistostomia (apertura della vescica) e che "SI COMPRENDE L'ANATOMIA DELLA VESCICA E DELLE PARTI LACERATE GIA' SUTURATE"; che, conseguentemente, è da escludere che la prima riparazione sia stata eseguita in assenza di una esplorazione completa e attenta della vescica, trascurando punti di lacerazione; che gli unici elementi oggettivi valutabili (ossia i verbali operatori) appaiono completi e dimostrano il corretto operato dei sanitari, il che, in assenza di altre possibili cause attestate dalle risultanze processuali (n.d.r.: in cui non trova riscontro la prospettata non attenta gestione del lavaggio vescicale) induce a ravvisare (n.d.r.: in applicazione del principio di preponderanza dell'evidenza) la causa della deiscenza della sutura (n.d.r.: per sua natura "fragile" per le ragioni già illustrate dai CCTUU in bozza) nel repentino aumento della pressione vescicale provocata dal mal funzionamento del catetere (evento avverso, questo sì, descritto in atti, che si verifica in percentuale non trascurabile dopo intervento di TURP e che riconosce "molteplici fattori etiopatogenetici non operatore dipendente e non prevenibili", con conseguente ulteriore ravvisabilità di un fatto non imputabile);

c1) che per ammissione dello stesso paziente (durante le operazioni peritali) i sanitari avevano indicato da subito un percorso di fisioterapia del pavimento pelvico, che rappresenta il primo approccio in caso di IUS (incontinenza urinaria da sforzo) e che, inoltre, a distanza di oltre due anni dall'intervento (referto 21.9.2019), non avendo prodotto risultati il suddetto percorso riabilitativo, era stata proposta dal paziente una chirurgia di B.U., di facile esecuzione, a bassissimo rischio di complicanze e foriero di ottimi risultati (n.d.r.: in realtà sul punto i CCTUU contraddicono, senza idonee, spiegazioni quanto scritto a pag. 38 della relazione, dove si legge invece che questo tipo di trattamento, molto usato per l'incontinenza femminile da sforzo, è in realtà "molto meno utilizzato nell'uomo per i modesti risultati"; tale contrasto non pare, in realtà, dirimente, considerate le altre alternative, pure prospettate dai CCTUU, sulla cui praticabilità e sui cui esiti i CCTTPP attorei non hanno mosso specifiche censure; altra questione è se il sig. C. abbia o meno un "obbligo" di sottoporsi ad una o più delle procedure descritte dai CCTUU al fine di limitare il danno; sul punto, che è di stretto diritto, si tornerà nel prosieguo).

In considerazione di quanto osservato sub a1), b1) e c1), appare evidente come non possa accogliersi la diversa quantificazione di IP (peraltro di un solo punto percentuale) e il riconoscimento di IT di cui alle prospettazioni attoree, fondate sulle conclusioni dei loro CCTTPP e, più precisamente, sull'esistenza di ulteriori profili di responsabilità (per lo "scoppio" e la "deiscenza" della sutura) che i CCTUU hanno, con motivazioni tecnicamente e logicamente argomentate, condivisibilmente escluso.

4d4. Il dott. M. M., CTP del dott. R.L.:

e) con riguardo al tema della gestione post-operatoria, ha sottolineato che la sera successiva all'intervento chirurgico (n.d.r.: ossia la sera del 30.5.2017) nulla fuoriusciva dal drenaggio posizionato, mentre la mattina successiva, dopo la movimentazione del paziente da parte del personale della

struttura, movimentazione che il dott. L. aveva raccomandato di non eseguire, era stata rilevata fuoriuscita di liquido ematico; il che induceva a ritenere che la gestione post operatoria da parte del personale della struttura poteva essere stata non del tutto adeguata;

f) con riguardo al tema della incontinenza urinaria da deficit sfinterico, ha osservato: che una lesione sfinteriale (sempre che esista) può essersi determinata anche a prescindere dalle manovre endourologiche eseguite nel corso dell'intervento del 30 maggio 2017 ed essere correlata alle complicanze manifestatesi, già riconosciute dal Collegio peritale non imputabili all'operatore; che la percentuale di incontinenza per esiti di resezione prostatica da parte del dott. L. era, in passato, pari allo 0%; che già poco prima delle dimissioni in cartella clinica era annotato un "piuttosto lento ma graduale recupero della fisiologica continenza...minzione spontanea ogni due ore"; che a nove mesi dall'intervento, in data 1.2.2018, la vescica era stata riempita fino a termine di infusione (400 ml) senza evidenza di perdite in corso di esame e con "buona chiusura uretrale" che attestava lo stato di continenza del paziente; che solo in data 21.8.2019, a notevole distanza dall'intervento, era stata accertata una parziale incontinenza; che in relazione a tali risultanze l'incontinenza parziale accertata il 21.8.2019 doveva essere ascritta a qualche altro fenomeno non correlato all'intervento o ad una situazione para-fisiologica in relazione all'età del paziente e ciò anche in considerazione del fatto che una lesione sfinteriale (come quella che il Collegio peritale riteneva essere stata prodotta nel corso dell'intervento de quo) produce immediatamente un quadro disfunzionale, mentre nel caso di specie lo stesso si era manifestato unicamente a molta distanza dall'intervento chirurgico e quindi era definibile come deficit, che a differenza di una lesione può insorgere per altre cause autonome, non rapportabili all'intervento chirurgico (il CTP ha concluso affermando, conseguentemente, che nel caso di specie non poteva essere applicata la criteriologia del post hoc ergo propter hoc e che, pertanto, nessuna responsabilità poteva essere ascritta al dott. L.).

I CCTU hanno esaurientemente controdedotto, osservando:

e1) che la deiscenza della sutura era stata verosimilmente (n.d.r.: ovvero più probabilmente che non) determinata da un repentino aumento della pressione vescicale provocata dal malfunzionamento (descritto in atti) del catetere, che è evento non operatore dipendente e non prevenibile negli interventi di TRP, TURB e adenomectomia prostatica chirurgica (a tali considerazioni la scrivente aggiunge: che il dott. L. non pare avere interesse a contestare conclusioni dei CCTU che escludono comunque una sua responsabilità per la deiscenza della sutura; che il dott. M. non ha fornito alcuna specifica indicazione sulle ragioni per cui la sostituzione delle calze antitrombo -sostituzione che, si osserva incidentalmente, è da ritenersi sia avvenuta, in assenza di specifica contestazione da parte della struttura e in ragione di quanto previsto dall'[art. 115](#), comma 1 c.p.c.- abbia potuto determinare l'emorragia poi manifestatasi; che lo stesso dott. M. ha meramente, e genericamente, ipotizzato che "la gestione post operatoria possa non essere stata del tutto adeguata da parte del personale della struttura"; che del malfunzionamento del catetere vi è positivo riscontro documentale, mentre così non è per l'ipotetica maldestra movimentazione da parte del personale sanitario, neppure presa in considerazione, tra l'altro, dai CTP attorei, come da relazione medico-legale doc. 13);

f1) che l'incontinenza urinaria da sforzo era presente già al 25.6.2017, posto che nella lettera di dimissioni si parlava di "lenta ma graduale ripresa della fisiologica continenza durante la degenza ospedaliera"; che in quel momento l'incontinenza poteva anche essere giustificata da uno stato di irritazione vescicale per lunga permanenza in situ del catetere, magari associata ad uno stato di stupor dei meccanismi di chiusura uretrale avente la stessa eziologia; che, tuttavia, l'incontinenza non era stata transitoria, tanto che in data 1.2.2018 il C. si era sottoposto ad indagine urodinamica, su indicazione del prof. G. e con quesito clinico "incontinenza urinaria"; che le conclusioni dello specialista che aveva eseguito l'indagine riportavano buona chiusura uretrale statica, ma segnalavano altresì che "la brevità del picco sfinterico può in parte dare conto delle perdite urinarie riferite"; che l'incontinenza urinaria, in ogni caso, si era protratta ed aveva portato il paziente a nuove valutazioni specialistiche

