

N. R.G. 1153/2016

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
CORTE DI APPELLO di BOLOGNA

2 SEZIONE CIVILE

La Corte, in composizione collegiale nelle persone dei seguenti magistrati:

dott. Giampiero Fiore Presidente
dott. Anna Maria Rossi Consigliere Relatore
dott. Mariacolomba Giuliano Consigliere

in esito alla odierna Camera di Consiglio,
udita la relazione della causa fatta dal Relatore
preso atto delle conclusioni assunte dai procuratori delle parti;
ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

nella causa civile in grado di appello iscritta al n. r.g. **1153/2016** promossa da:
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DELLA ROMAGNA 02483810392, con il patrocinio
dell'avv. TAVAZZI MICHELE, elettivamente domiciliato in VIA G. MARCONI 9 40121 BOLOGNA
presso il difensore

APPELLANTE

contro

F. A. con il patrocinio dell'Avv. Andrea Albertini, elettivamente domiciliato presso il difensore
CASA DI CURA D.N. S.P.A con il patrocinio dell'avv. Avv. Franco Mazza e Avv. Graziano Mazza
elettivamente domiciliato in presso il difensore
DOTT. V. G. con il patrocinio dell'avv. Avv. Luigi Bruno Maggioni elettivamente domiciliato presso il
difensore
DOTT.SSA E. A. con il patrocinio dell'Avv. Luigi Bruno Maggioni elettivamente domiciliato presso il
difensore
L. C. C. omissis, con il patrocinio dell'avv. MERENDA PIERANNA e dell'avv. MANARESI ANNA
(MNRNNA55L43E730A) elettivamente domiciliato in VIA CAVOUR, 68 40026 IMOLA presso il
difensore avv. MERENDA PIERANNA
VITTORIA ASSICURAZIONI S.P.A con il patrocinio dell'Avv. Gabriele Spizuoco, elettivamente
domiciliato presso il difensore
UNIPOLSAI S.P.A (già Milano Assicurazioni S.p.A.) con il patrocinio dell'avv. Giuseppe Savini
elettivamente domiciliato presso il difensore

APPELLATI

CONCLUSIONI

L'appellante Azienda USL ha concluso come segue:

Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello adita, ogni contraria azione ed eccezione disattesa, in accoglimento
della presente impugnazione, in via di riforma della sentenza del Tribunale di Ravenna n. 291/2016 (R.G.
N. 7485/12 – dott.ssa Annarita Donofrio) depositata il 10 marzo 2016, non notificata

in via principale:

- dichiarare la nullità, l'ingiustizia, l'erroneità, il difetto di motivazione e la contraddittorietà dei capi della sentenza impugnata nella parte in cui il Tribunale di Ravenna accoglie la domanda avversa e condanna l'Ausl della Romagna a corrispondere al sig. A. le somme tutte liquidate in sentenza; ciò per le ragioni tutte già spiegate in narrativa;

- dichiarare pertanto che l'Azienda UsL della Romagna nulla deve risarcire al sig. A. e, per l'effetto, disporre che il sig. A. restituisca quanto medio tempore corrisposto in suo favore dall'Ausl;

in via subordinata:

- ridurre il quantum del risarcimento eventualmente dovuto dall'Ausl della Romagna per le ragioni indicate in narrativa e, per l'effetto, disporre che il sig. A. restituisca quanto medio tempore corrisposto

in suo favore dall'Ausl;

in ogni caso:

- condannare il sig. F. A. a restituire all'Ausl della Romagna gli importi tutti corrisposti in esecuzione della impugnata sentenza nelle more del giudizio di appello, maggiorato di interessi legali a far tempo dalla data del pagamento a quella di effettiva restituzione.

