

TRIBUNALE DI NAPOLI

- VI SEZIONE CIVILE -

VERBALE DI UDIENZA DEL 21 NOVEMBRE 2014

Il giorno 21 del mese di Novembre dell'anno 2014, all'udienza tenuta dal G.O.T. dr. Maria Rosaria Spina presso il Tribunale di Napoli - VI Sezione Civile, viene chiamata la causa civile iscritta al n. 11075/2006 R.G., vertente

TRA

Giulio

E

A.S.L. Napoli 5, in persona del Direttore Generale p.t.

NONCHE'

Auricchio Guido

E

ALLIANZ S.p.A., in persona del legale rappresentante p.t.

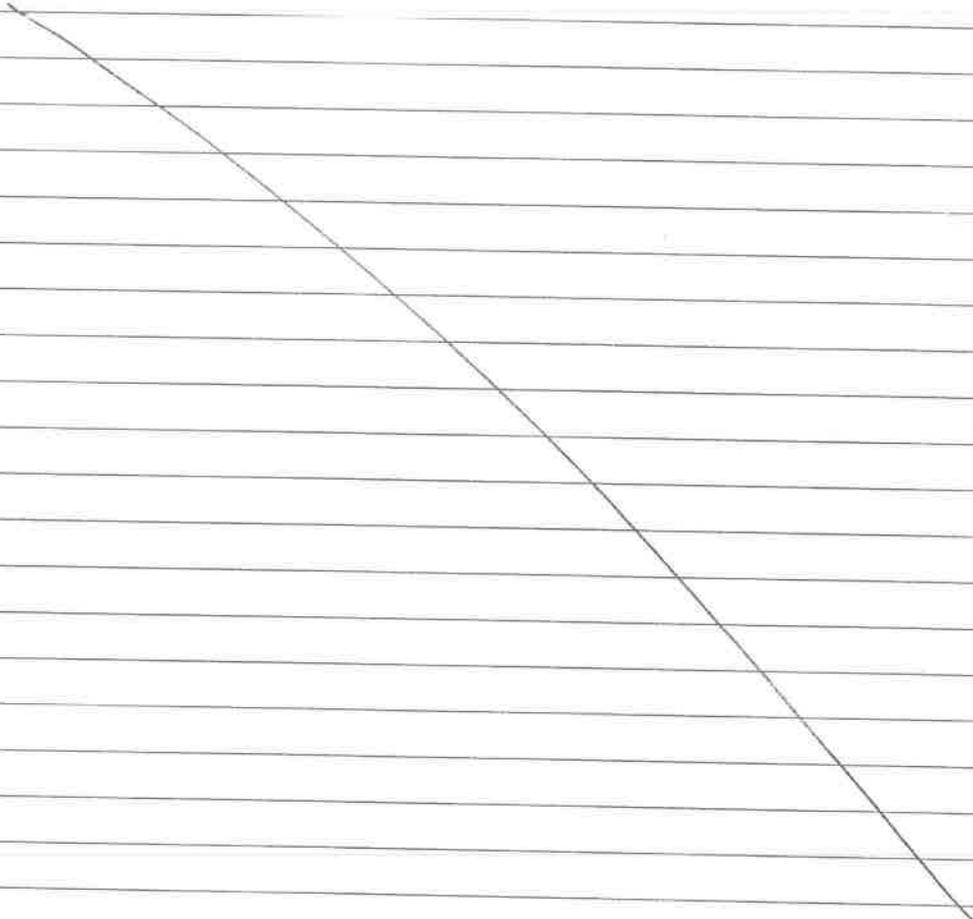
S. 15467/14

Rep. 19475/14
+ n. 4 prod.

Presente al cau. locale per Allianz lo quale
si riparte a tutta le deduzioni, difesa ed eccezioni
formulate nel corso del giudizio, nonchi alle
numerosi depositate. Insuper tutto quanto
non escluso devoluto o prodotto -
E quale l' avv. Ambricchi, per il Dott. Auricchio, il
quale si riparte illegittimo ai fini sciti
di farsi dichiarare l'eccezione di cui in
il precisate a parte tutto quello escluso esito
e devoluto in particolare in fatto che si prese
conclusione definitiva de contratto di obbligo parte
per l'art. 1018 del codice di commercio. Insuper tutto
che conclude depositate e devoluto tutto che atti ed in
supra i devoluto la causa, conclusiva. E oltre parte in
che l'Avvocato del Napoli 5 l' avv. Maurizio il quale conclude



de offi



Il G.o.t. dispone che si proceda alla discussione orale ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c.,
All'esito della discussione orale, il G.O.T. pronuncia sentenza dando lettura del dispositivo e delle seguenti ragioni di fatto e di diritto della decisione:



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Napoli, Sesta Sezione Civile, in composizione monocratica ed in persona del Giudice Onorario Tribunale dr. Maria Rosaria Spina, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n.11075/06, avente ad oggetto: Risarcimento danni da responsabilità professionale medica, e vertente

TRA

Giulio, C.F., rapp.ta e difesa dall'avv. Michele Liguori, elettivamente dom.to presso lo stesso in Napoli alla Piazza esedra Ed. Edilforum Is.F/10, in virtù di mandato in margine all'atto di citazione

ATTORE

E

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 5, in persona del Direttore Generale p.t., rappresentata e difesa dagli avv.ti Francesco Saverio Afeltra e Raffaele Montanaro, ed elettivamente domiciliata unitamente agli stessi in Castellammare di Stabia, al Corso Alcide de Gasperi n.167 in virtù mandato a margine della comparsa di costituzione e risposta

CONVENUTA

NONCHE'

Auricchio Guido, rappresentato e difeso dagli avv.ti Francesco Iodice d'Enza e Massimiliano Antonelli, ed elettivamente domiciliato unitamente agli stessi in Napoli alla Via Costantinopoli n.33, in virtù mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione

CONVENUTO

E

Allianz S.p.A., nuova denominazione della Riunione Adriatica di Sicurtà S.p.A., P.IVA 05032630963, in persona dei legali rappresentanti p.t. dr. Paolo Melchiorre e Dario Antuori, rappresentata e difesa dagli avv.ti Renato Jacona e Barbara Jacona, presso il cui studio è elettivamente domiciliata in Napoli alla Via Manzoni n.146/b, in virtù di mandato in calce alla copia notificata dell'atto di chiamata in causa.