sino a che, a seguito di una di queste (dott. A.), era stata richiesta una nuova valutazione urodinamica eseguita il 23.8.2019, in occasione della quale era stato evidenziato un quadro urodinamico di incontinenza urinaria da deficit sfinterico, dato confermato anche dalla successiva indagine urodinamica del 12.5.2021; che pertanto, in ragione delle evidenziate risultanze, il quadro di incontinenza da sforzo era iniziato alla rimozione del catetere ed era presente alle dimissioni del 25.6.2017, non si era mai risolto (nonostante in un primo tempo il paziente avesse tentato di trattarlo con esercizi di fisioterapia perineale) ed era stato attribuito, mediante valutazioni oggettive (indagini urodinamiche) successive ad un problema di deficit sfinterico; che non era stato adottato, quindi, il criterio post hoc ergo propter hoc, ma era stata attribuita rilevanza alla continuità dell'incontinenza urinaria insorta nell'immediato post operatorio e protrattasi negli anni, quale elemento indicativo di una certa evidenza causale tra le manovre urologiche e la problematica lamentata dal paziente e, in particolare, tra le manovre urologiche e l'obiettivato deficit dello sfintere uretrale con perdita involontaria di urine (n.d.r.: in ragione di tali tecnicamente motivate, coerenti e fondate su risultanze documentali, controdeduzioni dei CCTUU, deve ritenersi provato, più probabilmente che non, che l'origine del deficit sfinterico sia iatrogena e riferibile alle manovre endourologiche eseguite dal dott. L. in occasione dell'intervento chirurgico del 30.5.2017; inducono a tale conclusione le seguenti ulteriori considerazioni: posto che, contrariamente a quanto affermato dal dott. M., l'incontinenza urinaria si è manifestata sin dall'inizio e si è protratta nel tempo con continuità, dagli atti processuali non emerge alcun altro possibile fattore causale e lo stesso CTP del dott. L. non è stato in grado di indicarne specificamente alcuno, fatto salvo il generico riferimento ad una situazione para-fisiologica dovuta all'età, che non trova adeguato riscontro, considerato anche che il C. aveva all'epoca solo 69 anni - essendo nato il (...) - ed appare smentito dai criteri cronologici e di continuità del fenomeno, topografico e di idoneità lesiva - in relazione alla tipologia di intervento ben descritta alle pag. 28 e 29 della relazione peritale - su cui sono fondate le condivisibili conclusioni dei CCTUU; si consideri, in proposito, che gli stessi CCTTP di AM TRUST, nelle loro osservazioni alla bozza di CTU, hanno scritto: "Purtroppo da un punto di vista urologico la incontinenza da sforzo, come già puntualizzato..., vista la tipologia della procedura e in assenza di altre motivazioni deducibili dagli atti e dall'anamnesi, è in nesso causale con l'intervento di TURP"; né rileva che i medesimi CCTTP abbiamo definito tale esito come "complicanza" della procedura di TURP, in quanto noto rischio della stessa presente anche nella scheda informativa firmata dal paziente, considerato che, come ben argomentato dai CCTUU, si trattava comunque di un rischio evitabile e, quindi, la sua definizione come "complicanza", non rileva ai fini dell'esclusione della responsabilità dell'operatore).

4e. Passando, in ultimo, ad esaminare le censure mosse alle conclusioni cui sono pervenuti i CCTUU negli scritti conclusivi delle parti, si osserva quanto segue.

4e1. Parte attrice ha richiamato, nella sostanza, le stesse argomentazioni già contenute nelle osservazioni dei suoi CCTTP in corso di CTU, alle quali ad avviso della scrivente i CCTUU hanno esaurientemente replicato e che appaiono superabili in ragione di quanto esposto al punto 4d3 della presente motivazione, cui si rinvia.

4e2. La C.S.C.D.S. s.r.l., nel suo scritto conclusivo, ha affermato che l'assunto dei CCTUU, secondo cui l'attuale incontinenza del C. sarebbe conseguenza di una lesione iatrogena dello sfintere uretrale esterno (che è zona anatomica diversa dalla vescica) imputabile al dott. L., oltre a non trovare riscontro clinico, costituirebbe accertamento esulante dal quesito e al thema decidendum come desumibile dalle prospettazioni attoree. Secondo la convenuta, invero, i CCTUU avrebbero individuato una condotta colposa del dott. L. (l'essersi spinto troppo in basso con il resettore), del tutto diversa da quelle addebitategli dagli attori ed inerenti invece lo "scoppio" vescicale. Per tali ragioni, l'esperita CTU dovrebbe ritenersi tamquam non esset con riguardo alle conclusioni de quibus.

L'assunto non pare condivisibile. Come già evidenziato, in atto di citazione il C., pur richiamando anche i passaggi della relazione medico-legale (suo doc. 13) in cui si prospettano la lesione iatrogena vescicale

e la non corretta gestione del post-operatorio causa di deiscenza della sutura, ha esplicitamente allegato anche una situazione di grave incontinenza urinaria (ponendola a fondamento finanche di specifiche richieste di risarcimento di danni patrimoniali futuri) ed ha censurato le prestazioni sanitarie de quibus nel loro complesso, assumendo che i danni subiti (quindi anche la sopravvenuta incontinenza) erano conseguenza delle "incaute e imprudenti manovre effettuate dall'équipe e da tutti i sanitari intervenuti, sia nel corso degli interventi che nel postoperatorio" (cfr. pag. 6 atto introduttivo). Né rileva che nella relazione medico-legale di parte (doc. 13 attoreo) non si affronti il tema del danno allo sfintere uretrale, considerato che in tale documento vengono essenzialmente approfondite le cause dello "scoppio" vescicale e della deiscenza della ferita, eventi a cui i CCTTPP di parte non hanno ricollegato l'incontinenza urinaria lamentata dal C., assumendo anzi (non si comprende come, visto che alla data della relazione di parte il deficit sfinterico era già stato strumentalmente accertato) che lo stesso soffrirebbe solo di isolati disturbi della minzione.

L'attore, d'altra parte, non aveva l'obbligo di fondare le proprie allegazioni su una relazione medico-legale di parte ed ha quindi legittimamente prospettato, oltre a quanto da quest'ultima emergente, anche un danno da incontinenza urinaria conseguente alle prestazioni sanitarie oggetto di causa, non correttamente eseguite. Affermare che gli interventi non sono stati eseguiti correttamente e che a causa degli stessi è insorta ex novo una situazione di incontinenza grave appare, d'altra parte, allegazione di inadempimento colposo sufficientemente specifica, in ordine alla quale la C. ha comunque pienamente accettato il contraddittorio.

Va altresì considerato, conclusivamente, che con il quesito sub (...), nella prima parte, la scrivente ha chiesto ai CCTUU di pronunciarsi su tutte le prestazioni sanitarie mediche ed infermieristiche poste in essere nei confronti dell'attore e sul loro svolgimento, o meno, con perizia e diligenza professionale (ovviamente alla luce delle allegazioni attoree, che includono la lamentata, sopravvenuta, incontinenza) e che con il quesito sub (...) ha chiesto ai CCTUU di dire se dalle condotte di malpratica eventualmente accertate in risposta ai quesiti precedenti (quindi anche alla prima parte del quesito sub (...)), fossero derivate lesioni all'attore C.P..

Ne consegue che il Collegio peritale non ha certamente travalicato il mandato conferitogli e che la maggior ampiezza di tale mandato, rispetto al contenuto della relazione medico-legale di parte, appare giustificata dalla considerazione delle doglianze attoree nel loro complesso, alla luce di quanto prospettato nell'atto introduttivo del giudizio.

4ec. Anche il dott. R.L. ha eccepito la nullità della CTU sulla scorta di considerazioni analoghe a quelle svolte dalla C., affermando che parte attrice aveva addebitato l'insorgenza dell'incontinenza allo scoppio vescicale e alla deiscenza della successiva sutura ed aveva lamentato una lesione iatrogena vescicale e non dello sfintere uretrale esterno e che i CCTUU, senza che fosse stato loro richiesto e senza che fosse mai stato allegato dall'attore, avevano accertato, esorbitando dal quesito, una lesione sfinteriale. Sul punto, per evitare ripetizioni, si richiama quanto osservato sub (...)eb.

