

28

Sentenza n. /2019 pubbl. il 09/09/2019

RG n. /2015

Repert. n. /2019 del 09/09/2019



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI VENEZIA
SEZIONE SECONDA CIVILE

N. 2015 R.G.

Il Tribunale, nella persona del giudice unico Dott. Alessandro Cabianca
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al N. 2015 R.G. promossa da:

on l'avv. PETRIS PIER JACOPO e BALLO GIANLUCA,

attore,

contro

, con l'avv.

, con l'avv.

convenuti,

ASSICURATRICE MILANESE S.P.A., con l'avv.

terzo chiamato,

In punto: responsabilità professionale.

CONCLUSIONI

Conclusioni dell'attore: come da foglio depositato telematicamente in data 17.04.2019.



Conclusioni del convenuto _____: come da comparsa di costituzione e risposta del 19.06.2015 e come atto di citazione di chiamata in causa del terzo dell'8.10.2015.

Conclusioni del convenuto _____: come da foglio depositato telematicamente in data 16.04.2019.

Conclusioni del terzo chiamato: come da comparsa di costituzione e risposta e in via istruttoria come da II memoria ex art. 183, comma 6, c.p.c.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

_____, ha convenuto in giudizio la _____ e il dott. _____ per sentirli condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali conseguiti all'inesatta esecuzione dei trattamenti odontoiatrici eseguiti nel 2013, nonché alla restituzione delle somme versate a titolo di corrispettivo.

In particolare, l'attore ha allegato che:

- nel corso del mese di novembre dell'anno 2011, attesa la mancanza dell'elemento dentario 4.6 (primo molare inferiore destro) e 2.2 (incisivo laterale superiore sinistro), egli si è recato presso l'ambulatorio medico/unità locale di via _____ di Chioggia (VE), gestito dalla società _____ per sottoporsi a visita, ottenere un preventivo e per l'esecuzione delle eventuali cure odontoiatriche del caso;
- poiché il canino superiore di sinistra aveva occupato parzialmente lo spazio dell'incisivo laterale mancante, veniva a lui proposto, con preventivo del 16.11.2011, un trattamento di "ortodonzia pre-protetica" con inserimento di un impianto in sostituzione degli elementi mancanti 2.2 e 4.6 (cfr. doc. n. 1, fasc. attore);
- è stato poi redatto un secondo preventivo in data 29.10.2012 (cfr. doc. n. 2, fasc. attore), che ha previsto la realizzazione di un impianto per la sostituzione dell'elemento 4.6, l'estrazione dell'elemento 3.6 e relativo impianto, cure conservative al colletto degli elementi 1.5 (secondo



premolare superiore destro), 2.6 (primo molare superiore sinistro), 4.4 (primo premolare inferiore destro) e 3.4 (primo premolare inferiore sinistro);

- dal preventivo *de quo* non risulta fossero state riscontrate alterazioni a carico di altri denti, in particolare a quelli superiori di sinistra, cui peraltro erano già state praticate cure al colletto;

- l'attore ha rifiutato il trattamento ortodontico, ritenendolo troppo impegnativo, mentre si procedeva all'esecuzione del primo impianto in zona 4.6 (veniva poi estratto anche l'elemento 36, sostituito con un altro impianto);

- in data 7.11.2012, è stato redatto da _____ un ulteriore preventivo (il terzo), con il quale è stato proposto all'attore di nuovo l'ortodonzia all'arcata superiore, l'estrazione di tutti i denti posteriori (premolari e molari) ed il posizionamento di quattro impianti (cfr. doc. n. 3, fasc. attore);

- poiché il sig. _____ ha rifiutato ancora una volta il trattamento ortodontico, è stato redatto da _____ un ulteriore preventivo in data 18.12.2012 (il quarto), che ha previsto le prestazioni di estrazione di tutti gli elementi dentari dell'emiarcata superiore sinistra ed il posizionamento di quattro impianti (cfr. doc. n. 4, fasc. attore);

- l'intero intervento e piano di cura, per un corrispettivo pagato dal paziente di €9.090,00 (cfr. doc. n. 5, fasc. attore), è stato eseguito dal dr. _____ in contemporanea su entrambi i lati dell'arcata, con grandi sofferenze per il sig. _____ ed impossibilità per quest'ultimo di alimentarsi per diverso tempo; l'intervento è stato inoltre effettuato con protesi a carico immediato, con posizionamento del provvisorio in via contestuale all'impianto, senza attendere l'osteointegrazione;

- volendo chiudere lo spazio anteriore, fortemente antiestetico, il sig. _____, convinto non vi fosse altra alternativa, si è sottoposto all'intervento di estrazione degli elementi dentali dell'emiarcata superiore sinistra, escluso l'incisivo centrale;

- subito dopo l'intervento il paziente si è accorto che, bevendo o sciacquando la cavità orale, gli fuoriusciva acqua dal naso: nonostante le rassicurazioni del dr. _____ in merito al fatto che detto sintomo sarebbe regredito spontaneamente, decorsi venti giorni a situazione completamente



invariata, il paziente è tornato presso lo studio della _____ ove il dentista ha constatato la presenza di una fistola “oro – antrale”, provocata dall'intervento precedentemente eseguito, che poneva in comunicazione la cavità orale con il seno mascellare;

- è stato quindi effettuato un nuovo intervento per la chiusura/suturazione chirurgica della via di comunicazione fra le due cavità, in occasione del quale al paziente sono state provocate ferite da taglio sul labbro inferiore ed un terzo intervento per l'asportazione chirurgica di una tumefazione in regione canina superiore sinistra (margine anteriore dell'area chirurgica);

- la cartella clinica n. _____ ed i referti integrativi del 16.7.2013 e del 17.7.2013, a firma del dr. _____, enumerano tali molteplici interventi odontoiatrici ed atti chirurgici (cfr. doc. n. 6, 7 e 8, fasc. attore).

- le terapie complessivamente approntate sulla persona del sig. _____ dal dr. _____ presso l'ambulatorio della _____, hanno evidenziato gravi errori, molteplici negligenze e ripetute manchevolezze, tutte analiticamente descritte nella perizia medico - legale redatta dal dr. _____ in data 3.10.2013.