In ogni caso con vittoria di spese, competenze ed onorari di entrambi i gradi del giudizio;

L'appellato e appellante incidentale A. ha così precisato le conclusioni:

Voglia l'Ill.ma corte di Appello:

in via preliminare:

- dichiarare l'inammissibilità dell'atto d' appello principale dell'A.U.S.L. della Romagna ex art. 342 e 348 bis c.p.c.;

- dichiarare l'inammissibilità dell'atto d'appello incidentale della Casa di Cura D.N. spa;

in via principale e nel merito:

- respingere, poiché infondato in fatto ed in diritto, anche con diversa motivazione, l'appello principale proposto dall'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna;

- respingere, in ogni caso, la domanda proposta dall'A.U.S.L. della Romagna nei confronti del sig. F. A. di condanna alla restituzione delle somme versategli in esecuzione della sentenza impugnata;

- respingere, poiché infondato in fatto ed in diritto, anche con diversa motivazione, l'appello incidentale proposto dal dr. L. C. C.;

- respingere, poiché infondato in fatto ed in diritto, anche con diversa motivazione, l'appello incidentale proposto dal dr. V. G. e dalla dr.ssa E. A.;

- respingere, poiché infondato in fatto ed in diritto, anche con diversa motivazione, l'appello incidentale proposto dalla Casa di Cura D.N. spa;

- in accoglimento dell'appello incidentale proposto dal sig. F. A., ritenuti fondati i motivi esposti con il presente gravame, riformare parzialmente la sentenza impugnata n. 291/2016, pronunciata dal Tribunale di Ravenna, Giudice la dr.ssa Annarita Donofrio, in data 2.03.2016, pubblicata il 10.03.2016, non notificata, e

- riliquidare il danno non patrimoniale da invalidità permanente biologica applicando altresì le sopravvenute nuove Tabelle del Tribunale di Milano 2018, nella maggior misura di € 554.807,00, in subordine € 548.222,00 (fermo sempre quanto già liquidato dal Tribunale a titolo di inabilità temporanea totale € 14.400,00, e parziale € 7.200,00);

- riliquidare il danno non patrimoniale da c.d. personalizzazione e danno morale applicando altresì le sopravvenute nuove Tabelle del Tribunale di Milano 2018 nella maggior misura di € 138.701,00, in subordine € 137.055,50;

- riliquidare il danno patrimoniale riconoscendo l'ulteriore somma di € 87.427,40, di cui € 5.729,92 per spese mediche sostenute; € 18.000,00 per spese mediche future; € 41.783,23 per spese dell'assistenza domiciliare futura (fermo quanto già liquidato dal Tribunale per le spese per adattare l'abitazione € 17.412,00, e l'auto € 4.502,20);

- condannare l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, la Casa di Cura D.N. spa, il dr. V. G., il dr. L. C. C., e la dr.ssa E. A., in solido, al pagamento, a titolo di risarcimento danni, in favore del sig. A. F., della somma di € 715.108,00, in subordine di € 706.877,50, per danno non patrimoniale; e dell'ulteriore somma € 87.427,40 per danno patrimoniale dato dalle spese mediche sostenute, da quelle future, e per quelle relative all'assistenza domiciliare; od in quelle diverse maggiori o minori somme che risulteranno di giustizia, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali dal 28.04.2007 al saldo;

- riliquidare le spese di lite del primo grado di giudizio sostenute dal sig. F. A., quanto al compenso professionale, nella maggior misura di € 28.000,00 (rispetto agli € 21.387,00 liquidati in primo grado), oltre spese generali, Cassa Avv. ed IVA;

- condannare l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, la Casa di Cura D.N. spa, il dr. V. G., il dr. L. C. C., e la dr.ssa E. A., in solido, al rimborso, in favore del sig. F. A. delle spese di lite del primo grado di giudizio liquidate in € 28.000,00 per compensi, oltre ad € 470,76, per spese vive, oltre spese generali, Cassa Avv. ed IVA; oltre spese di CTU e del CTP dott. Andrea Andalò per € 1.500,00 oltre IVA;

- condannare l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, la Casa di Cura D.N., il dr. V. G., il dr. L. C. C., e la dr.ssa E. A., in solido, al rimborso, in favore del sig. F. A., delle spese di lite date dal presente

grado di giudizio, oltre rimborso spese generali, Contr. Cassa Avv. Forense ed IVA.-

L'appellata e appellante incidentale D.N. ha così precisato le conclusioni:

«Voglia l'On.le Corte d'Appello adita, così provvedere:

NEL MERITO:

a) in via principale di merito.