Il terzo chiamato, inoltre, ha affermato che i CCTUU avevano ritenuto sussistente una lesione dello sfintere uretrale in forza di una fallace deduzione conseguente ad un fallace ragionamento deduttivo, partendo dal sintomo (incontinenza da sforzo) per risalire a contrario ad una lesione, peraltro mai accertata clinicamente. Evidenziato che i CCTUU, in svariati passaggi del loro elaborato, avevano ricondotto l'incontinenza non ad una lesione ma ad un deficit sfinterico, il dott. L. ha ritenuto non esaustive le loro controdeduzioni alle osservazioni dei propri CCTTPP, in considerazione del fatto che l'incontinenza da deficit sfinterico non trova quale sua unica causa una lesione dello sfintere uretrale esterno, ma può derivare da una pluralità di cause, tra cui l'età avanzata, patologie prostatiche, infezioni alle vie urinarie e può anche essere una mera conseguenza di un intervento di rimozione della prostata. Orbene, secondo il terzo chiamato, a fronte di tale molteplicità di possibili fattori eziologici del deficit sfinterico, i CCTUU, per escludere le altre possibili cause, avrebbero dovuto accertare clinicamente la sussistenza della lesione.

La scrivente osserva, in merito a tali censure (richiamato comunque quanto osservato al punto 4d4.f1 della presente motivazione): che il deficit sfinterico è accertato sia clinicamente che strumentalmente; che lo stesso dott. L. indica la lesione dello sfintere uretrale come possibile causa di tale deficit; che l'incontinenza urinaria, evidentemente correlata a manovre endourologiche, è indicata come possibile conseguenza dell'intervento di TURP anche nel modulo di consenso informato ASLTO5, oltre che dai CCTTPP di A., compagnia assicurativa del terzo chiamato; che i CCTTPP del terzo chiamato hanno evidenziato l'insorgenza immediata dopo l'intervento quale elemento indicativo di lesione sfinteriale dovuta a manovra endourologica; che nel caso di specie, come emerge dalle risultanze documentali e come già illustrato dai CCTTUU e nel richiamato punto 4d4.f1, l'incontinenza è insorta già nel corso del ricovero e si è protratta nel tempo con continuità; che il sig. C. soffriva in precedenza, da anni, di disturbi prostatici ma non risulta soffrisse di incontinenza; che l'età del C. (69 anni) non era così elevata da essere suggestiva di un fenomeno para-fisiologico, soprattutto dell'entità accertata; che nell'anamnesi anteriore all'intervento e anche in quella dell'esame urodinamico del 21.8.2019 non vengono indicate infezioni urinarie ricorrenti e che, quindi, la dichiarazione resa ai CCTTUU dal periziando (cfr. pag. 23 dell'elaborato dove si parla di assunzione di antibiotico terapia per infezioni intercorrenti) oltre a non essere specificamente riferita all'apparato genito-urinario, potrebbe essere relativa ad epoca successiva all'insorgere del deficit sfinterico e, in ipotesi, conseguenza e non causa dello stesso; che, in conclusione, l'ascrivibilità del deficit sfinterico ad una lesione sfinterica (che riconosce, nella presente vicenda, cause diverse dalle manovre eseguite durante l'intervento di TURP) secondo il criterio del "più probabile che non" appare condivisibile.

Il terzo chiamato ha contestato anche l'assunto dei CCTTUU secondo cui l'incontinenza da sforzo sarebbe insorta subito dopo l'intervento e sarebbe poi continuata ininterrottamente; a suo avviso invero, tale assunto sarebbe smentito dalle risultanze processuali. In merito, le considerazioni del terzo chiamato ricalcano le osservazioni critiche dei suoi CCTTPP alla bozza di relazione peritale e, pertanto, allo stesso vanno opposte le controdeduzioni dei CCTTUU e le osservazioni della scrivente di cui al paragrafo 4d4.f1 della presente motivazione, cui per brevità si rinvia.

Secondo il dott. L., la mancata produzione da parte dell'attore dei referti relativi a numerosi esami e visite (anche medico-legali, come quella del dott. B.) eseguiti dopo il 30.5.2017 e prima dell'agosto 2019 (esami e visite la cui esistenza sarebbe -n.d.r.: e in effetti è- provata dalla documentazione di spesa prodotta dall'attore a sostegno della relativa domanda di risarcimento del danno patrimoniale), dovrebbe indurre a ritenere che i documenti non prodotti attestino l'inesistenza dell'incontinenza o una sua genesi diversa da quella ipotizzata dai CCTTUU. La scrivente non concorda sul punto, non potendo attribuirsi all'omessa produzione di documenti di cui non si conosce il contenuto (e di cui il terzo chiamato non ha mai chiesto ordinarsi l'esibizione) univoca valenza indiziaria nel senso voluto dal dott. L..

Quest'ultimo ha poi sottolineato nuovamente che tra le cause più probabili di incontinenza urinaria vi sarebbero le infezioni delle vie urinarie, l'età avanzata e l'aver subito l'asportazione della prostata, tutte ricorrenti nel caso di specie, e che, inoltre, l'attore avrebbe ammesso (come risultante dalla CTU a pag. 23) di avere assunto antibiotici per infezioni ricorrenti. Per contro, i CCTTUU non avrebbero preso in considerazione queste possibili cause, che parevano essere invece quelle più probabili nel caso di specie. In conclusione, secondo il terzo chiamato, una forma di incontinenza da sforzo, ove effettivamente esistente, non poteva essere posta in nesso causale giuridico con l'intervento di TURP. Sul punto, per evitare ripetizioni, si richiama quanto poco sopra osservato. Si aggiunge solo che l'essere l'incontinenza urinaria una possibile conseguenza dell'intervento di asportazione della prostata, non esclude la responsabilità del sanitario, laddove tale evento avverso sia, come ben illustrato dai CCTTUU, prevedibile ed evitabile.

In ultimo, il terzo chiamato si è lamentato della mancata considerazione, da parte dei CCTTUU, della

grave condotta dei sanitari della Casa di Cura, che avevano movimentato in maniera incongrua il sig. C., nonostante fosse pacifica (perché asserita anche dall'attore e non contestata specificamente dalla convenuta) l'avvenuta sostituzione delle calze antitrombo e della biancheria da letto in data 31.5.2017 e nonostante l'attore avesse iniziato ad avvertire dolore e fossero insorte problematiche al catetere subito dopo l'esecuzione di tali manovre da parte del personale infermieristico.

Sul punto, premesso che nei termini di maturazione delle preclusioni è stata allegata dall'attore e neppure dal dott. L. una incongrua manovra di sostituzione della biancheria da letto, in ordine alla sostituzione delle calze antitrombo: si ribadisce che la stessa, di per sé, non è necessariamente indicativa di una movimentazione maldestra come quella allegata dall'attore e dal terzo chiamato; si osserva che l'immediatezza tra la sostituzione delle calze e l'insorgenza del dolore e le problematiche al catetere non è documentata; si richiama quanto già osservato al punto 4d4.e1 della presente motivazione.

4ed. A. ha richiamato le osservazioni dei suoi CCTPP (di cui si è già detto in precedenza), assumendo che le controdeduzioni dei CCTUU non erano state esaustive, in quanto gli stessi avevano tautologicamente ravvisato una complicità prevedibile ed evitabile e lo avevano fatto in base ad una valutazione ex post.

La censura non è condivisibile, poiché la prevedibilità ex ante è affermata dagli stessi CCTPP di A.T., che qualificano la "situazione attuale post TURP" come "noto rischio della procedura" seppure in una casistica limitata (richiamando anche la scheda informativa - n.d.r.: su carta intestata ad A.T., sottoscritta dall'attore e inclusa nella sua produzione sub 2- in cui si menziona quale complicità specifica dell'intervento l'incontinenza urinaria, nei suoi diversi gradi, con una incidenza dello 0,5-1% circa) e poiché in ordine alla prevenibilità i CCTUU hanno esaustivamente motivato, con ragionamento ex ante (come risulta da quanto già osservato al punto 4d1 della presente motivazione, cui per brevità si rinvia, e da quanto esposto alle pagine 28 e 29, 36 e 37 della relazione peritale, cui pure si rinvia).

5. In ragione di tutto quanto sin qui osservato deve ritenersi accertata, sulla scorta delle condivisibili risultanze dell'esperienza CTU, la responsabilità contrattuale della C. convenuta in relazione alla condotta di malpratica accertata in capo al dott. R.L. nei termini sopra descritti.