CHIAMATA IN CAUSA

CONCLUSIONI

come da discussione orale alla udienza del 21 Novembre 2014



Ragioni di fatto e di diritto della decisione

Come evidenziato nel verbale di udienza che precede, la presente decisione viene adottata ai sensi dell'art. 281-*sexies* del Codice di Procedura Civile e, dunque, prescindendo dalle indicazioni contenute nell'art. 132 stesso Codice (cfr., in tal senso, Cass. 19 ottobre 2006, n. 22409, la quale, al riguardo, ha avuto modo di chiarire come, essendo l'art. 281-*sexies* cod. proc. civ. norma di accelerazione ai fini della produzione della sentenza, esso consenta al giudice di pronunciare quest'ultima in udienza, al termine della discussione, dando lettura del dispositivo e delle ragioni di fatto e di diritto della decisione, senza dover premettere le indicazioni richieste dal comma secondo dell'art. 132 cod. proc. civ. perché esse si ricavano dal verbale dell'udienza di discussione sottoscritto dal giudice stesso, sottolineando altresì come non sia, pertanto, affetta da nullità la sentenza, resa nella forma predetta, che non contenga le indicazioni riguardanti il giudice e le parti, le eventuali conclusioni del Pubblico Ministero e dei difensori, nonché la concisa esposizione dei fatti e, dunque, dello svolgimento del processo).

Con atto di citazione notificato il 17/03/2006 Giulio assumendo di aver subito danni fisici, morali e patrimoniali per mancata, inadeguata ed errata prestazione medico professionale praticata dal dott. Auricchio Guido, in occasione del ricovero del 22/11/2009 e di due interventi chirurgici, praticati dal dott. Auricchio presso l'Ospedale san Leonardo di Castellammare di Stabia.

Instauratosi il contraddittorio, si sono costituiti i convenuti che negavano qualsiasi responsabilità in capo sia alla struttura ospedaliera che al dr. Auricchio, veniva autorizzata la chiamata in causa della RAS S.p.a., che si costituiva deducendo l'infondatezza della domanda attorea nell'an e nel quantum. La causa veniva istruita con l'espletamento di una prova per testi, e dall'esito veniva disposta una prima C.T.U. e successivamente una consulenza integrativa, per cui, precisate le conclusioni, la causa è stata decisa alla udienza del 21/11/2014 all'esito della discussione orale.

La domanda formulata dall'attore è fondata e va, pertanto, accolta nei termini che si vanno a precisare.

La responsabilità professionale del medico.

Recentemente la Suprema Corte ha avuto modo di ribadire e puntualizzare: "la responsabilità del medico è giustificata dal contatto sociale che intercorre con il paziente. Nel contatto sociale, infatti, da ravvisarsi la fonte di un rapporto che quanto al contenuto non ha ad oggetto la "protezione" del paziente bensì una prestazione che si modella su quella del contratto d'opera professionale, in base al quale il medico è tenuto all'esercizio della propria attività nell'ambito dell'ente con il quale il paziente ha stipulato il contratto, ad essa ricollegando obblighi di comportamento di varia natura, diretti a garantire che siano tutelati gli interessi emersi o esposti a pericolo in occasione del detto "contatto", e in ragione della prestazione medica da eseguirsi conseguentemente" (Cass. n. 8826/2007).



Dunque, il paziente ha riposto il proprio affidamento su un soggetto (il medico) esercitante una professione protetta, dalla quale derivano gli obblighi di cura generati dal "contatto" con lo stesso sanitario.

Secondo la costante giurisprudenza della Suprema Corte (*cf.* tra le più recenti Cass. 13.1.2005, n. 583, nonché Cass. 9.11.2006, n. 23918, *in motivazione*), da cui non vi è motivo di discostarsi, in tema di obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale l'inadempimento del professionista alla propria obbligazione non può essere desunto, *ipso facto*, dal mancato raggiungimento del risultato utile avuto di mira dal paziente, ma deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti lo svolgimento dell'attività professionale e, in particolare, del dovere di diligenza, per il quale trova applicazione, in luogo del tradizionale criterio della diligenza del buon padre di famiglia, il parametro della diligenza professionale fissato dall'art. 1176, secondo comma, c.c.: parametro da commisurarsi alla natura dell'attività esercitata.

Pertanto, la responsabilità del medico per i danni causati al paziente postula la violazione dei doveri inerenti al suo svolgimento, tra i quali quello della diligenza, che va a sua volta valutato con riguardo alla natura dell'attività che implica scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione professionale (*cf.* Cass. 12.8.1995, n. 8845).

Il richiamo alla diligenza ha, in questi casi, la funzione di ricondurre la responsabilità alla violazione di obblighi specifici derivanti da regole disciplinari precise.

In altri termini, sta a significare applicazione di regole tecniche all'esecuzione dell'obbligo, e quindi diventa un criterio oggettivo generale e non soggettivo. Ciò comporta, come è stato rilevato dalla dottrina, che la diligenza assume nella fattispecie un duplice significato: parametro di imputazione del mancato adempimento e criterio di determinazione del contenuto dell'obbligazione.

Nella diligenza è quindi compresa anche la perizia da intendersi come conoscenza ed attuazione delle regole tecniche proprie di una determinata arte o professione.

Comunemente si dice che trattasi di una *diligentia in abstracto*, ma ciò solo per escludere che trattasi di *diligentia quam in suis*, e cioè la diligenza che normalmente adotta quel determinato debitore. Per il resto il grado di diligenza, per quanto in termini astratti ed oggettivi, deve essere apprezzato in relazione alle circostanze concrete e tra queste, quanto alla responsabilità professionale del medico, rientrano anche le dotazioni della struttura sanitaria in cui lo stesso opera.

A norma dell'art. 2236 c.c., poi, applicabile anche ai medici, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave.

Va altresì rilevato che la limitazione di responsabilità professionale del medico chirurgo ai soli casi di dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 c.c., attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione di problemi



tecniche di particolare difficoltà, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza. (cfr. Cass. 16/02/2001, n. 2335; Cass. 18.11.1997, n. 11440; Corte Cost. 22.11.1973, n. 166).

Pertanto, il professionista risponde anche per colpa lieve quando per omissione di diligenza o di prudenza provochi un danno nell'esecuzione di un intervento operatorio o di una terapia medica.