La _____ ha resistito alla domanda chiedendone il rigetto ed eccependo l'eventuale esclusiva responsabilità del dott. _____ nell'esecuzione della prestazione medica, dal quale ha chiesto di essere manlevata in caso di accoglimento della domanda attorea.

Il convenuto dr. _____ ha negato la propria responsabilità in ordine ai danni lamentati, deducendo di aver correttamente eseguito la propria prestazione, posto che le complicazioni sono insorte a causa del carico immediato delle protesi, eseguito su richiesta del _____ che non poteva/voleva attendere i tempi di un carico differito ed inoltre il dott. _____ ha eseguito ben precise prestazioni odontoiatriche su pazienti che si rivolgevano alla _____ su indicazione e incarico della _____ stessa, per cui l'eventuale responsabilità sarebbe ascrivibile alla sola struttura sanitaria, ciò in quanto il sig. _____ ha concluso un contratto con _____ non rivolgendosi al dott. _____; ha chiamato, comunque, in causa la compagnia assicuratrice Milanese Assicurazioni s.p.a. al fine di essere garantito in caso di soccombenza.



Si è costituita Milanese Assicurazioni s.p.a., chiedendo il rigetto della domanda di parte attrice ovvero, subordinatamente, l'accertamento dell'esatta misura ed entità del danno risarcibile ed, ancora subordinatamente, la condanna di a manlevare il dr. da ogni conseguenza pregiudizievole; quanto al rapporto assicurativo esistente fra "Assicuratrice Milanese Spa" ed il dr.

, l'assicuratrice ha chiesto, in via principale, di dichiararsi l'inoperatività della polizza ed, subordinatamente, l'operatività di essa in c.d. "secondo rischio".

All'udienza del 25.05.2016 il processo è stato dichiarato interrotto per la morte dell'avv. ,
procuratore del convenuto dr.

A seguito di presentazione, da parte dell'attore, di ricorso per riassunzione ex art. 303 c.p.c. del 21.07.2016, è stata fissata nuova udienza per il 16.11.2016 ed il dr. si è costituito in giudizio con il nuovo difensore avv.

La causa è stata istruita tramite prova orale e l'acquisizione del fascicolo n. '16 R.G. del Tribunale di Venezia relativo alla consulenza tecnica preventiva medico – legale affidata al dr. e all'udienza del 18.04.2019 le parti hanno precisato le rispettive conclusioni ed il Giudice ha concesso loro i termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

1) *Accertamento della responsabilità.*

Per chiarezza, occorre provvedere all'inquadramento dogmatico della fattispecie qui in discussione e delineare i profili ricostruttivi della responsabilità azionata dall'attore.

Quanto al rapporto direttamente instauratosi tra paziente e la casa di cura privata, nel caso concreto, rapporto intercorso tra l'attore e la clinica odontoiatrica . – già prima della legge n. 24/2017, disciplina non applicabile *ratione temporis* al caso di specie ma che costituisce un importante punto di riferimento ermeneutico – si è individuato il fondamento giuridico di tale relazione negoziale in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo, insorgono a carico dell'ente obblighi di prestazioni non



solo diagnostiche e di cura, ma anche lato *sensu* organizzative - quali, ad esempio, l'offerta di personale qualificato in numero sufficiente e nei momenti necessari, la sorveglianza sul coordinamento dei diversi servizi, la garanzia di locali salubri ed idonei, la disponibilità di attrezzature adeguate sulla base del raggiunto livello tecnologico, l'utilizzazione di prodotti sicuri - nel cui contesto l'attività del medico costituisce, allora, solo l'aspetto di una più complessa strutturazione del servizio proposto al paziente.

Ne consegue, di riflesso, che la responsabilità dell'ente nei confronti del paziente medesimo non solo può derivare dall'accertato inadempimento ex art. 1218 c.c. delle predette obbligazioni, in quanto autonomamente poste a diretto carico dell'ente medesimo, ma pure si giustifica, ai sensi dell'art. 1228 c.c., in ragione del diverso inadempimento della prestazione medico-professionale svolta dal sanitario quale ausiliario della succitata struttura, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, a fronte del collegamento necessario tra la prestazione da costui effettuata e l'organizzazione aziendale di riferimento (responsabilità per il fatto dei propri ausiliari o collaboratori: v. *ex plurimis*: Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008, nonché Cass., n. 13953 del 14/06/2007; e più di recente Cass., n. 24791 del 08/10/2008; n. 11621 del 26/05/2011).

L'art. 7 comma 1, della legge Gelli prevede oggi che *“La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose”*.

La legge Gelli configura, invece, un modello di responsabilità aquiliana per il medico c.d. dipendente.

Il medesimo art. 7 infatti - al comma 3 - precisa che *“L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente”* riferendosi l'ultimo inciso del citato articolo alle ipotesi in cui il medico abbia concluso un contratto d'opera professionale.



Fino al dibattito avviato dalla legge n. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi), vigente all'epoca dei fatti, la responsabilità del medico c.d. dipendente è stata inquadrata nell'alveo contrattuale, avendo la giurisprudenza di legittimità aderito alla tesi del c.d. "contatto sociale" (Cass. 22 gennaio 1999, n. 589).

La tesi del contatto sociale è stata generalmente avallata dalla Corte di cassazione e, anche se non sempre condivisa, è divenuta un punto certo in questo peculiare settore della responsabilità civile fino all'intervento legislativo del 2012.

L'art. 3 della L. n. 189/2012, con un non univoco riferimento all'art. 2043 c.c., ha infatti riaperto il dibattito sulla natura contrattuale o aquiliana della responsabilità medica.

Secondo tale disposizione *"L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile"*.

Ciò che, quindi, emergeva, con evidenza, dalla lettura della norma era il riferimento all'art. 2043 c.c. e, quindi, alla possibilità di inquadrare come extracontrattuale la responsabilità del medico.

A quest'ultima tesi ha aderito parte della giurisprudenza ed autorevole dottrina, che ha richiamato la lettera della norma e la *ratio* dell'intervento legislativo, volto - come emerge dalla relazione illustrativa - a contenere il fenomeno della medicina difensiva.