6. Possono a questo punto essere esaminate le domande attoree, che, in estrema sintesi, sono le seguenti: risarcimento del danno non patrimoniale, quantificato come da relazione medico-legale di parte (IP 10%, IT: 25 gg. al 100%; 30 gg. al 50%; 60 giorni al 25%) sulla scorta di quanto previsto dalle Tabelle milanesi, con personalizzazione massima; risarcimento del danno da mancata acquisizione di valido consenso informato, da liquidarsi equitativamente; risarcimento del danno morale da liquidarsi equitativamente; risarcimento del danno patrimoniale emergente per spese mediche e costi di CTP ante causam; risarcimento del danno patrimoniale futuro per costi di pannolini, materiale medico, farmaci.

6a. Partendo dalle pretese risarcitorie avanzate a titolo di danno non patrimoniale, si osserva preliminarmente che, in tema di liquidazione del danno alla persona da lesione della salute, "non diversamente da quanto avviene in quella di tutti gli altri danni alla persona conseguenti alla lesione di un valore o interesse costituzionalmente protetto, il giudice dovrà necessariamente valutare tanto le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera morale (che si collocano nella dimensione del rapporto del soggetto con sé stesso), quanto quelle incidenti sul piano dinamico-relazionale della sua vita (che si dipanano nell'ambito della relazione del soggetto con la realtà esterna, con tutto ciò che, in altri termini, costituisce "altro da sé")" (così [Cass. 2788/2019](#), in motivazione; negli stessi termini [Cass. 901/2018](#)). Tale valutazione dovrà in ogni caso condurre a una "liquidazione unitaria del danno non patrimoniale", "intesa nel senso di attribuire al soggetto danneggiato una somma che tenga conto del pregiudizio complessivamente subito" all'esito dell'attività istruttoria svolta, "in assenza di qualsiasi automatismo" (cfr. ancora [Cass. 901/2018](#)) e "con il concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici" (cfr. ancora la motivazione di [Cass. 2788/2019](#)). Come

osservato da [Cass. 7513/2018](#), non costituisce duplicazione la congiunta attribuzione del "danno biologico" e di una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi rappresentati dalla sofferenza interiore, quali il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione.

Più chiaro ancora il condivisibile insegnamento di [Cass. 23469/2018](#), la cui massima recita: "In materia di responsabilità civile, la natura unitaria e onnicomprensiva del danno non patrimoniale deve essere interpretata nel senso che esso può riferirsi a qualsiasi lesione di un interesse o valore costituzionalmente protetto non suscettibile di valutazione economica, con conseguente obbligo, per il giudice di merito, di tenere conto, ai fini risarcitori, di tutte le conseguenze in pejus 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 ad una compiuta istruttoria finalizzata all'accertamento concreto e non astratto del danno, dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, ivi compreso 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" (sull'autonoma risarcibilità del "danno morale" si vedano anche [Cass. 901/2018](#) e [Cass. 24075/2017](#)), tra le altre in termini.

Con riguardo, poi, al tema della "personalizzazione" del danno non patrimoniale va richiamato (tra le numerose altre pronunce tutte in termini) l'insegnamento di [Cass. 2788/2019](#), secondo cui: "La misura standard del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dagli organi giudiziari di merito (oggi secondo il sistema del c.d. punto variabile), può...essere aumentata in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale, eccezionali e affatto peculiari"; mentre "le conseguenze dannose da ritenersi normali ed indefettibili secondo l'id quod plerumque accidit (ossia quelle che qualunque persona con la medesima invalidità ovvero lesione non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento".

Ciò premesso, va altresì precisato come nel caso di specie, stante l'entità dei postumi permanenti accertata in esito all'esperita CTU, la quantificazione del danno non patrimoniale dovrà necessariamente essere operata applicando la tabella di cui all'art. 139 C.d.A. (e in particolare di quella aggiornata con D.M. MISE 16.10.2023 pubblicato in G.U. 21.10.2023), in ragione di quanto espressamente previsto

Nel caso di specie, considerate le risultanze dell'esperita CTU e tenuto conto dell'età del sig. C. all'epoca dei fatti (69 anni) il danno non patrimoniale va quantificato in relazione ad una accertata IP del 9% e determinato, ad oggi, in Euro 13.714,68.

Non rileva ad avviso della scrivente, ai fini di escludere o ridimensionare il risarcimento, la possibilità dell'attore di sottoporsi ad interventi chirurgici di emenda, considerato che, a prescindere dalle differenti percentuali di riuscita (anche in rapporto alla maggiore "invasività" e rischiosità della procedura), esula dall'ordinanza diligenza di cui all'[art. 1227](#) comma 2 c.c. il ricorso a rimedi invasivi, incidenti sulla persona del danneggiato, tra l'altro già sottoposto a tre interventi chirurgici nell'arco di due soli giorni in occasione della vicenda per cui è causa.

Parte attrice ha richiesto di riconoscere sia personalizzazione che risarcimento del danno morale allegando, in sostanza, le medesime conseguenze pregiudizievoli, ovvero l'assenza di completa ed autonoma funzionalità dell'organo genitale sia dal punto di vista fisiologico che sessuale, in ragione dell'incontinenza e dell'impossibilità di avere un'erezione completa.

In merito, la scrivente osserva, in primo luogo: che disturbi dell'erezione non sono stati prospettati nella relazione di CTU medico-legale di parte; non sono stati accertati dai CCTUU e, soprattutto, sono stati esclusi dallo stesso periziando in sede di operazioni peritali (a pag. 23 della relazione peritale,

invero, si legge quanto segue: "Sintomatologia riferita. Ancora oggi lamenta di non avvertire lo stimolo urinario. Non perdite notturne, Getto urinario a più riprese soprattutto verso la fine della minzione. Non sintomatologia dolorosa. Non lamenta disturbi di erezione. Incontinenza da sforzo....").

Ciò posto, anche se l'incontinenza è, ovviamente, alla base della quantificazione della percentuale di IP, la scrivente ritiene che l'incremento previsto dall'[art. 139](#), comma 3 [D.Lgs. n. 209 del 2005](#) nella misura del 20% appaia giustificato dall'incidenza negativa della malpractice e dei suoi esiti (riconosciuta anche dai CCTUU a pag. 40 dell'elaborato) in termini di "disagio sociale" e di conseguente percezione negativa di sé, con aggravio del pregiudizio subito dal C. anche sotto il profilo della sofferenza interiore (con ciò, al fine di evitare ogni duplicazione risarcitoria nell'ambito dell'unitaria liquidazione del danno non patrimoniale, dovendosi ritenere presi in considerazione i pregiudizi allegati dall'attore, nella misura in cui sono risultati provati, a fondamento della domanda di personalizzazione e di risarcimento del danno morale).

Il danno non patrimoniale, pertanto, va quantificato in complessivi Euro 16.457,52 (Euro 13.714,60 + Euro 2.742,92). La quantificazione si fonda sull'ultimo D.M. attuativo dell'[art. 139 D.Lgs. n. 209 del 2005](#) e, pertanto, deve ritenersi già operata ai valori attuali; ai fini del riconoscimento dei richiesti "interessi" (ovvero del danno patrimoniale da lucro cessante per mancato impiego del capitale), pertanto, la somma di Euro 16.457,52 dovrà essere devalutata al 30.5.2017 e sulla somma così ottenuta, progressivamente (anno per anno) rivalutantesi, saranno calcolati gli interessi legali, a titolo di liquidazione in via equitativa del danno de quo. Sull'importo di Euro 17.442,22, così ottenuto, decorrono gli interessi legali ex [art. 1282](#) c.c. dalla data della presente sentenza a quella del saldo. Gli interessi compensativi, in quanto componente del danno risarcito, sono invero liquidabili d'ufficio (come ricordato, tra le altre, da [Cass. 4028/2017](#)).

Con riguardo alla prospettata lesione del diritto all'autodeterminazione per mancata acquisizione di un valido consenso informato all'intervento di TURP, sulla scorta del principio della ragione più liquida si osserva quanto segue.

Non è dubbio che in tema di attività medico-chirurgica gravi sul sanitario (e sulla struttura privata in cui lo stesso opera, come già sopra evidenziato) l'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente e che tale obbligo sia autonomo rispetto a quello avente ad oggetto il trattamento terapeutico (v., tra le altre: [Cass. 28985/2019](#) e [Cass. n. 16892/2019](#)); il diritto al consenso informato del paziente, invero, "in quanto diritto irretrattabile della persona, va comunque e sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza... tali da porre in gravissimo pericolo la vita della persona" ([Cass. 10423/2019](#)). E va altresì considerato che l'informativa da rendersi al paziente deve riguardare "tutti i rischi prevedibili, compresi quelli statisticamente meno probabili, con la sola esclusione di quelli assolutamente eccezionali o altamente improbabili" ([Cass. 16633/2023](#)).