In altri termini, la limitazione della responsabilità del medico alle sole ipotesi di dolo o colpa grave si applica unicamente ai casi che trascendono la preparazione media (cfr. Cass. 11.4.1995, n. 4152), ovvero perché la particolare complessità discende dal fatto che il caso non è stato ancora studiato a sufficienza, o non è stato ancora dibattuto con riferimento ai metodi da adottare (cfr. Cass. 12.8.1995, n. 8845).

Va osservato infine che la "gravità" della colpa, cui l'art. 2236 c.c. subordina la responsabilità del professionista se la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, consiste nel grado di discostamento della condotta dell'agente da quella che avrebbe dovuto e potuto tenere.

La Suprema Corte ha, poi, costantemente configurato la responsabilità dell'ente ospedaliero (o della struttura privata) come di natura contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale (nella struttura), ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (cfr. Cass. 21 dicembre 1978, n. 6141; Cass. 8 marzo 1979, n. 1716; Cass. 1 marzo 1988, n. 2144; Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; Cass. 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, *in motiv.*; Cass. 1 settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; Cass. 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316, *in motiv.*; Cass. 4 marzo 2004, n. 4400; Cass. 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133; Cass. 2 febbraio 2005, n. 2042; Cass. 18 aprile 2005, n. 7997; Cass. 11 novembre 2005, n. 22894; Cass. 24.5.2006, n. 12362; Cass. 9.11.2006, n. 23918; Cass. 22.3.2007, n. 6945).

Si tratta, in particolare: a) di un contratto atipico, con effetti protettivi nei confronti del terzo, che fa sorgere a carico dell'ente ospedaliero (o della casa di cura privata), accanto ad obblighi *lato sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, di quello paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni (cfr. sostanzialmente in tal senso Cass. SS.UU. 1.7.2002, n. 9556); b) di un contratto a prestazioni corrispettive in quanto fa sorgere anche l'obbligazione di versare il corrispettivo per la prestazione resa dalla struttura sanitaria (pubblica o privata), restando irrilevante che questa obbligazione sia estinta dal paziente, dal suo assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente.

Si è peraltro specificato che, *"nel caso di danni causati dall'insuccesso di un intervento chirurgico, la casa di cura, pubblica o privata, nella quale l'intervento è stato praticato risponde, a titolo contrattuale ex art. 1218 cod. civ., del danno causato dal chirurgo, anche nei casi in cui quest'ultimo non faccia parte*



dell'organizzazione aziendale della casa di cura" (cfr. Cass. 8.1.1999, n. 103, nonché, in senso sostanzialmente conforme, Cass. 22.3.2007, n. 6945, *in motivazione*); ciò sul duplice rilievo che la prestazione di detto chirurgo è indispensabile alla struttura sanitaria per adempiere l'obbligazione assunta con il danneggiato, e che la norma di cui all'art. 1228 c.c. svolge esattamente la funzione di attribuire il rischio dell'attività degli ausiliari della prestazione a chi si appropria, anche in misura non esclusiva, dei vantaggi della prestazione.

La responsabilità contrattuale di tale struttura nei confronti del paziente può dunque derivare, a norma dell'art. 1218 c.c., sia dall'inadempimento di quelle obbligazioni che sono direttamente a carico dell'ente debitore, sia, a norma dell'art. 1228 c.c., dall'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.

In tema di prova della conclusione del contratto di prestazione d'opera professionale tra medico e paziente (e del conseguente insorgere dei presupposti per l'azione di responsabilità nei confronti del primo da parte del secondo che assuma di essere danneggiato dalle prestazioni commesse) è consolidato l'indirizzo secondo cui "l'accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria - ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di ospedalità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) già prescritte dalla L. n. 132 del 1968, art. 2, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle lato sensu alberghiere" (Cass. 13.4.2007, n. 8826; v. in termini, tra le altre, Cass. 26.1.2006, n. 1698; Cass. 14.7.2004, n. 13066; Cass. S.U. 1.7.2002, n. 9556).

Il principio, pur espressamente dettato in tema di responsabilità delle case di cura e cliniche pubbliche e private per il trattamento sanitario posto in essere dal personale medico che opera al loro interno, ben si attaglia pure al caso di specie, atteso che ciò che determina l'insorgere del contratto tra l'attore e la convenuta è l'accettazione del primo, pacificamente avvenuta, nella struttura sanitaria convenuta Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia (fatto non controverso).

E' così da ritenersi accertata la sussistenza di un rapporto di prestazione professionale tra attore e ASL Napoli 5, per altro non contestato, nel corso del quale la seconda si è avvalsa dell'opera di sanitari alle sue dipendenze.

In tema, poi, di onere della prova nelle controversie di responsabilità professionale, la giurisprudenza di legittimità ha più volte enunciato il principio secondo cui quando la prestazione professionale da cui è derivato il danno non è di difficile esecuzione, la dimostrazione da parte del paziente dell'aggravamento della sua situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie è idonea a fondare una presunzione semplice in



ordine all'inadeguata o negligente prestazione (*res ipsa loquitur*), spettando all'obbligato fornire la prova che la citata prestazione sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (*cf.* Cass. 21 dicembre 1978, n. 6141; Cass. 16 novembre 1988, n. 6220; 11 marzo 2002, n. 3492).

Più specificamente, l'onere della prova è stato ripartito tra le parti nel senso che spetta al medico provare che il caso è di particolare difficoltà e al paziente quali siano state le modalità di esecuzione inadeguate, ovvero a questi spetta provare che la prestazione è di facile esecuzione ed al medico che l'insuccesso non sia dipeso da suo difetto di diligenza (*cf.* Cass. 19 maggio 1999, n. 4852; Cass. 4 febbraio 1998, n. 1127; Cass. 30 maggio 1996, n. 5005; Cass. 16 febbraio 2001, n. 2335; 16 novembre 1988, n. 6220).

I risultati sopra riassunti sono stati oggi riletti dalla più recente giurisprudenza di legittimità (*cf.* Cass. 28 maggio 2004, n. 10297, nonché, in senso sostanzialmente conforme, le successive Cass. 11 giugno 2004, n. 11488, e Cass. 29 luglio 2004, n. 14488; Cass. 23 settembre 2004, n. 19133; Cass. 18 aprile n. 2005, n. 7997; Cass. 11 novembre 2005, n. 22894; Cass. 24.5.2006, n. 12362; Cass. 9.11.2006, n. 23918) alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Le Sezioni Unite, nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici, hanno statuito che il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento.