Respingere l'appello proposto dall'Ausl della Romagna, nella parte in cui viene dedotta l'erroneità, l'ingiustizia e l'assenza di motivazione della sentenza resa nella parte in cui il Tribunale di Ravenna riconosce la responsabilità dei sanitari dell'Ausl della Romagna nella causazione dei danni lamentati dall'attore. Conseguentemente respingere l'appello proposto dall'Ausl della Romagna nella parte in cui viene dalla stessa richiesto di accertare e dichiarare che l'Azienda Usl della Romagna nulla deve risarcire al Sig. A..

Con vittoria di spese, competenze ed onorari di causa.

b) in via subordinata e comunque anche ai sensi dell'art. 346 c.p.c.

Respingere le domande tutte formulate nei confronti di D.N. s.p.a. in quanto infondate, in fatto ed in diritto, non dimostrate e, comunque, viziate per eccesso ed ingiustificatamente afflittive.

Con vittoria di spese, competenze ed onorari di causa.

c) in via subordinata di merito e comunque anche ai sensi dell'art. 346 c.p.c.

Condannare l'Ausl della Romagna, in persona del legale rappresentante pro tempore, all'integrale risarcimento dei danni patiti dal Sig. F. A., in quanto esclusiva responsabile del trattamento sanitario a cui fu sottoposto il medesimo a far data dal 26.04.07, con ciò integralmente esonerando e tenendo indenne D.N. s.p.a.

d) in via ulteriormente subordinata di merito, e comunque anche ai sensi dell'art. 346 c.p.c.

Condannare l'Ausl della Romagna, in persona del legale rappresentante pro tempore, e i Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., all'integrale risarcimento dei danni patiti dal Sig. F. A., in quanto responsabili, ovvero corresponsabili, a vario titolo, del trattamento sanitario a cui fu sottoposto il medesimo a far data dal 26.04.07, con ciò integralmente esonerando e tenendo indenne D.N. s.p.a..

e) In via di ulteriore subordine, e comunque anche ai sensi dell'art. 346 c.p.c..

Nella denegatissima - ma comunque non creduta - ipotesi in cui la Corte adita dovesse accertare e dichiarare una qualsivoglia responsabilità, in tutto o in parte, della D.N. s.p.a. - anche in via solidale - con l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna e/o con i Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., voglia la Corte adita accertare e determinare le rispettive porzioni di responsabilità delle parti evocate in giudizio, limitando l'eventuale - ma comunque non creduta - condanna della D.N. s.p.a. alla quota di sua competenza ed in ogni caso condannare l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna ed i Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., a rimborsare alla D.N. s.p.a. ogni somma che quest'ultima, in forza dell'eventuale vincolo della solidarietà passiva, fosse tenuta a corrispondere al Sig. F. A. in eccesso rispetto a quanto risulterebbe dovuto in dipendenza della sua eventuale quota di responsabilità e/o di apporto causale.

f) In via di estremo subordine, e comunque anche ai sensi dell'art. 346 c.p.c..

Nella denegatissima, ma comunque non creduta ipotesi, in cui la Corte adita dovesse accertare e dichiarare una qualsivoglia responsabilità di D.N. s.p.a. in relazione alle contestazioni formulate dal Sig. A., con riferimento al ricovero risalente al periodo 29.04.07-05.05.07, in conseguenza dell'operato dei Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., condannare solidalmente costoro, quali responsabili, ovvero co-responsabili, del trattamento sanitario a cui fu sottoposto il Sig. predetto A. in occasione del ricovero effettuato presso D.N. s.p.a. nel periodo poc'anzi ricordato a garantire, tenere indenne e risarcire essa D.N. s.p.a. da quanto quest'ultima dovesse essere condannata a pagare al Sig. A. in virtù della sentenza che verrà emanata all'esito del presente grado del giudizio.