Ciò posto, la pretesa risarcitoria attorea non può comunque essere accolta, in ragione:

a) da un lato, del condivisibile insegnamento di [Cass. 16633/2023](#) (alla cui motivazione, per brevità, si rinvia), secondo cui, se ricorrono il consenso presunto del paziente ("ossia può presumersi che, se correttamente informato, il paziente avrebbe comunque prestato il consenso"), il danno iatrogeno ("l'intervento ha determinato un peggioramento delle condizioni di salute preesistenti"; n.d.r.: nel caso di specie il deficit sfinterico di cui sopra) e la condotta inadempiente o colposa del medico (n.d.r.: ravvisabile nel caso di specie in ragione di quanto esposto al paragrafo 4 della presente motivazione), "è risarcibile solo il danno alla salute del paziente, nella sua duplice componente relazionale e morale, conseguente alla non corretta esecuzione, inadempiente o colposa, della prestazione sanitaria";

b) dall'altro, delle seguenti risultanze processuali (che inducono a ritenere presunto il consenso del sig. C. all'intervento di TURP):

- l'eseguita biopsia aveva evidenziato la possibile esistenza di una patologia cancerosa;

- l'intervento di TURP, come allegato dal dott. L., non contestato dalle altre parti e non posto in discussione dall'esperita CTU (che ha appurato la correttezza dell'indicazione), avrebbe consentito, tra l'altro, di completare in modo esaustivo l'iter diagnostico, permettendo di escludere o confermare l'esistenza della grave patologia sospettata;

- l'attore ha comunque sottoscritto un'informativa per la resezione transuretrale della prostata (TURP), inclusa tra le produzioni sub 2 attoree (che, pur non datata, il C. non ha mai negato essere stata sottoscritta, anche dal medico, in vista dell'intervento per cui è causa) in cui, tra l'altro: sono indicate le metodiche alternative e si afferma che le linee guida internazionali considerano ancora la TURP (n.d.r.: il termine TURB deve ritenersi frutto di errore di battitura) come procedura gold standard (n.d.r.: il che non è stato posto in discussione né dai CCTUU né dai CCTPP); è elencato quale effetto collaterale l'eiaculazione retrograda in 3 casi e 4; sono elencate le seguenti complicanze specifiche: emorragia con necessità di emotrasfusione nel 7,2-12,5% dei casi, infezioni delle vie urinarie nel 15,5% dei casi, sindrome di TURP con confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi ed instabilità circolatoria nel 2-6,7% dei casi; possibile insorgenza a distanza di tempo dall'intervento di stenosi dell'uretra e di sclerosi del collo vescicale la cui risoluzione può richiedere un secondo intervento endoscopico nello 0,5-7,9% dei casi; incontinenza urinaria nello 0,5-1% circa dei casi; sono indicate quali possibili complicanze generiche, con incidenza pari al 1% dei casi: trombosi venosa profonda, embolia polmonare, infarto del miocardio e ictus cerebrale (e proprio l'importanza dei possibili effetti collaterali e delle "complicanze" di cui esposte nel modulo sottoscritto testé richiamato, che non hanno indotto il C. a soprassedere all'intervento de quo -il che appare comprensibile, stante il rischio di patologia tumorale evidenziato dall'eseguita biopsia- inducono a presumere che il consenso non sarebbe negato anche ove gli fosse stata prospettata la rarissima eventualità di uno scoppio di vescica, comunque emendabile nell'immediato; mentre la mancata informativa in ordine alla possibile deiscenza della sutura della vescica lesionata da scoppio, appare giustificata dall'urgenza dell'intervento riparativo; in ogni caso, quand'anche tale informazione fosse stata fornita, il C. avrebbe certamente acconsentito alla riparazione della vescica a mezzo sutura, non essendovi alternative);

c) ed ancora, a conferma della valenza probatoria delle risultanze elencate sub b), del contenuto delle risposte fornite dal sig. C. in sede di interrogatorio formale: "confermo che abbiamo deciso di fare l'intervento tenuto conto del quadro clinico"; "confermo che abbiamo deciso di farlo possibilmente anche nel più breve tempo possibile, essendo inutile aspettare" (da tali dichiarazioni si evince, invero, la volontà del paziente di fare quanto necessario per escludere in modo inequivoco il giustificato -PIN di altro grado- timore di una patologia tumorale, con possibili ricadute ben più negative dei rischi dell'intervento di TURP).

6b. A titolo di danno patrimoniale l'attore richiede, come risulta da quanto sopra esposto: 1) la rifusione delle spese mediche; 2) la rifusione delle spese di CTP ante causam; 3) il riconoscimento di un danno futuro per l'acquisto di medicine, altri presidi e "pannoloni".

Esaminando distintamente le singole richieste, si osserva quanto segue.

6b1. A titolo di rimborso delle spese mediche asseritamente sostenute in relazione alla denunciata malpractice sanitaria, l'attore ha richiesto in citazione l'importo di Euro 17.299,75; somma cui ha aggiunto, sulla scorta delle proprie successive produzioni doc. 18 bis, 18 e 19: Euro 169,40 per l'acquisto di prodotti di protezione assorbente da incontinenza per adulti nel periodo 14 aprile-26 maggio 2021; Euro 250,00 quale costo dell'ambulanza utilizzata per il trasporto dalla C. all'Ospedale di OMISSIS Euro 252,00 quale costo dell'esame urodinamico del 12.5.2021.

Il Collegio peritale ha chiarito che devono ritenersi congrue e pertinenti rispetto all'accertata malpractice solo spese per Euro 4.223,39 (escluse quelle per la CTP redatta ante causam). Ciò in quanto l'importo di Euro 12.277,54 si riferisce: a spese inerenti l'intervento di TURP (che sarebbe stato comunque necessario); a spese correlate all'intervento di emenda della sutura da scoppio ed alla sua

deiscenza, per cui la malpractice è stata esclusa; a spese relative a fatture per prestazioni mediche non corredate da referti.

Tali condivisibili considerazioni, in linea con le risultanze processuali (anche documentali) non sono state oggetto di specifiche contestazioni e devono pertanto essere poste alla base della pronuncia sulla domanda de qua. Non possono essere aggiunti gli importi di cui al doc. 18 bis (per le ragioni che saranno spiegate al punto 6b2) né quelli di cui al doc. 18 (perché il trasporto a OMISSIS non è in rapporto con la lesione sfinterica); mentre è riconoscibile l'importo di Euro 252,00 relativo all'esame urodinamico che i CCTUU hanno preso in considerazione nella loro relazione e che conferma la lesione sfinterica.

Le spese mediche rimborsabili ammontano quindi ad Euro 4.475,39.

A tale importo va aggiunto quello delle spese relative alla CTP allegata sub (...) all'atto di citazione, quale strumento (come osservato anche dai CCTUU) finalizzato, nell'ottica del pieno esercizio del diritto di difesa ((ovviamente, con valutazione ex ante) alla determinazione e quantificazione del danno sulla base del parere di medici-specialisti. Tali spese sono state provate in causa nella misura di complessivi Euro 3.129,00 (Euro 352,00 fattura (...) dott. C. + Euro 1.525,00 fattura (...) dott. D.S. + Euro 1.252,00 fattura (...) dott. D.S.; tutti documenti inclusi tra le produzioni doc. 15 attoree).

Il complessivo importo di Euro 7.604,39 (Euro 4.475,39 + Euro 3.129,00) costituisce debito di valore e deve essere conseguentemente rivalutata ad oggi secondo indici Istat; sulla somma capitale annualmente rivalutantesi sono altresì dovuti gli interessi legali a titolo di liquidazione equitativa del danno da lucro cessante per mancato godimento del capitale. Sull'importo così ottenuto di Euro 9.319,04, infine, sono dovuti gli interessi legali ex [art. 1282](#) c.c. dalla data della presente sentenza a quella del saldo.