Non sono mancate, però, voci in senso contrario, che, invece, hanno evidenziato come l'espressione *"resta fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c."* non avrebbe avuto lo scopo di inquadrare la responsabilità sanitaria nell'alveo extracontrattuale, ma solo di consentire al giudice civile, anche nei casi di applicazione dell'esimente penale, di risarcire il danno subito, pur tenendo conto della conformità dell'operato del medico alle linee guida ed alla letteratura scientifica.

In questo senso si è espressa anche la Suprema Corte, la quale ha in più occasioni escluso che il riferimento della legge Balduzzi all'art. 2043 c.c. comportasse la qualificazione in termini extracontrattuali della responsabilità del medico (cfr. Cass. ord. n. 8940 del 17/04/2014 e n. 27391 del 24/12/2014).



La legge n. 24/2017 delinea ora un modello dualistico di responsabilità: contrattuale per la struttura sanitaria, aquiliana per il medico dipendente, per cui il nodo interpretativo si ritiene risolto anche nella vigenza della legge c.d. Balduzzi nel senso di inquadrare la responsabilità del medico, in assenza di un rapporto contrattuale diretto con il paziente, nell'ambito dell'art. 2043 cod. civ.

Pacifico è, comunque, che il concorso di convergenti responsabilità - della clinica, da un lato, e del medico, dall'altro - determina l'insorgere di un vincolo di solidarietà passiva tra i diversi soggetti coinvolti, azionabile come tale dall'attore, anche a prescindere dalla diversità dei titoli (contrattuale ed extracontrattuale), se l'unico evento dannoso è imputabile a più soggetti (cfr. *ex multis*, Cass. 27713/2005, 23918/2006, 286/2015).

Per ciò che attiene alla ripartizione degli oneri probatori tra struttura sanitaria e paziente, occorre partire dal "principio della c.d. vicinanza della prova" inaugurato dalla Corte di Cassazione con l'ormai celebre pronuncia, resa a Sez. un., n. 13533/2001, secondo cui *"Il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 cod. civ. in materia di responsabilità contrattuale è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale; in entrambi i casi, infatti, il creditore dovrà provare i fatti costitutivi della pretesa, cioè l'esistenza della fonte negoziale o legale del credito e, se previsto, il termine di scadenza, e non anche l'inadempimento, mentre il debitore dovrà eccepire e dimostrare il fatto estintivo dell'adempimento"*.

Tale principio è stato confermato, proprio in tema di responsabilità sanitaria, da un'altra nota pronuncia della Suprema Corte, anch'essa resa a sez. un., la n. 577/2008, la quale ha statuito che il paziente danneggiato potrà, oltre a provare il contratto (o il diverso titolo) da cui deriva il suo diritto alla prestazione medica, limitarsi ad allegare il mancato, o anche solo l'inesatto, adempimento del medico «astrattamente idoneo» a provocare il danno, gravando su quest'ultimo il peso di provare l'avvenuto, esatto, adempimento e, dunque, sia che la prestazione professionale sia stata eseguita diligentemente, sia che il peggioramento nel decorso della malattia sia stato determinato da un evento imprevisto ed imprevedibile (Cass., sez. un., 11.1.2008, n. 577).



L'attore danneggiato è, perciò, esonerato dal provare la negligenza del sanitario: si può, infatti, limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali *species* dell'inadempimento agli obblighi assunti con il contatto negoziale ovvero con il contratto di ospedalità, consistenti nella prestazione di assistenza diagnostica e terapeutica conformata alla miglior scienza ed esperienza ed alla perizia richiesta dalla natura e caratteristiche degli interventi necessari, ovvero comunque alla particolare situazione clinica-patologica.

È, per contro, onere dell'ente ospedaliero provare che l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile a negligenza o imperizia del propri ausiliari; in altri termini, *“La presunzione di colpa dalla quale, ai sensi dell'art. 1218 c.c., è gravato il medico nei confronti del paziente che ne invochi la responsabilità professionale, può essere superata dal sanitario dimostrando che l'insuccesso dell'intervento sia dipeso da un evento imprevedibile e non prevenibile con l'uso dell'ordinaria diligenza da lui esigibile”* (cfr. anche Cass n. 12274 del 07/06/2011).

Trattandosi di obbligazioni inerenti all'esercizio di attività professionali, la diligenza nell'adempimento deve valutarsi, a norma dell'art. 1176, secondo comma c.c., con riguardo alla natura dell'attività esercitata; se la prestazione implica la soluzione di problemi di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo e colpa grave ex art. 2236 c.c.

Il grado di diligenza richiesto deve essere, quindi, valutato con riguardo alla difficoltà della prestazione resa, avuto riguardo al fatto che l'obbligazione assunta dal professionista consiste in un'obbligazione di mezzi, cioè in un'attività indirizzata ad un risultato, per cui il mancato raggiungimento di quest'ultimo non determina inadempimento, ma costituisce il danno consequenziale alla non diligente esecuzione della prestazione (v. Cass. 26/02/2003 n. 2836) ed il difetto di diligenza consiste nell'inosservanza delle regole tecniche che governano il tipo di attività al quale il debitore è tenuto, restando a carico della struttura sanitaria la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.

La giurisprudenza della Suprema Corte è peraltro recentemente pervenuta ad affermare che la distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di speciale



difficoltà non può valere come criterio di distribuzione dell'onere della prova, bensì solamente ai fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa riferibile al sanitario.

All'articolo 2236 c.c. non va conseguentemente assegnata rilevanza alcuna ai fini della ripartizione dell'onere probatorio, giacché incombe in ogni caso all'ente ospedaliero dare la prova della particolare difficoltà della prestazione, laddove la norma in questione implica solamente una valutazione della colpa del professionista, in relazione alle circostanze del caso concreto (v. Cass. 10297/04; Cass. 11488/04).