Analogamente è stato disposto con riguardo all'inesatto adempimento, rilevandosi che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

Applicando, allora, questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale della struttura sanitaria deve ritenersi che il paziente che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario o della struttura, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Più precisamente, consistendo l'obbligazione professionale in un'obbligazione di mezzi, il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della sua situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie), nonché il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione del sanitario, restando a carico di



quest'ultimo o dell'ente ospedaliero la prova che la citata prestazione sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (*cf.* Cass. 24.5.2006, n. 12362, *in motivazione*).

La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non rileva, dunque, più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma dovrà essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà.

Tale impostazione non cambia anche alla luce dell'intervento normativo di cui alla cd. legge Balduzzi (L. 189/2012). A tal proposito la Corte di Cassazione nella premessa della sentenza del 19 febbraio 2013 n. 4030 richiama proprio la legge Balduzzi (L. 189/2012) per affermare che non intacca la responsabilità civile da "contatto" del medico pubblico, rilevando espressamente che l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi, "ha destato non poche perplessità anche di ordine costituzionale, in relazione al comma 2 dell'art. 77 della Cost., in quanto il testo originario del d.l. non recava alcuna previsione di carattere penale e neppure circoscriveva il novero delle azioni risarcitorie esperibili da parte dei danneggiati alla responsabilità ex art. 2043 c.c.". "La premessa che indica una particolare evoluzione del diritto penale vivente, per agevolare l'utile esercizio dell'arte medica, senza il pericolo di pretestuose azioni penali, rende tuttavia evidente che la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate, e non solo per la responsabilità aquiliana del medico, ma anche per la cd. responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale". "Punto fermo, ai fini della nomofilachia, gli arresti delle sentenze delle Sezioni Unite nel novembre 2008, e tra queste Cass. civ., Sez. un., 11 novembre 2008, n. 26973 ed in particolare nel punto 4.3 del cd. preambolo sistematico, che attiene ai cd. contratti di protezione conclusi nel settore sanitario, ed agli incipit giurisprudenziali ivi richiamati e seguiti da decisioni di consolidamento".

A sua volta anche la giurisprudenza di merito si è posta il problema se il recente intervento normativo della legge Balduzzi comporti una modifica dei criteri di accertamento e di valutazione della responsabilità medica finora consolidati nell'applicazione delle regole della responsabilità da inadempimento. Dopo un'attenta e approfondita analisi, conclude che "l'art. 3 comma 1 della L. n. 189/2012 non impone alcun ripensamento dell'attuale inquadramento contrattuale della responsabilità sanitaria", con la precisazione che la norma "si limita a determinare un'lesione in campo penale, a far salvo l'obbligo risarcitorio e a sottolineare la rilevanza delle linee-guida e le buone pratiche nel concreto accertamento delle responsabilità".

Quanto poi ai profili liquidatori, di là dalla rassicurante puntualizzazione della Cassazione in seno all'individuazione delle poste risarcibili anche attraverso la teorizzazione dell'unicità della categoria del danno non patrimoniale, al cui interno è poi possibile scorgere i singoli profili funzionali, le **incertezze**



attengono alla permanente mancanza di tabelle di riferimento per la quantificazione delle singole voci (in special modo, il danno non patrimoniale biologico), in qualche modo attenuate dalla predisposizione delle sole tabelle per le micropermanenti in seno al Codice delle Assicurazioni (si attende ancora il Regolamento attuativo per le macropermanenti) e dal costante riferimento delle corti ai parametri milanesi.

Ciò posto passiamo all'esame del caso concreto.

Individuazione dei fatti di causa.

Le circostanze di fatto esposte in citazione da Guido a sostegno della sua odierna pretesa risarcitoria, sostanzialmente fondata sull'asserita imperizia e negligenza delle prestazioni medico professionali praticate dal dr. Guido Auricchio, in occasione dei due interventi chirurgici praticati in data 23/11/1999 e 30/11/1999, sono essenzialmente dimostrate dalle risultanze delle espletate CTU medico legale sulla scorta della documentazione sanitaria.

A fronte delle contestazioni e dei rilievi alle due relazioni peritali (una prima relazione depositata l'08/11/2011 e la relazione ad integrazione del 07/10/2013) redatte da la prima da uno specialista in ortopedia e la seconda da uno specialista in medicina legale e delle assicurazioni, devono condividersi le conclusioni cui sono pervenuti i due consulenti, conclusioni che la sottoscritta ritiene di far proprie, perchè complete e integralmente condivisibili, alla luce di tutti i dati emersi. Tali conclusioni sono il frutto di un lavoro attento ed accurato che ha tenuto debitamente conto della documentazione sanitaria agli atti, delle dichiarazioni anamnestiche rese dall'attore e delle censure articolate dai CTP, esponendo in maniera accurata e convincente le ragioni delle conclusioni rese in nei due elaborati peritali.

Il C.T.U., dott. Guido Grillo ha riconosciuto che *“l'intervento effettuato dal dr. Auricchio era di facile e routinaria esecuzione. I postumi riportati dal paziente sono solo in parte imputabili ad errore del sanitario. Il trattamento della frattura pluriframmentaria scomposta del capitello radiale, in considerazione del periodo in cui venne praticato l'intervento chirurgico (1999) appare corretto; difatti l'asportazione del capitello radiale senza l'applicazione di una protesi (all'epoca si iniziavano a praticar ei primi interventi di tale tipo, con una esperienza ed un follow up minimo) era intervento codificato nella comune pratica ortopedica. Ma dalle radiografie effettuate dopo l'intervento di resezione del capitello radiale si evidenziala notevole lussazione dei capi articolari, motivo per i quale il paziente fu costretto ad essere sottoposto il 30/11/99 ad un nuovo intervento chirurgico di riduzione della lussazione e stabilizzazione con filo di K. La lussazione del gomito è esclusivamente imputabile ad un non corretto trattamento chirurgico, effettuato dal dr. Auricchio, allorché rimane i frammenti di capitello radiale del gomito sinistro, visto che l'esame radiografico pre-operatorio (14/11/1999) non mostrava lussazione alcuna dei capi articolari del gomito.”* cfr. (relazione depositata l'08/11/2011 dal dr. Grillo)”



Tanto premesso, rileva preliminarmente il Tribunale che alcun dubbio può sussistere in ordine alla piena valenza probatoria della riportata relazione del c.t.u..