6b2. In citazione, l'attore aveva quantificato il danno patrimoniale futuro in Euro 33.000,00 riconducendolo al prevedibile acquisto di pannolini, materiale medico (non meglio specificato) e farmaci (non indicati), per un costo mensile di Euro 250,00 al mese per 11 anni (periodo correlato alla durata media della vita maschile). In comparsa conclusionale, pur non modificando l'importo, ha per la prima volta affermato che l'incontinenza urinaria rendeva necessario un cambio di assorbente almeno 6/7 volte al giorno e non 2/3 volte come indicato dai CCTUU. Tale ultima precisazione appare irrilevante, considerato che, come evidenziato anche dai CCTUU, in caso di incontinenza urinaria i presidi assorbenti sono forniti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale su prescrizione del medico di medicina generale e che, pertanto, la fondatezza della pretesa risarcitoria de qua va esclusa a prescindere dal numero di assorbenti quotidianamente utilizzato. Quanto, invece, ai farmaci e alle altre spese la domanda deve ritenersi del tutto generica e come tale inammissibile; anche il costo dei farmaci, d'altra parte, è generalmente sostenuto dal Servizio Sanitario Nazionale e l'attore non ha specificato per quali farmaci o dispositivi medici di necessario utilizzo in relazione ai postumi accertati il costo non sarebbe coperto dall'assistenza sanitaria pubblica.

7. Possono ora essere prese in esame le domande svolte dalla C. convenuta nei confronti del terzo chiamato dott. R.L..

7a. Come risulta da quanto sopra esposto, C.S.C.D.S. s.r.l. ha evocato in giudizio il dott. L., in primis, quale unico responsabile nei confronti dell'attore dei danni dallo stesso in ipotesi subiti. Richiamato quanto già sopra esposto in ordine alla non operatività, nel caso di specie, del principio di estensione automatica delle domande attoree al terzo chiamato dalla convenuta ed in ordine al fondamento della ravvisata responsabilità contrattuale della C. (considerazioni in ragioni delle quali la domanda di condanna del dott. R.L., quale esclusivo responsabile, non può ovviamente essere accolta, così come la richiesta di dichiarare la C. esente da ogni responsabilità), devono essere qui prese in considerazione le altre domande formulate dalla convenuta nei confronti del terzo chiamato.

La C., "in via ulteriormente subordinata", ha chiesto che nel caso di sua ravvisata responsabilità, "anche

in via solidale con il dott. R.L.", il giudice accertasse le rispettive quote di concorso, con condanna del convenuto a rimborsarle ogni somma da essa pagata all'attore in forza della suddetta responsabilità ed in eccesso rispetto a quanto dovuto in ragione del suo apporto causale. In realtà, leggendo la comparsa di costituzione e risposta, si desume che secondo la prospettazione della convenuta, anche ai fini di tale riparto interno di responsabilità, la sua percentuale di concorso dovrebbe essere reputata pari a zero.

In via parimenti subordinata, e sempre per l'ipotesi di accertamento di una sua responsabilità, la C. ha chiesto di essere manlevata dal dott. R.L. relativamente alle prestazioni mediche allo stesso riconducibili.

7b. In memoria ex art. 183 comma 6 n. 1 c.p.c., la C. ha affermato che le domande svolte nei confronti del dott. R.L. si fondano sul combinato disposto degli artt. 1299 e 2055 c.c., da "ritenersi applicabile al caso di specie a prescindere dalla ex adverso richiamata L. 24/2017, e nello specifico dall'art. 9 della legge medesima, trattandosi di normativa codicistica in ogni caso vigente ed applicabile rispetto al denegato caso di soccombenza in solido tra convenuta e terzo chiamato e diritti di regresso interno tra coobbligati" (cfr. pag. 2 dello scritto difensivo).

Tale precisazione interpretativa, ad avviso della scrivente, vale per la prima delle domande svolte in via ulteriormente subordinata, che può essere qualificata come domanda di regresso tra coobbligati; non per la seconda, alternativa ("in via parimenti subordinata"), che non può essere qualificata che come azione di rivalsa, stante l'espresso riferimento all'obbligo di manleva asseritamente gravante sul sanitario. Tale interpretazione è avvalorata anche dalle produzioni sub 5 e 6 della C., che documentano le comunicazioni dalla stessa inviate al dott. R.L. per informarlo dell'avvio del procedimento di mediazione da parte del sig. C. (missiva 12.12.2018) e della notificazione dell'atto introduttivo del presente giudizio (missiva 26.11.2019), entrambe contenenti la seguente indicazione conclusiva: "La presente comunicazione è da intendersi valida ed efficace ad ogni effetto di legge ed in particolare quale formale avvertimento ai sensi dell'art. 13 L. n. 24 del 2017". La norma richiamata, invero, prevede espressamente, tra l'altro, che le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'art. 7, comma 1 L. n. 24 del 2017 comunichino all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato e che in caso di omissione, tardività, incompletezza di tale comunicazione, sia preclusa (per decadenza) l'ammissibilità, tra l'altro, dell'azione di rivalsa di cui all'articolo 9.

7c. Ai sensi dell'art. 9 L. n. 24 del 2017 (applicabile *ratione temporis*) l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave e, se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio, l'azione di rivalsa può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed entro un anno dall'avvenuto pagamento a pena di decadenza.

Nel caso di specie, la presenza in giudizio del dott. L. rende in astratto ammissibile l'azione di rivalsa, ma non sussistono i presupposti per la sua accoglibilità considerato: che la C. non ha specificato i profili di dolo o colpa grave in ipotesi ravvisabili a carico del dott. L. (anzi ha sostenuto l'infondatezza delle prospettazioni attoree); che le risultanze dell'esperita CTU, in ogni caso, non segnalano un evidente discostamento da buone prassi o linee guida, ma un mero errore nell'applicazione della tecnica esecutiva, ascrivibile a colpa generica (si consideri, a tale fine, che i CCTUU hanno evidenziato le difficoltà di visualizzazione del collicolo seminale, da preservare per non danneggiare lo sfintere uretrale, durante la fase di resezione della porzione anteriore della ghiandola nel corso dell'intervento di TURP).

7c. La domanda di regresso tra coobbligati non è del pari accoglibile, in primo e dirimente luogo per assenza di condanna solidale della C. e del dott. L. e, quindi, per insussistenza dei presupposti di cui agli invocati artt. 1299 e 2055 c.c. (si consideri che la stessa C., nella sua memoria ex art. 183 comma 6 n. 1 c.p.c., come già osservato ha sostenuto la permanente applicabilità degli articoli de quibus, nel

"denegato caso di soccombenza in solido tra convenuta e terzo chiamato").

Deve in ogni caso ritenersi che le disposizioni della [L. n. 24 del 2017](#) siano norme speciali rispetto a quanto previsto dagli [artt. 1299 e 2055 c.c.](#) e che, pertanto, per le ipotesi di malpractice medica successive alla sua entrata in vigore, la struttura sanitaria - pubblica o privata - che si è avvalsa della prestazione del medico (anche se non suo dipendente e anche se scelto dal paziente), possa agire nei suoi confronti solo in sede di rivalsa e con il limite del dolo e della colpa grave (oltre che, se del caso, con i limiti quantitativi di cui al comma 6 dell'[art. 9 L. n. 24 del 2017](#), che qui non rilevano). La ratio della normativa, invero, è chiara nella finalità, da un lato di garantire il paziente, consentendogli di rivolgersi direttamente anche soltanto alla struttura sanitaria che risponde contrattualmente e, dall'altro, di limitare la responsabilità del medico prevedendo, nella maggior parte dei casi, sia il fondamento extracontrattuale della sua responsabilità nei confronti del paziente (il che "scoraggia" certamente l'azione diretta nei confronti del medico) sia la limitazione della possibilità della struttura di rivalersi nei suoi confronti. Tale ratio sarebbe vanificata ove, nel caso di presenza in giudizio sia della struttura che del medico responsabile ex [art. 2043 c.c.](#), la prima potesse rivalersi sul secondo anche in ipotesi di sua mera colpa generica. Si creerebbe, infatti, una disparità di trattamento ingiustificata tra il medico non evocato in giudizio dal paziente e neppure dalla struttura (per scelta insindacabile di tali soggetti) e il sanitario evocato in giudizio insieme alla struttura o chiamato in causa da quest'ultima con estensione della domanda nei suoi confronti da parte dell'attore: il primo, infatti, nel rapporto interno con la struttura risponderebbe solo per dolo o colpa grave e il secondo, invece, risponderebbe anche per colpa generica.