IN VIA DI APPELLO INCIDENTALE:

a) in via principale

Previo accertamento dell'esonero di ogni responsabilità di D.N. s.p.a. per le ragioni esposte ed illustrate nella parte narrativa della comparsa di risposta del 05.10.2016, respingere le domande tutte, da chiunque formulate nei confronti di D.N. s.p.a. in quanto infondate, in fatto ed in diritto, non dimostrate e, comunque, viziate per eccesso ed ingiustificatamente afflittive.

Con vittoria di spese, competenze ed onorari di causa.

Conseguentemente condannare l'Ausl della Romagna, in persona del legale rappresentante pro tempore,

all'integrale risarcimento dei danni patiti dal Sig. F. A., in quanto esclusiva responsabile del trattamento sanitario a cui fu sottoposto il medesimo a far data dal 26.04.07, con ciò integralmente esonerando e tenendo completamente indenne D.N. s.p.a.

b) in via subordinata:

Condannare l'Ausl della Romagna, in persona del legale rappresentante pro tempore, e i Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., all'integrale risarcimento dei danni patiti dal Sig. F. A., in quanto responsabili, ovvero co-responsabili, a vario titolo, del trattamento sanitario a cui fu sottoposto il medesimo a far data dal 26.04.07, con ciò integralmente esonerando e tenendo completamente indenne D.N. s.p.a..

c) In via di ulteriore subordine:

Nella denegatissima - ma comunque non creduta - ipotesi in cui la Corte adita dovesse accertare e dichiarare una qualsivoglia responsabilità, in tutto o in parte, della D.N. s.p.a. - anche in via solidale - con l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna e/o con i Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., voglia la Corte adita, previo accertamento della violazione e falsa applicazione da parte del Tribunale di Ravenna, della norma di cui all'art. 112 cpc e previa esclusione, ai fini interni, della solidarietà passiva, accertare e determinare le rispettive porzioni di responsabilità delle parti evocate in giudizio, limitando l'eventuale - ma comunque non creduta - condanna della D.N. s.p.a. alla quota di sua esclusiva competenza ed in ogni caso condannare l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna ed i Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., a rimborsare alla D.N. s.p.a. ogni somma che quest'ultima, in forza dell'eventuale vincolo della solidarietà passiva, fosse tenuta a corrispondere al Sig. F. A. in eccesso rispetto a quanto risulterebbe dovuto in dipendenza della sua eventuale quota di responsabilità e/o di apporto causale.

d) in via di estremo subordine.

Nella denegatissima, ma comunque non creduta ipotesi, in cui la la Corte adita dovesse accertare e dichiarare una qualsivoglia responsabilità di D.N. s.p.a. in relazione alle contestazioni formulate dal Sig. A., con riferimento al ricovero risalente al periodo 29.04.07-05.05.07, in conseguenza dell'operato dei Dott.ri E. A., L. C. C. e V. G., condannare solidalmente costoro, quali responsabili, ovvero co-responsabili, del trattamento sanitario a cui fu sottoposto il predetto Sig. A. in occasione del ricovero effettuato presso D.N. s.p.a. nel periodo poc'anzi ricordato a garantire, tenere completamente indenne e risarcire essa D.N. s.p.a. da quanto quest'ultima dovesse essere condannata a pagare al Sig. A. in virtù della sentenza che verrà emanata all'esito del presente grado del giudizio.

e) In ogni caso.

Ridurre - per tutte le ragioni esposte ed illustrate nella parte narrativa della comparsa di risposta del 05.10.2016 - il quantum del risarcimento eventualmente dovuto dalla D.N. s.p.a. e, per l'effetto, condannare il Sig. F. A. a restituire quanto medio tempore corrisposto in suo favore da D.N. s.p.a. in eccesso rispetto a quanto da essa dovuto, maggiorato di interessi legali a far data dal pagamento fino all'effettiva restituzione.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari di giudizio, oltre C.P.A. ed I.V.A. e rimborso forfettario delle spese generali di studio, nel rispetto del principio della soccombenza, di entrambi i gradi del giudizio».