Invero, come ripetutamente chiarito dalla Suprema Corte, la consulenza tecnica di ufficio può costituire fonte oggettiva di prova tutte le volte che opera come strumento di accertamento di situazioni di fatto rilevabili esclusivamente attraverso il ricorso a determinate cognizioni tecniche (*cf.*, *ex multis*, Cass. Civ. 8.1.2004, n. 88; Cass. Civ. 21.7.2003, n. 11332; Cass. Civ. 10.3.2000, n. 2802): quest'ultima ipotesi si è per l'appunto verificata nel caso di specie, essendo stata la consulenza tecnica disposta, tra l'altro, proprio per accertare la corretta esecuzione, o meno, dell'intervento praticato sull'attrice.

Le conclusioni del c.t.u., peraltro, basate su di un compiuto esame anamnestico ed obiettivo e su di uno studio ed una valutazione adeguati e coerenti degli elementi desunti da tale esame e dalla documentazione sanitaria prodotta, possono, ad avviso di chi scrive, ritenersi condivisibili integralmente.

Il CTU dr. Grillo ha riconosciuto, quindi, nel caso in esame la ricorrenza di nesso causale tra una parte dei postumi riportati dal paziente, ed imputabili ad errore del sanitario, postumi di seguito valutati dall'altro C.T.U. dr. Maggiore nella misura del 14% di danno biologico, di cui però solo il 7% derivante dalla lussazione.

L'accertamento di eventuali profili di responsabilità professionale nell'accaduto.

Rileva il Tribunale, in ordine ai profili di responsabilità ascritti dall'attore ai convenuti ASL Napoli 5 e dr. Auricchio ed afferenti una lussazione dei capi articolari, va osservato che era onere dell'attore, in ossequio agli insegnamenti giurisprudenziali riportati nel precedente paragrafo di questa motivazione, provare l'esistenza del contratto/contatto con la struttura sanitaria e i medici specialisti; l'insorgenza di nuove patologie; il relativo nesso di causalità con l'azione/omissione ed allegare l'inadempimento (o comunque l'inesatto adempimento) delle prestazioni medico professionali rese in suo favore, restando, invece, a carico dei convenuti la prova che le prestazioni sanitarie erano state eseguite in modo diligente e che i problemi lamentati dal paziente erano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.

Orbene, rileva questo giudice che, dalla documentazione in atti e dall'istruttoria svolta, è risultato dimostrato il rapporto tra paziente e struttura sanitaria pubblica che a sua volta per assicurare la richiesta prestazione sanitaria si è avvalsa di propri dipendenti; la insorgenza della lussazione e il nesso di causalità tra l'insorgere della lussazione e il danno.

Tanto premesso, rileva il Tribunale che alcun dubbio può sussistere in ordine alla piena valenza probatoria delle consulenze tecnica in atti redatta dal dr. Grillo e dalla relazione ad integrazione redatta dal dr. Maggiore.



Invero, come ripetutamente chiarito dalla Suprema Corte, la consulenza tecnica di ufficio può costituire fonte oggettiva di prova tutte le volte che opera come strumento di accertamento di situazioni di fatto rilevabili esclusivamente attraverso il ricorso a determinate cognizioni tecniche (*cf.*, *ex multis*, Cass. Civ. 8.1.2004, n. 88; Cass. Civ. 21.7.2003, n. 11332; Cass. Civ. 10.3.2000, n. 2802): quest'ultima ipotesi si è per l'appunto verificata nel caso di specie, essendo stata la consulenza tecnica disposta, tra l'altro, proprio per accertare la corretta esecuzione, o meno, delle prestazioni mediche e diagnostiche praticate in favore dell'attore.

Le conclusioni dei due consulenti peraltro, basate su di un compiuto esame anamnestico ed obiettivo e su di uno studio ed una valutazione adeguati e coerenti degli elementi desunti da tale esame e dalla documentazione sanitaria prodotta, possono ritenersi condivisibili integralmente.

Le considerazioni degli ausiliari, consentono, allora, ad avviso di questo giudice, da un lato, di ritenere sussistente la responsabilità del convenuto sanitario per le negative conseguenze derivate all'attore per effetto dell'inadeguato trattamento sanitario.

In altri termini, sarebbe stato onere del convenuto, in virtù dei principi giurisprudenziali riportati sopra, dimostrare, al fine di andare esente da responsabilità, che l'insorgenza della lussazione non era dipesa da un difetto di diligenza del professionista, ovvero, al fine di invocare il più ristretto grado di colpa di quest'ultimo di cui all'art. 2236 c.c., che la prestazione implicava la soluzione di problemi tecnici di speciali difficoltà: il mancato assolvimento di tale onere relativamente ad entrambi gli aspetti induce, quindi, a concludere nel senso della sussistenza di una responsabilità del convenuto dr. Auricchio.

Il contenuto della responsabilità nel caso di specie sta nell'aver determinato danni al paziente quantificati dal CTU nella misura del 7% del danno biologico.

Inoltre nel caso di specie è rimasta accertata la sussistenza di un rapporto di prestazione professionale tra Giulio e l'Asl Napoli 5, non contestata dalla stessa azienda sanitaria, stante la circostanza che l'attore si è avvalso dal 15/11/1999 all'01/12/1999 e dal 27/12/1999 al 29/12/1999 dell'opera di sanitari alle sue dipendenze in occasione di ripetuti interventi chirurgici, controlli clinici.

Del danno riportato dall'attrice debbono quindi rispondere in solido ex art. 2055 c.c. l'Azienda Sanitaria Napoli 5 e il dott. Guido Auricchio

Il consenso informato.

Il diritto all'autodeterminazione è diverso dal diritto alla salute (Cass., n. 10741/2009 e Cass., n. 18513/2007, che ha qualificato come mutamento della causa petendi il porre a fondamento dell'azione di risarcimento danni conseguenti ad intervento chirurgico il difetto di consenso informato, dopo aver fondato tale azione sulla colpa professionale).