Appare in effetti incoerente ed incongruo richiedere alla struttura sanitaria la prova idonea a vincere la presunzione di colpa a suo carico quando trattasi di intervento di facile esecuzione o routinario, e addossare viceversa al paziente l'onere di provare "in modo preciso e specifico" le "modalità ritenute non idonee" quando l'intervento è di particolare o speciale difficoltà (in tal senso v. invece Cass. 1127/98; Cass. 4152/95), proprio nel caso in cui l'intervento implica cioè la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, richiede notevole abilità e la soluzione di problemi tecnici nuovi o di speciale complessità, con largo margine di rischio in presenza di ipotesi non ancora adeguatamente studiate o sperimentate, ovvero oggetto di sistemi diagnostici, terapeutici e di tecnica chirurgica diversi ed incompatibili tra loro (v. Cass. 10297/04; Cass. 5945/00), non anche in ragione dell'incertezza circa l'esito della tecnica applicata o dell'alta percentuale di risultati insoddisfacenti, atteso che la difficoltà di prova non coincide con l'aleatorietà, ben potendo una prestazione tecnicamente di facile esecuzione presentare una non sicura efficacia terapeutica ovvero un difficile intervento condurre, in caso di esito positivo, a certa guarigione (v. Cass. 11488/04).

Tale soluzione si palesa, infatti, ingiustificatamente gravatoria per il paziente, in contrasto invero con il principio di generale favore per il creditore-danneggiato cui l'ordinamento è informato (cfr. Cass. 3651/06).

In tali circostanze è indubitabilmente l'ente sanitario a conoscere le regole dell'arte e la situazione specifica - anche in considerazione delle condizioni del paziente - del caso concreto, avendo pertanto la possibilità di assolvere all'onere di provare l'osservanza delle prime e di motivare in ordine alle scelte operate dal medico in ipotesi in cui maggiore è la discrezionalità rispetto a procedure standardizzate.



E' allora da superarsi, sotto il profilo della ripartizione degli oneri probatori, ogni distinzione tra interventi "facili" e "difficili", in quanto l'allocazione del rischio non può essere rimessa alla maggiore o minore difficoltà della prestazione, l'articolo 2236 c.c. dovendo essere inteso come contemplante una regola di mera valutazione della condotta diligente del debitore (v. Cass. 11488/04). Va quindi conseguentemente affermato che in ogni caso di "insuccesso" incombe alla struttura sanitaria dare la prova della particolare difficoltà della prestazione (v. Cass. 10297/04; Cass. 11488/04).

In definitiva, quando vengano provati dal paziente la sussistenza ed il contenuto del contratto, incombe sulla struttura sanitaria la prova che la prestazione dell'attività abbia raggiunto il risultato normalmente ottenibile in relazione alle circostanze concrete del caso o, in caso contrario, che quel risultato non sia stato conseguito per il verificarsi di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza.

Tuttavia, secondo l'orientamento da ultimo consolidatosi in sede di legittimità, compete al paziente che si assuma danneggiato dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento.

Se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. 19/07/2018, n. 19204; Cass. 14/11/2017, n. 26824; Cass. 07/12/2017, n. 29315; Cass. 13/01/2016, n. 344; Cass. 20/10/2015, n. 21177; Cass. 31/07/2013, n. 18341).

La previsione dell'art. 1218 c.c., infatti, esonera il creditore dell'obbligazione asseritamente non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non da quello di dimostrare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui si chiede il risarcimento.

Il principio di vicinanza dell'onere della prova, su cui si fonda la decisione delle Sezioni Unite 30/10/2001, n. 13533, ed al quale più volte le ricorrenti fanno riferimento nelle loro prospettazioni non coinvolge il nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale si applica la distribuzione dell'*onus probandi* di cui all'art. 2697 c.c.



Tale disposizione, ponendo a carico dell'attore la prova degli elementi costitutivi della propria pretesa, non permette di ritenere che l'asserito danneggiante debba farsi carico della "prova liberatoria" rispetto al nesso di causa (cfr. Cass. 16/01/2009 n. 975; Cass. 09/10/2012 n. 17143; Cass. 26/02/2013 n. 4792; Cass. 26/07/2017 n. 18392).

Specularmente la prova dell'avvenuto adempimento o della correttezza della condotta è posta a carico del debitore della prestazione.

E non può valere, in senso contrario, il riferimento, contenuto nell'art. 1218 c.c., alla "causa", là dove richiede al debitore di provare *"che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile"* (come riaffermato, di recente, da questa Corte (Cass. 26/7/2017, n. 18392); la causa qui attiene alla *"non imputabilità dell'impossibilità di adempiere"* che si colloca nell'ambito delle cause estintive dell'obbligazione, costituenti *"tema di prova della parte debitrice"*, e concerne un *"ciclo causale"* che è del tutto distinto da quello relativo all'evento dannoso conseguente all'adempimento mancato o inesatto.

Quanto all'accertamento dell'esistenza del nesso causale, vale a dire del fatto che l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie siano conseguenza dell'azione o dell'omissione del medico, va, innanzitutto, considerato che il nesso di causalità "giuridica" deve essere distinto rispetto al "mero" nesso materiale.

Quest'ultimo, infatti, consiste nella relazione riscontrabile tra un evento e tutti i suoi antecedenti causali "naturalistici": è causa materiale ogni condizione che abbia dato sede ad un'inferenza sull'evento, tale per cui - in assenza della condizione medesima - l'evento non si sarebbe verificato.

Vi è causalità giuridica, invece, solo ed esclusivamente con riferimento a quelle condizioni il cui rapporto causale con l'evento non risulti interrotto dal sopravvenire di un ulteriore fatto di per sé solo idoneo a determinare l'evento medesimo.

Nella fase in cui si deve attribuire rilevanza giuridica ai fatti dannosi ed individuarne il responsabile, non sussiste, invero, sostanziale differenza tra come opera il nesso causale nel diritto penale, ai sensi dell'art. 40 c.p., e nella responsabilità civile.



E' diverso, tuttavia, il "grado" di probabilità richiesto, perché si possa concludere nel senso della sussistenza del rapporto eziologico fra condotta (attiva od omissiva) ed evento.