La Corte di Cassazione, d'altra parte, con la nota sentenza n. 28987/2019, nell'affermare che in caso di malpractice la responsabilità si deve tendenzialmente (salve specifiche ipotesi evidenziate in motivazione) dividere al 50% nel rapporto interno tra struttura e medico, ha espressamente chiarito che l'insegnamento si riferisce solo ai casi di responsabilità anteriori all'entrata in vigore della [L. n. 24 del 2017](#).

Per le ragioni illustrate le domande formulate dalla clinica nei confronti del dott. R.L. devono essere disattese.

8. In ragione di quanto sin d'ora osservato sono assorbite (a prescindere, per il principio della ragione più liquida, da ogni considerazione sulla loro ammissibilità e sulla legittimazione di A. a proporle) le domande "trasversali" della compagnia assicurativa terza chiamata nei confronti della convenuta. Sono altresì assorbite le domande svolte dal dott. R.L. nei confronti di A..

9. A quanto sin qui esposto conseguono le statuizioni di cui in dispositivo.

10. In tema di regolazione delle spese di causa si osserva, conclusivamente, quanto segue.

10a. La convenuta deve essere dichiarata tenuta e condannata alla rifusione delle spese processuali sostenute dall'attore, in ragione della sua soccombenza prevalente. Non si ravvisano ragioni di compensazione, in quanto la C. non ha mai offerto alcunché a titolo risarcitorio (continuando ad affermare, anche dopo l'esperimento della CTU medico-legale, l'infondatezza di ogni domanda attorea svolta nei suoi confronti) ed in quanto il ridimensionamento delle pretese attoree si ripercuoterà comunque sulle spese processuali a carico della convenuta, che saranno determinate -con riguardo al valore della controversia- sulla base dell'accolto e non del domandato.

Ciò premesso, la liquidazione delle spese de quibus deve essere operata, in ragione di quanto previsto dal [D.M. n. 55 del 2014](#) e successive modificazioni, tenuto conto del valore della controversia (pari all'importo per cui la domanda è stata accolta), delle questioni trattate, dell'attività processuale effettivamente svolta, in assenza di nota spese, in complessivi Euro 9.132,00 (di cui: Euro 536,00 per la fase di attivazione della mediazione; Euro 600,00 per la breve fase di negoziazione; Euro 786,00 per anticipazioni documentale in atti relative al presente procedimento; Euro 1.701,00 per la fase di studio del presente giudizio; Euro 1.204,00 per la fase introduttiva del presente giudizio; Euro 1.400,00 per la

non complessa fase istruttoria del presente giudizio, considerata la breve istruttoria orale; Euro 2.905,00 per la fase decisoria del presente giudizio), oltre rimborso spese generali 15% ex [art. 2 D.M. n. 55 del 2014](#) nonché CPA ed IVA sugli importi imponibili come per legge.

10b. La convenuta è altresì tenuta, in ragione del principio di soccombenza, a rispondere delle spese processuali sostenute dal terzo chiamato dott. R.L., e con riguardo al valore originario della controversia sulla scorta del quale è stata operata la sua chiamata in giudizio.

Ciò premesso, tale liquidazione deve essere operata, in ragione di quanto previsto dal [D.M. n. 55 del 2014](#) e successive modificazioni, tenuto conto del valore della controversia, delle questioni trattate, dell'attività processuale effettivamente svolta, in assenza di nota spese, in complessivi Euro 13.259,00 (di cui: Euro 759,00 per anticipazioni documentate in atti relative al presente procedimento; Euro 2.500,00 per la fase di studio del presente giudizio; Euro 1.600,00 per la fase introduttiva del presente giudizio; Euro 4.200,00 per la non complessa fase istruttoria del presente giudizio; Euro 4.200,00 per la fase decisoria del presente giudizio), oltre rimborso spese generali 15% ex [art. 2 D.M. n. 55 del 2014](#) nonché CPA ed IVA sugli importi imponibili come per legge.

10c. Quanto alle spese relative alla citazione in giudizio di A. da parte del terzo chiamato dott. R. leggero, si osserva quanto segue.

Secondo l'insegnamento della Corte di Cassazione (cfr. tra le altre [Cass. ord. 4195/2018](#) e [Cass. ord. 10070/2017](#)), le spese del chiamato possono essere poste a carico del chiamante totalmente vittorioso solo quando la domanda di garanzia dallo stesso svolta sia palesemente infondata. In diversa ipotesi, le spese del terzo (o terzi chiamati) devono essere poste a carico della parte che, introducendo una domanda risultata infondata, ha dato causa alla chiamata. Anche da ultimo, [Cass. 23948/2019](#), ha ribadito che "attesa la lata accezione con cui il termine soccombenza è assunto nell'[art. 91 c.p.c.](#), il rimborso delle spese processuali sostenute dal terzo chiamato in garanzia dal convenuto deve essere posto a carico dell'attore, ove la chiamata in causa sia resa necessaria in relazione alle tesi sostenute dall'attore stesso e queste siano risultate infondate, a nulla rilevando che l'attore non abbia proposto nei confronti del terzo alcuna domanda, mentre il rimborso rimane a carico della parte che abbia chiamato o abbia fatto chiamare in causa il terzo qualora l'iniziativa del chiamante si riveli palesemente arbitraria" (si veda anche [Cass. 23123/2019](#), che riconduce i descritti effetti all'applicazione del principio di causalità che governa la regolamentazione delle spese di lite).

Trattasi di principi che, per la loro portata ed i loro presupposti esplicitati nelle richiamate pronunce, devono ritenersi applicabili ad ogni ipotesi di chiamata e, quindi, anche alla chiamata operata da un soggetto evocato a sua volta in giudizio dal convenuto (come nel caso di specie); ipotesi in cui, in base al principio di causalità, occorrerà risalire al soggetto la cui iniziativa giudiziaria ha dato ingiustificatamente luogo, per la sua infondatezza, alla chiamata de qua. Nel caso di specie parte attrice, peraltro vittoriosa nei confronti del convenuto (evocato quindi correttamente in giudizio), non ha agito nei confronti del dott. R.L. e, quindi, non ha dato causa alla citazione in giudizio di A.. Il dott. R.L., infatti, ha evocato in giudizio la suddetta compagnia assicurativa in esito alla sua chiamata da parte della C.S.C.D.S. s.r.l., che è risultata totalmente soccombente con riguardo alle domande svolte nei confronti del medico.

Ciò posto, al fine della pronuncia sul soggetto che dovrà eventualmente sostenere le spese processuali di A., occorrerà valutare se la chiamata di tale compagnia assicurativa da parte del dott. R.L. possa reputarsi palesemente arbitraria. In tale ipotesi, invero, il dott. L. dovrebbe personalmente rispondere di tali spese; diversamente le stesse graverebbero sulla sua chiamante C.S.C.D.S. s.r.l..

Al fine di dirimere la questione, le domande svolte dal dott. R.L. confronti della A., che risultano assorbite, dovranno essere sommariamente deliberate al fine di accertare l'eventuale "palese" o "manifestata" infondatezza o arbitrarietà della chiamata, il che implica un accertamento da effettuarsi in via deliberazione sommaria e finalizzato esclusivamente alla regolazione delle spese de quibus.

Ai fini di tale deliberazione sommaria appare rilevante sottolineare che (come risulta da quanto sopra esposto) C.S.C.D.S. s.r.l. ha, in esito all'interpretazione delle domande dalla stessa svolte, agito in giudizio nei confronti del dott. R.L. anche in "rivalsa" e che la rivalsa, in base alla [L. 24/2017](#) applicabile *ratione temporis*, presuppone l'esistenza del dolo o della colpa grave del sanitario. Deve altresì ribadirsi che il tenore letterale dell'[art. 9 L. n. 24 del 2017](#) non preclude, ad avviso della scrivente, la deliberazione in ordine alla domanda di rivalsa della struttura nei confronti del medico ove entrambi, come nel caso di specie, siano parti del giudizio (salva l'acquisizione di efficacia esecutiva della condanna in rivalsa solo all'esito del passaggio in giudicato della sentenza contenente l'accertamento del dolo o della colpa grave).

Ciò premesso, va evidenziato come la polizza invocata dal dott. R.L. (la cui operatività temporale non è in discussione), sia appunto una polizza che copre la responsabilità civile ed amministrativa dei medici dipendenti o convenzionati di strutture sanitarie pubbliche o private per colpa grave, in caso di danni causati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale (art. 3 nota informativa).