Esso rappresenta, ad un tempo, una forma di rispetto per la libertà dell'individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi, che si sostanzia non solo nella facoltà di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma altresì di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, atteso il principio personalistico che anima la nostra Costituzione, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé e ne sancisce il rispetto in qualsiasi momento della sua vita e nell'integralità della sua persona, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive (Cass., n. 21748/2007). Secondo la definizione della Corte costituzionale (sentenza n. 438 del 2008, sub. n. 4 del "Considerato in diritto") il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 Cost., che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 Cost., i quali stabiliscono rispettivamente che "la libertà personale è inviolabile" e che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Afferma ancora la Consulta che numerose norme internazionali (che è qui superfluo richiamare) prevedono esplicitamente la necessità del consenso informato del paziente nell'ambito dei trattamenti medici. La diversità tra i due diritti è resa assolutamente palese dalle elementari considerazioni che, pur sussistendo il consenso consapevole, ben può configurarsi responsabilità da lesione della salute se la prestazione terapeutica sia tuttavia inadeguatamente eseguita; e che la lesione del diritto all'autodeterminazione non necessariamente comporta la lesione della salute, come accade quando manchi il consenso ma l'intervento terapeutico sortisca un esito assolutamente positivo (è la fattispecie cui ha avuto riguardo Cass. pen., sez. un., n. 2437 del 2009, concludendo per l'inconfigurabilità del delitto di violenza privata).

Il consenso del paziente all'atto medico, inoltre, non può mai essere presunto o tacito, ma deve essere fornito espressamente, dopo avere ricevuto un'adeguata informazione, anch'essa esplicita; presuntiva, per contro, può essere la prova che un consenso informato sia stato dato effettivamente ed in modo esplicito, ed il relativo onere ricade sui sanitari. (Cass. civ. Sez. III, 27-11-2012, n. 20984)

Nel caso di specie osserva il giudicante che nella cartella clinica dell'Ospedale è presente la dichiarazione generale di consenso ed il consenso informativo all'anestesista, entrambe firmate dal _____, pertanto, si deve concludere per inesistenza della responsabilità della convenuta sotto tale profilo.

La quantificazione dei danni riportati da _____ Giulio.

Per detta quantificazione deve rifarsi alla CTU redatta dal dr. Maggiore e depositata il 07/10/2013, nella indicata relazione di consulenza tecnica di ufficio - le cui conclusioni, su questo punto, possono ritenersi pienamente condivisibili per le ragioni già sopra esposte - è chiarito che i postumi permanenti incidenti



sull'integrità psicofisica dell'attore, nella percentuale attribuibile al sanitario possono valutarsi nella misura del 7% lo stesso C.T.U. ha poi accertato che l'episodio di lussazione ha determinato un prolungamento di 21 giorni della immobilizzazione gessata, mentre non vi è stato incremento di invalidità temporanea parziale.

Tanto premesso, poiché l'attore non ha in alcun modo concretamente provato (come più ampiamente si dirà oltre) un danno patrimoniale e/o una diminuzione del reddito in conseguenza delle suddette lesioni, queste ultime gli devono essere certamente liquidate a titolo di danno biologico, inteso quale lesione della salute concretizzantesi nella menomazione della integrità psicofisica della persona e da quantificarsi equitativamente.

Tale criterio di liquidazione del danno biologico, inoltre, non muta pur a seguito del nuovo orientamento della Suprema Corte sulla portata dell'art. 2059 c.c. espresso da Cass. Civ. 31.5.2003, n. 8827 e Cass. Civ. 31.5.2003, n. 8828 (ribadito, peraltro, da Cass. Civ. n. 16525/2003. *Cfr.* le rispettive motivazioni), per cui nell'ambito del danno non patrimoniale rientrano anche i casi di danno da lesione di valori della persona umana costituzionalmente protetti, non potendo il legislatore ordinario rifiutarne la riparazione mediante indennizzo, che costituisce la forma minima di tutela di tali valori.

Infatti, una volta esattamente ritenuto che il concetto di danno non patrimoniale, a cui testualmente fa riferimento l'art. 2059 c.c., non si identifichi con la formula tradizionale riduttiva di danno morale subiettivo (sofferenza o patema d'animo), limitazione estranea alla lettera della norma, ed una volta ritenuto che la lettura costituzionalmente orientata della norma comporti che, per il principio della gerarchia delle fonti, il legislatore ordinario non possa limitare, ai soli casi previsti dalla normativa ordinaria, il risarcimento della lesione dei valori della persona umana ritenuti inviolabili dalla Costituzione, ne consegue che non vi è più la necessità di allocare la tutela del danno biologico nell'art. 2043 c.c., attraverso la costruzione dell'ipotesi del *danno evento* o del *tertium genus* di danno rispetto al danno patrimoniale ed al danno morale subiettivo.

Riportata, quindi, la responsabilità aquiliana nell'ambito della bipolarità prevista dal codice vigente tra danno patrimoniale (art. 2043 c.c.) e danno non patrimoniale (art. 2059 c.c.) e ritenuto che il danno non patrimoniale sia risarcibile non solo nei soli casi previsti dalla legge ordinaria, ma anche nei casi di lesione di valori della persona umana costituzionalmente protetti, secondo la recente suddetta interpretazione dell'art. 2059 c.c., poiché il danno biologico, quale danno alla salute, rientra a pieno titolo, per il disposto dell'art. 32 Cost., tra i valori della persona umana considerati inviolabili dalla costituzione, e poiché detta norma (come anche le altre che attengono a diritti inviolabili della persona) non solo ha efficacia precettiva nei confronti dello Stato ma è anche immediatamente efficace tra i privati (secondo la teoria cd. della "*drittwirkung*"), ne consegue, per coerenza del sistema, che la sua tutela è apprestata dall'art. 2059 c.c. e non dall'art. 2043 c.c., che attiene esclusivamente ai danni patrimoniali.



In altri termini, nella struttura della responsabilità aquiliana il danno, sia esso patrimoniale che non patrimoniale, non si identifica con l'evento illecito (che rimane pur sempre una componente dell'elemento materiale ed, in buona sostanza, del fatto illecito) ma è una conseguenza dello stesso, cioè un pregiudizio (o, se si vuole, una perdita intesa in senso ampio, cioè come elemento negativo rispetto alla situazione preesistente patrimoniale o non patrimoniale) subito dal danneggiato, alla cui riparazione, in caso di danno non patrimoniale, non si può provvedere che con criterio equitativo, a norma del combinato disposto degli artt. 1226 e 2056 c.c..

Ne deriva che, anche a seguito del nuovo inquadramento della tutela del diritto all'integrità psicofisica della persona umana nell'ambito del combinato disposto degli artt. 2059 c.c. e 32 Cost., rimangono validi, come recentemente chiarito dalla Suprema Corte (*cf.* Cass. Civ. n. 3399/2004), i principi già elaborati dalla Suprema Corte per il risarcimento del danno biologico (nonché - ovviamente - di quello morale).