Nel diritto penale, perché sussista il nesso di causalità tra la condotta del medico e l'evento lesivo, dovendo la causalità sopravvivere alla "prova di resistenza" del ragionevole dubbio, occorre che l'evento dannoso costituisca la conseguenza del comportamento commissivo o omissivo del medico, in quanto quest'ultimo risulti esserne stato con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica condizione necessaria (Cass. pen. sez. un. 11.09.2002 n. 30328 imp. Franzese); nel sistema civilistico, invece, il nesso di causalità (materiale) consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio (ispirato alla regola della normalità causale) del "più probabile che non" (Cass. 16 ottobre 2007 n. 21619, Cass. S.U. 11 gennaio 2008 n. 576, Cass. 17 gennaio 2008 n. 867, Cass. 11 maggio 2009 n. 10743; Cass. civ. 16.07.2010 n. 16381).

La causalità civile rimane, in definitiva, attestata sul versante della probabilità relativa (o "variabile"), caratterizzata dall'accedere ad una soglia meno elevata di probabilità rispetto a quella penale, secondo modalità espressive che, specie in sede di perizia medico-legale, possono assumere molteplici forme ("serie ed apprezzabili possibilità", "ragionevole probabilità" ecc.), ma che deve, comunque obbedire alla logica del "più probabile che non" (cfr. Cass. n. 20547 del 30/09/2014).

Nella fattispecie, il rapporto contrattuale tra l'attore e la convenuta appare provato dalla documentazione in atti (cfr. doc. n. 1 – 8, fasc. attore), dalla quale si evince che tutti i preventivi sono imputabili a detta Società ed anche il pagamento del corrispettivo da parte dell'attore è stato fatto a

(doc. 5, fasc. attore); dai medesimi documenti risulta altresì l'attività svolta dal dott.

Ciò posto, deve essere affrontato il profilo della sussistenza del nesso di causa tra la prestazione sanitaria riferibile a e al dott. e le lesioni subite dalla sig. , la cui dimostrazione competeva all'attore.



Si deve rilevare che il C.T.U. ha accertato la sussistenza del nesso di causa tra quanto lamentato dall'attore e le lesioni riportate in conseguenza del trattamento subito ad opera del dott. _____ presso lo studio odontoiatrico della _____ (p. 9, C.T.U.).

Sia _____ sia il dott. _____ hanno allegato, tuttavia, che per ben due volte la _____ ed il dott. _____ hanno proposto all'attore la realizzazione dell'intervento con il trattamento ortodontico e per ben due volte l'indicato trattamento è stato rifiutato dal _____, per cui l'intervento effettivamente realizzato ha costituito l'unico fattibile a fronte del rifiuto del paziente di sottoporsi a cure parodontali pre-protetiche. La prestazione sarebbe stata, dunque, eseguita a regola d'arte, compatibilmente con le esigenze e le richieste del paziente.

Inoltre, l'intervento terapeutico prescelto ed avviato, non è stato completato dato che, dopo aver realizzato una prima parte degli interventi ed il concreto posizionamento dei denti provvisori, si sarebbe dovuto procedere alla fase protesica al completamento del lavoro, con la rimozione dei provvisori e l'installazione degli elementi in ceramica.

Secondo i convenuti, dunque, l'adesione del paziente a terapie meno efficaci e il mancato completamento del trattamento sanitario avrebbero avuto un'efficacia causale assorbente.

Deve essere esaminata, dunque, la condotta dell'attore anche ai sensi dell'art. 1227, comma 1, cod. civ., che avrebbe inciso in modo causalmente efficiente sia sulla scelta terapeutica, sia sull'esito dell'intervento.

Innanzitutto, è circostanza non contestata e giudizialmente accertata sia all'esito dell'interrogatorio formale dell'attore, sia alla luce della prova testimoniale, che è stato adeguatamente spiegato al sig. _____ che la soluzione più corretta sarebbe stata l'ortodonzia pre – protesica, ma che egli ha pervicacemente rifiutato di mettere l'apparecchio ortodontico.

Di fronte tuttavia, al rifiuto del paziente d'intraprendere il piano terapeutico ottimale, la soluzione proposta da _____ è stata inadeguata data la sua radicalità, in quanto ha comportato l'estrazione di tutti i denti dell'emiarcata superiore sinistra per posizionare poi degli impianti atti a supportare gli elementi estratti e l'unico dente mancante (p. 10, C.T.U.).



Gli alternativi percorsi terapeutici indicati dal C.T.U. (ponte adesivo tipo Maryland, la protesi fissa in metallo ceramica di 3 cm, la protesi fissa in metallo ceramica di 4 cm e l'apparecchio scheletrico), pur consentendo di ottenere un risultato sub-ottimale rispetto l'ortodonzia pre – protesica, tuttavia non avrebbero avuto un impatto così rilevante sul paziente e avrebbero comportato un risultato accettabile sia dal punto di vista estetico, che funzionale (p. 9, C.T.U.).

Pertanto, il rifiuto del paziente di sottoporsi a quella che è considerata la migliore soluzione terapeutica, non consente alla struttura sanitaria l'esonero dalla responsabilità circa la scelta della terapia alternativa da intraprendere, dato che tale scelta rimane sempre imputata alla sua responsabilità specialistica e mai al paziente e se il professionista ritenga che non sussiste un valido trattamento alternativo, deve considerare anche l'opzione "zero" ossia di non procedere ad alcun intervento.

Correttamente in tal senso il C.T.U. ha evidenziato che il principio base della medicina è quello del "*primum non nocere*", per cui mai l'intervento medico potrà essere lesivo nei confronti del paziente e provocargli un danno iatrogeno.

Pertanto, si ritiene che il rifiuto dell'attore di sottoporsi ad ortodonzia pre–protesica non abbia concorso a cagionare il danno dallo stesso subito.

Deve essere considerata, dunque, la seconda condotta riferibile all'attore che, secondo le allegazioni delle convenute, avrebbe avuto rilievo causale assorbente, ossia che egli non ha consentito ai sanitari il completamento dell'intervento terapeutico.

Tale circostanza per il patrocinio di nificerebbe lo svolto accertamento ex art. 696 bis c.p.c.

In punto di fatto risulta provato che l'attore a partire dal giugno 2013 non si è più recato agli appuntamenti fissati presso la sede di per la prosecuzione del piano terapeutico.