Secondo il glossario di Polizza (n.d.r.: il glossario e le c.g.a. sono state prodotte da entrambe le parti ed alle stesse si farà riferimento, ove non diversamente specificato, nel prosieguo della trattazione), per attività professionale deve intendersi "l'attività sanitaria connessa alla qualifica dichiarata nel Modulo di Adesione e svolta dall'Assicurato presso la o per conto dell'Azienda S."; mentre l' "Azienda S." è "l'Azienda S.L. o la Struttura Sanitaria Pubblica o Privata presso la o per conto della quale l'Assicurato presta o ha prestato servizio".

Nel caso di specie, l'attività dichiarata dal dott. L. nel modulo di adesione (dallo stesso prodotto come doc. 3) è "Dirigente medico che svolge attività chirurgica", "cod. att." 02. Come risulta dall'art. 19 delle c.g.a., che si riferisce peraltro solo alla determinazione del premio, il codice 02 identifica il dirigente medico che svolge attività chirurgica e che è dipendente pubblico. Ad avviso della scrivente, sempre in via di deliberazione sommaria, tale "codificazione" non implica l'inoperatività della garanzia nel presente giudizio, atteso che il dott. L., nel porre in essere l'attività chirurgica de qua presso la C.S.C.D.S. s.r.l., ha comunque operato come dipendente pubblico, in quanto ha agito in regime intramoenia, previa autorizzazione espressa dell'A. (TO5) di appartenenza.

Poiché così facendo il dott. L. ha altresì prestato servizio presso un'azienda sanitaria privata, ovvero la C.S.C.D.S. s.r.l., si giustifica la rivalsa di quest'ultima, che è coperta dalla garanzia di polizza ai sensi dell'art. 3 lett. b) delle C.g.a.. L'art. 6 comma 2 della C.g.a., d'altra parte, prevede che sia compresa tra i rischi assicurati l'attività professionale intramoenia "anche se allargata", come nel caso di specie (e si consideri, altresì, che l'art. 19 delle C.g.a. non prevede una specifica "categoria di rischio" per tale tipo di attività che, pertanto, appare per esclusione riconducibile a quelle delineate per la figura del dipendente pubblico).

Sempre ad un sommario esame finalizzato ad escludere la natura *prima facie* arbitraria della citazione in giudizio di A. da parte del dott. R.L., si evidenzia che -a termini di glossario- per sinistro di si intende la richiesta di risarcimento di cui l'assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del periodo di assicurazione e che tra le richieste di risarcimento rilevanti è inclusa la comunicazione con cui l'Azienda S. (che, come già visto, può essere anche la Struttura sanitaria privata presso cui l'assicurato ha prestato la sua attività) manifesta all'assicurato la sua intenzione di rivalersi nei suoi confronti per danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave. E' evidente, invero, che tale richiesta è certamente sottesa alla chiamata del medico, come terzo in giudizio; mentre l'art. 14, comma 2 delle c.g.a., se letto anche in relazione nozione di richiesta di risarcimento (punto b) di cui al glossario, induce a ritenere che l'esclusione riguardi le ipotesi in cui il medico è citato in giudizio direttamente dal danneggiato.

In ultimo, l'astratta operatività della garanzia non pare esclusa dall'art. 20 comma 2 della c.g.a. (secondo cui "L'assicurazione di cui alla presente polizza non si intende operante in relazione ai

rischier i quali l'obbligo assicurativo ricade sull'Azienda S. di appartenenza, con la stipula di un'assicurazione specificamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi"), considerato che nel caso di specie si discute di un'azione di rivalsa per colpa grave e che, in relazione a tale forma di responsabilità, l'[art. 10, comma 3 L. n. 24 del 2017](#) prevede espressamente l'obbligo dell'esercente la professione sanitaria "operante a qualsiasi titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private" di provvedere "alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione"; il che è quanto avvenuto nel caso di specie con l'adesione del dott. L. alla polizza sanitaria collettiva A. azionata in giudizio.

Per le ragioni sin qui esposte, la citazione in giudizio di A. da parte del dott. L. non può ritenersi palesemente arbitraria o infondata e, conseguentemente, delle spese processuali della compagnia assicurativa deve rispondere, sulla base dei presupposti sopra illustrati, C.S.C.D.S. s.r.l.

Ciò premesso, tale liquidazione deve essere operata, in ragione di quanto previsto dal [D.M. n. 55 del 2014](#) e successive modificazioni, tenuto conto del valore della controversia (pari all'importo per cui la domanda è stata accolta), delle questioni trattate, dell'attività processuale effettivamente svolta, in assenza di nota spese, in complessivi Euro 12.500,00 (di cui: Euro 2.500,00 per la fase di studio del presente giudizio; Euro 1.600,00 per la fase introduttiva del presente giudizio; Euro 4.200,00 per la fase istruttoria del presente giudizio; Euro 4.200,00 per la fase decisoria del presente giudizio), oltre rimborso spese generali 15% ex [art. 2 D.M. n. 55 del 2014](#) nonché CPA ed IVA sugli importi imponibili come per legge.

10d. Non pare alla scrivente che le domande trasversali svolte da A. nei confronti della C. debbano essere autonomamente deliberate in via incidentale ai fini della regolazione delle spese di causa, essendo comunque correlate alla costituzione in giudizio di A. su citazione del dott. L., a sua volta chiamato dalla C. e, quindi, all'attività difensiva già considerata al punto 10c. Tali domande, che tra l'altro non hanno inciso in misura apprezzabile sulle rispettive posizioni e difese, non paiono in conclusione atte a modificare la regolazione delle spese di causa tra i soggetti qui in esame, come sopra operata.

10e. Le spese della CTU esperita in corso di causa, in ragione di tutto quanto sin qui osservato, devono essere poste in via definitiva ad esclusivo carico della C.S.C.D.S. s.r.l.

Né l'attore né le altre parti hanno documentato le spese eventualmente anticipate a tale titolo o le spese sostenute per l'operato dei propri CCTPP in corso di CTU.

11. La presente sentenza è provvisoriamente esecutiva ex lege tra le parti.

P.Q.M.

Il giudice, definitivamente pronunciando,

respinta ogni diversa istanza, eccezione, deduzione e domanda,

1) dichiara tenuta e condanna C.S.C.D.S. S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, all'immediato pagamento in favore del sig. C.P.: 1a- della somma di Euro 17.442,22, oltre interessi legali sulla stessa dalla data della presente sentenza a quella del saldo, a titolo di risarcimento dei danni non patrimoniali di cui in motivazione; 1b- della somma di Euro 9.319,04, oltre interessi legali sulla stessa dalla data della presente sentenza a quella del saldo, a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali di cui in motivazione;

2) rigetta le domande svolte da C.S.C.D.S. S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, nei confronti del dott. L.R.;

3) dichiara assorbite le domande svolte dal dott. L.R. nei confronti di A.A. SPA e le domande trasversali

svolte da A.A. SPA nei confronti di C.S.C.D.S. S.r.l.;

4) dichiara tenuta e condanna C.S.C.D.S. S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, all'immediato pagamento in favore del sig. C.P. della somma di Euro 9.132,00, oltre rimborso forfettario spese generali 15%, nonché CPA ed IVA sugli importi imponibili come per legge, a titolo di rifusione delle spese processuali;

5) dichiara tenuta e condanna C.S.C.D.S. S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, all'immediato pagamento in favore del dott. L.R. della somma di Euro 13.259,00, oltre rimborso forfettario spese generali 15%, nonché CPA ed IVA sugli importi imponibili come per legge, a titolo di rifusione delle spese processuali;

6) dichiara tenuta e condanna C.S.C.D.S. S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, all'immediato pagamento in favore di A.A. S.p.A., della somma di Euro 12.500,00, oltre rimborso forfettario spese generali 15%, nonché CPA ed IVA sugli importi imponibili come per legge, a titolo di rifusione delle spese processuali;

7) pone le spese della disposta CTU medico-legale in via definitiva ad esclusivo carico di C.S.C.D.S. S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore;

8) dichiara la presente sentenza provvisoriamente esecutiva tra le parti;

Conclusione

Così deciso in Torino, il 31 ottobre 2023.

Depositata in Cancelleria il 31 ottobre 2023.