In particolare, con riguardo alla sua quantificazione, rileva la scrivente che dopo le numerose sentenze della Corte di Cassazione (*cf.*, *ex multis*, Cass. Civ. nn. 1205/2003, 14874/2000, 101/99, 12312/98, 5505/96) e la pronuncia n. 445/95 della Corte Costituzionale sulla inapplicabilità del parametro reddituale dell'ammontare annuo del triplo della pensione sociale, per la liquidazione del danno alla salute si è registrato un mutamento della giurisprudenza di merito nel senso che la gran parte dei giudici, per la liquidazione del danno permanente alla salute, hanno fatto ricorso al metodo del punto tabellare - ritenuto pienamente legittimo anche dalla Suprema Corte (*cf.* Cass. Civ. n. 4852/99) - con il calcolo del valore del punto di invalidità permanente in funzione (di solito) crescente in rapporto alla percentuale di invalidità e (generalmente) decrescente rispetto all'età del soggetto: ciò in ragione del principio, già enunciato in dottrina, secondo il quale l'incidenza negativa della menomazione cresce in modo superiore rispetto all'aumento del valore percentuale assegnato ai postumi.

Inoltre, la stessa giurisprudenza ha riconosciuto, come voce autonoma, il danno alla salute temporaneo, da risarcire con una somma giornaliera variabile a seconda che si tratti di invalidità totale o parziale (*cf.* Cass. Civ. nn. 3806/2004, 3563/96, 9725/95, 2012/86).

Tali essendo i principi a cui questo Giudicante ritiene di doversi uniformare, ne deriva che nella fattispecie in esame, tenendo conto dell'età dell'attore alla data dei fatti di cui si discute (44 anni) e della percentuale di invalidità permanente (7%) come in precedenza determinato dalla scrivente, deve liquidarsi, in applicazione del comma 3 dell'art. 3 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 coordinato con la Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale 10 novembre 2012, n. 263 sulla "Responsabilità professionale dell'esercitante le professioni sanitarie" in base al quale il danno biologico va risarcito sulla base delle tabelle di cui agli artt. 138 e 139 del D.Lgs. 209 del 7 settembre 2005 aggiornate al D.M. 6/6/2013



- non essendo residuata alcuna discrezionalità dell'organo giudicante nell'utilizzazione dei diversi parametri liquidatori oggi vigenti, dovendosi necessariamente applicare, stante la chiara disposizione legislativa attualmente in vigore al momento della liquidazione, i parametri di cui alla citata normativa-, la complessiva somma di euro 9.761,08 (D.B. € 8.786,05 + ITT € 975,0320.839,27) determinata all'attualità.

L'importo così liquidato in ragione di una peculiare sofferenza morale comportante una personalizzazione del danno biologico con riguardo al suo aspetto dinamico relazionale va maggiorato nella misura del 33% per complessivi euro 3.221,16 sempre all'attualità, misura che appare equa e congrua in ragione dell'evento lesivo e dei postumi residuati che consentono di ritenere provata, in via presuntiva, l'esistenza di una violazione degli interessi di valore costituzionale.

Non sono state documentate spese mediche.

Quanto alla richiesta di risarcimento del danno da incapacità lavorativa va rilevato che il danno alla capacità di reddito è risarcibile solo se vi sia una specifica incidenza della lesione sulla capacità di guadagno del soggetto. Non viene, cioè, in considerazione il concetto di invalidità incidente sulla capacità lavorativa generica; solo alla dimostrazione dell'incidenza dell'invalidità sulla capacità lavorativa specifica e, quindi, alla prova di una reale flessione del reddito lavorativo conseguente all'evento deriva il risarcimento del danno patrimoniale lamentato.

E' stato, difatti, evidenziato dalla migliore dottrina che la menomazione alla capacità lavorativa sia concetto medico-legale e che solo il danno patrimoniale, quale conseguenza della detta menomazione, sia concetto giuridico, per cui, dovendosi, appunto, tenere distinti i detti concetti, il danno patrimoniale va risarcito solo se (sia provato che) si verifichi (o si possa verificare) una perdita di reddito.

Quindi, atteso che non si deve confondere la riduzione della capacità lavorativa con il danno patrimoniale da lucro cessante, non può procedersi alla sistematica liquidazione di tale danno ogni qualvolta si sia accertata una menomazione della capacità lavorativa (attuale o futura), senza che, al contempo, sia data la prova, il cui onere incombe all'istante, di una effettiva perdita di guadagno eziologicamente connessa all'evento dannoso (cfr. *ex plurimis*: Trib. Milano, 29 maggio 1995; Cass., 28 novembre 1988, n. 6403 Cassazione civile sez. III, 27 luglio 2001, n. 10289).

Alla luce dell'orientamento prospettato poiché parte attrice non ha dato prova rigorosa di aver riportato a causa dell'incidente *de quo* alcuna menomazione specifica alla propria capacità lavorativa nell'accezione sopra intesa, il risarcimento va riconosciuto unicamente in relazione al danno alla salute, come in epigrafe già liquidato.



In senso opposto a tale conclusione, in sede di comparsa conclusionale si è espresso il procuratore di parte attrice, il quale ha evidenziato che il danno *de quo* ha leso la pluripotenzialità lavorativa riconoscibile al [redacted], data la sua giovane età, al momento del sinistro.

Il difensore ha altresì aggiunto che tale danno, qualificabile come perdita di *chance*, sarebbe qui agevolmente inferibile in virtù di un ragionamento presuntivo: tanto più che l'attore, per i suoi studi, non è destinato ad un [redacted] di concetto, quindi non può non risentire della menomazione all'apparato locomotore superiore.

La tesi non convince.

In primo luogo, è da rammentarsi che il ricorso al ragionamento presuntivo richiede la ricorrenza di fatti i quali lascino apparire l'esistenza del fatto ignoto come una conseguenza del fatto noto già accertato in giudizio alla stregua di canoni di ragionevole probabilità.

Ma contraddice tale giudizio di verosimiglianza proprio la circostanza emergente dagli atti, ovvero che il periziando allo stato non svolge attività lavorativa se non quella di idraulico, ma saltuariamente. Ed allora, posto che il possibile dolore nello svolgimento della sua attività lavorativa e l'essere considerato per ciò solo più esposto a conseguenze usuranti sono circostanze queste che incidono sulla valutazione del danno biologico e non possono essere prese in considerazione ai fini che qui strettamente occupano (se non è fornita l'epigrafata prova), non v'è dubbio che parte attrice, anche tenuto conto del congruo lasso temporale intercorso fra la data del fatto e il momento della statuizione finale, non ha dimostrato che la lesione *de quo* abbia impedito al [redacted] di giovare pienamente della segnalata pluripotenzialità lavorativa, in guisa da costringerlo ad accettare attività lavorativa che altrimenti (ossia in mancanza dell'occorso) non avrebbe svolto.