Sul punto il sig. ha dichiarato all'udienza del 23.05.2018 "*ricordo che sono andato un'ultima volta nel 2013 ma non so dire quando e poi non sono più andato perché non ne potevo più della sofferenza che ho subito*".

Alla medesima udienza la teste ha confermato che l'attore è stato invitato a presentarsi presso la per eseguire l'attività protesica programmata per fine giugno – inizio luglio 2013 e



non si è presentato; la teste ha precisato “lo ricordo con precisione perché l’ho chiamato più volte e lui il giorno prima o anche lo stesso giorno annullava l’appuntamento. ADR: Io ricordo che dava delle spiegazioni per l’impossibilità a venire all’appuntamento e fissavamo un nuovo appuntamento. Ad un certo punto ha detto che avrebbe richiamato lui per fissare l’appuntamento e non ha più chiamato. Noi poi l’abbiamo richiamato e non ha più risposto”.

I convenuti hanno perciò allegato che, dopo aver realizzato una prima parte degli interventi ed il concreto posizionamento dei denti provvisori installati e realizzati volutamente più bassi perché non caricassero nel primo periodo, a giugno – luglio 2013 si sarebbe dovuto procedere alla fase protesica al completamento del lavoro, con la rimozione dei provvisori e l’installazione degli elementi in ceramica.

Risulta, tuttavia, incerto ed indimostrato se la condotta non collaborativa dell’attore abbia avuto un’incidenza causale sul danno iatrogeno dallo stesso subito, dato che non vi è risultanza alcuna che attesti che il completamento del piano terapeutico avrebbe avuto l’efficacia interruttiva del nesso causale, elidendo completamente il danno biologico subito dall’attore almeno nella sua componente permanente ovvero, pur non interrompendo il nesso eziologico, avrebbe comunque ridotto il danno subito dall’attore.

Tale incertezza ridonda a danno delle convenute.

Come sopra si è visto, l’attore ha dimostrato la sussistenza del nesso causale tra il danno subito e la condotta riferibile ai convenuti, mentre su questi ultimi gravava l’onere di dimostrare che la successiva condotta dell’attore ha avuto efficacia interruttiva del nesso causale.

I convenuti non hanno dimostrato che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione, per cui deve essere ribadita la sussistenza delle nesso di causa tra le condotte ascrivibili ai convenuti ed il danno lamentato dall’attore.

Quanto ai profili di responsabilità, il C.T.U. ha evidenziato l’inesatto adempimento della prestazione sanitaria imputabile sia direttamente a sia al dott. .

È accertato, infatti, che l’erronea strategia terapeutica è imputabile direttamente a , dato che la visita e la valutazione circa il percorso terapeutico da seguire sono state eseguite dal dott. e dal dott. .



Il Dott. medico odontoiatra che prestava la propria opera professionale presso sentito come testimone, ha dichiarato: *“Io ho visitato il sig. su richiesta del Dott. (...) Mi fu richiesto di visitare il paziente per valutare se clinicamente era possibile eseguire un trattamento ortodontico pre-protetico”*.

Inoltre il preventivo del 18.12.2012 non è firmato ed è, pertanto, attribuibile direttamente a l.

L'intervento di estrazione e posizionamento degli impianti è stato, invece, eseguito dal dott.

Con riferimento ad esso, il C.T.U. ha rilevato che l'esecuzione è stata inadeguata e tecnicamente insufficiente dato che gli impianti sono stati posizionati in modo scorretto e le estrazioni sono state fatte senza tener in debito conto dei limiti anatomici presentati dai seni mascellari che hanno portato ad una lesione da comunicazione oro – sinusale (p. 10, C.T.U.).

A fronte di queste risultanze non ha provato che l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile a imperizia del propri ausiliari e che, quindi, l'insuccesso dell'intervento sia dipeso da un evento imprevedibile e non prevenibile con l'uso dell'ordinaria diligenza da parte del personale sanitario che ha effettuato l'intervento.

Alla luce di tali risultanze è accertato che la convenuta Struttura sanitaria è responsabile ex art. 1218 c.c., per aver adottato un'errata strategia terapeutica, ed ex 1228 c.c. per il fatto dell'ausiliario, dei danni subiti dalla sig. .

Dalla ricostruzione del fatto illecito sopra tratteggiata emerge anche la responsabilità ex art. 2043 c.c. del dott. , dato che sono a lui imputabili le condotte negligenti ed imperite di esecuzione dell'intervento di estrazione e posizionamento degli impianti, per cui è ravvisabile l'elemento soggettivo della colpa nel suo operato.

ai sensi dell'art. 1218 e 1228 c.c. e il dott. ex art. 2043 c.c. vanno ritenuti solidalmente responsabili per le lesioni subite dal paziente.

2) Danno non patrimoniale



Il danno non patrimoniale è il danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica e in particolare, il danno biologico, ovvero la lesione permanente o temporanea dell'integrità psico-fisica del soggetto in sé considerata e il correlativo pregiudizio alla possibilità di esplicazione della personalità in tutti gli ambiti della vita individuale e sociale.

Tale voce di danno, suscettibile di accertamento medico-legale (v. artt. 138 e 139 del D.lgs. 209/05, sostanzialmente ricognitivi degli indirizzi giurisprudenziali in materia) va determinata, ai fini del risarcimento integrale del danno alla persona e della sua personalizzazione, "con riferimento sia alle componenti a prova scientifica medico-legale, sia a quelle relative all'incidenza negativa sulle attività quotidiane (c.d. inabilità totale o parziale), sia a quelle che incidono sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato", che attengono anche alla perdita della capacità lavorativa generica e di attività socialmente rilevanti ovvero anche meramente ludiche, ma comunque essenziali per la salute o la vita attiva (cfr. Cass. sez. 3, n. 3906 del 18.2.2010); occorre avere riguardo, cioè, alla sfera spirituale, culturale, affettiva, sociale, sportiva, e a ogni altro ambito e modo in cui il soggetto svolge la sua personalità, ovvero a tutte le attività realizzatrici della persona umana (cfr. Corte Cost. n. 356/1991, Corte Cost. n. 184/1986).

Dalla documentazione acquisita agli atti e dalla relazione del nominato c.t.u. dott. Caine, risulta che l'attore, a seguito dell'intervento medico sopra indicato, ha subito l'estrazione eseguita senza motivo ai denti dell'arcata superiore (p. 11, relazione C.T.U.).

Sotto il profilo del danno permanente, il C.T.U. ha ritenuto sussistente una riduzione permanente dell'integrità psico-fisica nella misura del 5,5%, mentre sotto il profilo del danno temporaneo ha quantificato un periodo di invalidità temporanea di giorni 7 in forma parziale al 50% e di giorni 10 in forma parziale al 25%, con sofferenza soggettiva di grado medio – lieve.

La quantificazione del danno biologico va operata necessariamente in via equitativa, in considerazione della sua specifica natura: in concreto è congruamente liquidabile assumendo come parametro le "tabelle" in uso presso l'Ufficio giudiziario, personalizzando il risultato sulla base della particolarità del caso concreto e della reale entità del danno.



della liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso e il pregiudizio di altri interessi costituzionalmente protetti, compreso il pregiudizio del fare aredituale del soggetto determinante una modifica peggiorativa della personalità da cui consegue uno sconvolgimento dell'esistenza, e in particolare delle abitudini di vita, con alterazione del modo di rapportarsi con gli altri nell'ambito della comune vita di relazione, sia all'interno sia all'esterno del nucleo familiare (Cass., Sez. Un., 11/11/2008, n. 26972; Cass., 12/6/2006, n. 13546; Cass., Sez. Unite. 24/3/2006, n. 6572).

Quanto al risarcimento della componente di danno "relazione", va ribadito che sebbene la recente giurisprudenza di legittimità abbia dilatato la nozione di danno non patrimoniale, estendendolo ad ogni ipotesi in cui sia leso un diritto inviolabile inerente alla persona non avente natura economica (cfr. Cass. 31.5.2003 n. 8828; Cass. 31.5.2003 n. 8827), tuttavia, quando viene in considerazione il danno biologico, come si è in precedenza esposto, questo normalmente assorbe, in termini di danni non patrimoniali derivanti dalla lesione del diritto fondamentale, ogni componente esistenziale correlata all'entità dei postumi, ricomprendendo tutti i riflessi negativi che la lesione dell'integrità psicofisica normalmente comporta sul piano dell'esistenza della persona, inducendo un peggioramento della complessiva qualità della vita.

In altre parole, in presenza di una lesione dell'integrità psicofisica della persona, il danno alla vita di relazione costituisce una componente del danno biologico perché si risolve nell'impossibilità o nella difficoltà di reintegrarsi nei rapporti sociali per gli effetti di tale lesione e di mantenerli a un livello normale, cosicché anche quest'ultimo non è suscettibile di autonoma valutazione rispetto al danno biologico, ancorché costituisca un fattore di cui il giudice deve tenere conto per accertare in concreto la misura di tale danno e personalizzarlo alla peculiarità del caso (Cass. 26.02.2004 n. 3868; Cass. 20.4.2007 n. 9514, e da ultimo Cass. S.U. 11.11.2008 n. 26972 già cit.).

Di recente la Corte di Cassazione ha evidenziato che "la lesione della salute risarcibile in null'altro consiste, su quel medesimo piano, che nella compromissione delle abilità della vittima nello svolgimento delle attività



quotidiane tutte, nessuna esclusa: dal fare, all'essere, all'apparire. Non, dunque, che il danno alla salute "comprenda" pregiudizi dinamico-relazionali dovrà dirsi; ma piuttosto che il danno alla salute è un danno "dinamico-relazionale". Se non avesse conseguenze "dinamico-relazionali", la lesione della salute non sarebbe nemmeno un danno medico-legalmente apprezzabile e giuridicamente risarcibile" (Cass. 7513/2018).

Il Supremo Collegio, ha evidenziato nell'ultima pronuncia citata, che una lesione della salute può avere conseguenze necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare tipo di invalidità e può subire altresì conseguenze peculiari del caso concreto, che abbiano reso il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto ai casi consimili. La liquidazione delle prime presuppone la mera dimostrazione dell'esistenza dell'invalidità; la liquidazione delle seconde esige la prova concreta dell'effettivo (e maggior) pregiudizio sofferto.

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

Tali orientamenti appaiono condivisibili, per cui le conseguenze della menomazione, sul piano della loro incidenza sulla vita quotidiana e sugli aspetti "dinamico-relazionali", che sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito il medesimo tipo di lesione, non giustificano alcun aumento del risarcimento di base previsto per il danno non patrimoniale e, al contrario, le conseguenze della menomazione che non sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito quel tipo di lesione, ma sono state patite solo dal singolo danneggiato nel caso specifico, a causa delle peculiarità del caso concreto, giustificano un aumento del risarcimento di base del danno biologico.

Rilevano, dunque, quelle conseguenze che siano straordinarie, perché solo in tal caso esse non saranno ricomprese nel pregiudizio espresso dal grado percentuale di invalidità permanente, consentendo al giudice



di procedere alla relativa personalizzazione in sede di liquidazione (tra le più recenti, Cass. n. 21939/2017; Cass., Sent. n. 23778/2014).

Nel caso di specie, parte attrice non ha fornito la prova concreta dell'effettivo maggior pregiudizio sofferto, né la straordinarietà delle conseguenze per la vita di relazione subite dall'attore e pertanto nessuna personalizzazione a tale titolo va fatta.

Riguardo al danno morale subiettivo, va considerato che, come chiarito dalle Sezioni Unite della Suprema Corte (Cass. Sez. Un. 11.11.2008 n. 26972), quando viene allegato il danno biologico, ogni sofferenza, fisica o psichica, per sua intrinseca natura ne costituisce una componente, di guisa che la loro congiunta attribuzione determina un'indebita duplicazione di risarcimento; ne discende che si deve procedere ad adeguata personalizzazione della liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza.

Nella specie, la CTU medico-legale ha evidenziato un livello di sofferenza medio – lieve, che giustifica un incremento del 20% sulla somma che è stata liquidata a titolo di ristoro del danno biologico, per un importo che ammonta quindi ad €2.088,60.