Né tanto meno è stata data prova che sol per la lesione *de quo* il [redacted] oggi ha una potenzialità reddituale decisamente inferiore a quella in astratto a lui riconoscibile per condizioni di età, istruzione e territoriali.

Quanto agli interessi va richiamato l'orientamento assunto dalla Suprema Corte, la quale, con una decisione delle Sezioni Unite (v. Cass.17/02/1995 n.1712, ma la medesima posizione è stata assunta anche in epoca ancor più recente) ha posto fine ad un contrasto da tempo esistente in ordine alle modalità di calcolo di tali accessori nell'ipotesi di pronuncia risarcitoria da illecito. È stato infatti statuito che, in tema di risarcimento del danno da illecito extracontrattuale, se la liquidazione viene effettuata con riferimento al valore del bene perduto dal danneggiato all'epoca del fatto illecito, espresso in termini monetari che tengono conto della svalutazione monetaria intervenuta fino alla data della decisione definitiva, è dovuto anche il danno da ritardo e, cioè, il lucro cessante provocato dal ritardato pagamento della suddetta somma, che deve essere provato dal creditore; tuttavia, detta prova può essere data e riconosciuta dal Giudice secondo criteri presuntivi ed equitativi e, quindi, anche mediante l'attribuzione degli interessi ad un tasso stabilito valutando



tutte le circostanze oggettive e soggettive inerenti alla prova del pregiudizio subito per il mancato godimento nel tempo del bene o del suo equivalente in denaro. Se quindi il Giudice adotta, come criterio di risarcimento del danno da ritardato adempimento quello degli interessi, fissandone il tasso, è escluso che questi ultimi possano essere calcolati alla data dell'illecito sulla somma liquidata per il capitale, rivalutata definitivamente, è consentito invece effettuare il calcolo con riferimento ai singoli momenti (da determinarsi in concreto secondo le circostanze del caso) con riguardo ai quali la somma equivalente al bene perduto si incrementa nominalmente in base agli indici prescelti di rivalutazione monetaria, ovvero ad un indice medio. Sulla base di tali considerazioni, gli interessi al tasso legale inizialmente calcolati sulla somma di euro 9.728,81 (corrispondente a quella risultante dalla "devalutazione" della somma complessiva di euro 12.982,24, in base agli indici ISTAT, al novembre 2011, quale momento della lesione, di quello testè liquidato all'attualità), e, quindi, anno per anno, ed a partire dal novembre 2011 e fino al momento della presente decisione, sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra precisata, così come indicato in dispositivo. Dal momento della sentenza e sino all'effettivo soddisfo dovranno essere corrisposti, sulla somma totale sopra liquidata all'attualità, gli ulteriori interessi al tasso legale.

Sulla chiamata in causa

Per quanto riguarda la domanda di manleva formulata dalla Asl Na1 nei confronti del suo assicuratore R.A.S., Spa oggi Allianz, si rileva che risulta provata documentalmente e peraltro non contestato dalle parti, la operatività del contratto di assicurazione tra le parti recante numero di polizza 404397753, conseguentemente la domanda di manleva della ASL Na 5 nei confronti della Ras Spa oggi Allianz S.p.A. deve essere accolta, pertanto la terza chiamata Allianz S.p.A. dovrà, in forza della polizza da responsabilità professionale, tenere indenne la sua assicurata Asl Napoli 5, di tutto quanto quest'ultima è stata condannata a risarcire all'attore, mediante pagamento diretto delle predette somme in favore del danneggiato.

Spese di lite

Le spese di lite in favore di parte attrice, ivi comprese quelle di c.t.u., seguono la soccombenza e si liquidano di ufficio ai sensi del DM 55/2014 (determinando il valore della controversia in base all'ammontare delle somme realmente riconosciute in favore dell'istante), come in dispositivo; le stesse, ai sensi dell'art. 93 c.p.c., vanno distratte in favore dell'avv. Michele Liguori, anticipatario.

Giusti motivi ex art. 92 c.p.c. impongono l'integrale compensazione delle spese processuali relative al rapporto fra la convenuta ASL Napoli 5 e la terza chiamata, atteso che la chiamata non ha mai negato la operatività della polizza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, VI Sezione Civile, definitivamente decidendo sulla domanda come in epigrafe



proposta, così provvede:

a) - accertata la responsabilità del dott. Guido Auricchio, per i fatti di cui è causa, come precisato in motivazione, e per l'effetto condanna, in solido tra loro, l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 5, in persona del legale rappresentante p.t., ed il dott. Guido Auricchio, al pagamento in favore di Guido della somma di euro 12.982,24 all'attualità, oltre interessi al tasso legale così calcolati: su tale ultima somma dalla data della presente decisione al saldo effettivo e sulla somma di euro 9.728,81, via via rivalutata in base agli indici ISTAT, da novembre 1999 alla data della presente decisione:

- condanna in solido tra loro, l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 5, in persona del legale rappresentante p.t., e il dott. Guido Auricchio, al pagamento in favore di Luigi delle spese di giudizio, che liquida in euro 1.500,00 per spese, ivi comprese le spese per le consulenze tecniche di parte, ed euro 4.835,00 per compenso professionale, oltre rimborso spese generali, IVA e C.P.A. come per legge, con attribuzione, ai sensi dell'art. 93 c.p.c., all'avv. Michele Liguori, anticipatario;

- condanna in solido tra loro, l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 5, in persona del legale rappresentante p.t., e il dott. Guido Auricchio al pagamento in favore di Guido delle spese delle consulenze tecniche di ufficio come liquidate in corso di causa;

- condanna la terza chiamata in causa Allianz S.p.A. a corrispondere direttamente all'attore le somme che l'assicurata l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 5, è stata condannata a pagare in suo favore, così tenendola indenne;

- compensa per l'intero le spese di giudizio tra le restanti parti processuali.

Così deciso in Napoli all'udienza del 21 Novembre 2014

Il Giudice Onorario di Tribunale

Dr. Maria Rosaria Spina