L'entità del risarcimento ottenuta con l'applicazione delle Tabelle del Tribunale di Venezia non è peraltro peggiore rispetto a quanto calcolabile in base alle Tabelle del Tribunale di Milano, dato che in questo sistema tabellare il valore finale del punto utile al calcolo del danno da lesione permanente dell'integrità psicofisica tiene già conto di tutte le componenti non patrimoniali, compresa quella già qualificata in termini di "danno morale", che invece nel sistema tabellare del Tribunale di Venezia è calcolata separatamente.

Il fondamento della metodologia adottata dalle tabelle di questo Tribunale, ha trovato di recente importanti conferme sia da parte del legislatore che dalla Corte di Cassazione.



Dalla presente decisione al saldo vanno applicati i soli interessi al saggio legale sull'intero ammontare delle somme liquidate.

4) *Domande di garanzia.*

In assenza di diverse risultanze istruttorie, deve ritenersi operante la presunzione di pari responsabilità degli obbligati in solido ai sensi dell'art. 2055 comma 3 cod. civ.

Come sopra si è accertato, infatti, l'erronea strategia terapeutica è imputabile direttamente a [redacted] mentre l'imperito intervento di estrazione e posizionamento degli impianti è stato eseguito dal dott. [redacted]

[redacted], per cui la responsabilità dei due convenuti, nei rapporti interni, va ripartita nella misura del 50% ciascuno.

Tenuto conto dei titoli di responsabilità indicati, la domanda di regresso proposta da [redacted] nei confronti del dott. [redacted] può trovare accoglimento ex art. 2055, comma 2, cod. civ. limitatamente alla quota di responsabilità di quest'ultimo accertata nei rapporti interni.

Quanto alla domanda di garanzia proposta dal dott. [redacted] nei confronti dell'Assicurazione, deve ritenersi sussistente sia il presupposto della clausola di esclusione invocata dalla terza chiamata di cui all'art. 18 lett. b) della polizza, sia quella di cui al n. 16 delle condizioni generali di polizza, ultima parte, n. 2.

Con riferimento all'inoperatività della polizza per assenza di consenso informato scritto, si rileva che tale forma, seppure generalmente non richiesta né *ad substantam* né *ad probationem*, è stata convenzionalmente indicata dalle parti quale requisito di operatività della polizza e risulta pacifico che nel caso di specie, seppure un consenso informato sia stato validamente prestato dal sig. [redacted] esso non è stato documentato per iscritto.

Quanto alla seconda clausola invocata dall'Assicuratrice, si rileva che poiché la struttura di [redacted] va qualificata come struttura sanitaria, la polizza invocata non è operativa se non "in secondo rischio"; poiché nella fattispecie non risulta operante altra copertura assicurativa, posto che il procuratore della convenuta, a fronte dell'ordine di esibizione, ha espressamente dato atto dell'assenza di polizza assicurativa stipulata da [redacted] per l'operato dei collaboratori, la polizza è operativa per "la sola ipotesi di insolvenza" della



struttura, come previsto dalla medesima clausola (clausola n. 16 delle condizioni generali di polizza, ultima parte, n. 2).

Deve essere, altresì, dichiarata assorbita la domanda di manleva formulata dalla Assicurazione Milanese S.p.a. nei confronti di _____, stante l'accoglimento della domanda principale dell'Assicurazione nei confronti dell'assicurato.

5) Regolamento delle spese.

Nei rapporti tra l'attore ed i convenuti le spese seguono la soccombenza e vanno liquidate come da dispositivo sulla base delle tariffe oggi vigenti, tenuto conto del valore effettivo della controversia (c.d. *decisum*), e non di quello indicato nell'atto introduttivo del giudizio (cd. *disputatum*: cfr. Cass. S.U. 11.9.2007 n. 19014).

Vanno, inoltre, poste definitivamente a carico dei convenuti, in solido tra loro, le spese di A.T.P., con conseguente obbligo di restituzione all'attore delle somme anticipate a tale titolo.

Stante la responsabilità in pari misura, le spese tra i due convenuti possono essere compensate.

Le spese nei rapporti tra chiamante e terza chiamata possono essere compensate in ragione della non chiara formulazione della clausola di esclusione della garanzia.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando nella causa n. 10000/2015 R.G. promossa da _____ contro _____ e con la chiamata in causa dell'ASSICURATRICE MILANESE S.P.A., ogni altra diversa domanda ed eccezione respinta:

- Condanna i convenuti dott. _____ in persona del legale rappresentante p.t., per i titoli in premessa, a pagare all'attore, in solido tra loro, la somma complessiva di €14.565,20 (€12.531,60 a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale e la somma di €2.033,60 per danno patrimoniale), oltre agli interessi al saggio legale dalla pronuncia al saldo;
- condanna i convenuti dott. _____ e _____, in persona del legale rappresentante p.t., per i titoli in premessa, a rifondere all'attore, in solido tra loro, le spese di lite, che liquida in €7.060,00 per



Sentenza n. _____/2019 pubbl. il 09/09/2019

RG n. _____/2015

Repert. n. _____ I/2019 del 09/09/2019

compensi (€2.225,00 per A.T.P.; €875,00 per la fase di studio; €740,00 per la fase introduttiva; €1.600,00 per la fase istruttoria ed €1.620,00 per la fase decisoria), oltre €237,00 per anticipazioni, spese generali nella misura del 15% e accessori come per legge;

- pone definitivamente le spese di c.t.u. del procedimento di A.T.P. R.G. n. _____/16 R.G. del Tribunale di Venezia a carico dei convenuti, in solido tra loro e li condanna alla restituzione all'attore delle spese anticipate a tale titolo;

- nei rapporti interni tra il dott. _____ e _____, dichiara le parti responsabili in pari misura, con conseguente condanna del dott. _____ a tenere indenne l'altra parte delle conseguenze delle statuizioni del presente giudizio nei limiti del 50% delle somme dovute;

- compensa le spese tra i due convenuti;

- rigetta la domanda di garanzia proposta dal dott. _____ nei confronti di Assicuratrice Milanese S.p.a. e compensa le spese tra chiamante e terza chiamata.

Venezia, 27/08/2019

Il Giudice

dott. Alessandro Cbianca