Gli appellati e appellanti incidentali G. e A. hanno così precisato le conclusioni:

Voglia la Ecc.ma Corte d' Appello di Bologna

In via principale:

- rigettare il gravame avversario tutto nonché ogni eccezione e/o deduzione ivi contenuta;
- riformare la sentenza nella parte in cui recita:
- “Corretta appare la differenziazione di responsabilità tra i sanitari delle varie strutture, né si può accogliere la tesi per la quale i tre medici intervenuti presso la D.N., pur non essendo specialisti per il problema riferito, avrebbero operato con la dovuta diligenza. Secondo il consulente essi ben avrebbero dovuto indirizzare immediatamente il paziente, molto più celermente di quanto fatto, presso un'ideale struttura ospedaliera, per una valutazione in ambito neurologico, con un quesito diagnostico specifico per lo specialista.” statuendo invece che “La responsabilità tra i sanitari grava unicamente sui sanitari delle strutture sanitarie Ausl locali in Romagna, in quanto nulla si può imputare all'intervento dei sanitari della D.N., che appare secondo quanto emerso nella perizia medica, idoneo e diligente.”
- “accoglie la domanda e condanna AUSL Ravenna, Casa di cura D.N., A. E., C. L. C., G. V., in solido tra loro, al risarcimento in favore dell'attore dell'importo di € 587.247,50 per danno non patrimoniale ed € 23.032,18 per danno patrimoniale oltre

interessi dal sinistro al saldo sulla somma svalutata al sinistro (dal giorno del pagamento per i danni patrimoniali) e rivalutata di anno in anno fino alla pubblicazione della sentenza;” statuendo invece che “Accoglie la domanda e condanna AUSL Ravenna, Casa di cura D.N., in solido tra loro, al risarcimento in favore dell’attore dell’importo di € 587.247,50 per danno non patrimoniale ed € 23.032,18 per danno patrimoniale oltre interessi dal sinistro al saldo sulla somma svalutata al sinistro (dal giorno del pagamento per i danni patrimoniali) e rivalutata di anno in anno fino alla pubblicazione della sentenza. Stabilisce che nulla è dovuto a titolo di risarcimento da parte dei signori G. ed A.,”

- “dichiara che nei rapporti interni detti importi vanno ripartiti per il 73,3% a carico dell’AUSL e la parte restante del 26,7% a carico della D., in solido per il 6,7% con A., per il 6,7% con C. e per il 6,7% con G.,” statuendo invece che “dichiara che nei rapporti interni detti importi vanno ripartiti per il 73,3% a carico dell’AUSL e la parte restante del 26,7% a carico della D. in solido tra loro;”

In via subordinata:

- nella denegata ipotesi in cui i signori V. G. ed E. A. dovessero essere ritenuti responsabili a qualsiasi titolo dei danni lamentanti dal signor F. A., condannare la società assicuratrice Milano Assicurazioni Spa ora Unipolsai assicurazioni S.p.A., in persona del legale rappresentante pro tempore, a tenere indenni e manlevare gli stessi da ogni responsabilità di carattere economico.

In ogni caso

- con vittoria di spese e di compensi legali di entrambi i gradi di giudizio.

L’appellato e appellante incidentale dottor L. C. ha così precisato le conclusioni:

Voglia l’Ecc.ma Corte d’Appello di Bologna,

per tutte le ragioni esposte nella comparsa di costituzione e risposta ed appello incidentale nell’interesse dell’appellato Dott. L. C. C., ed ogni contraria istanza ed eccezione disattesa e reietta,

In via principale e nel merito:

rigettare le deduzioni e conclusioni formulate dall’appellante, Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, nonché dall’appellato A. F., ove prevedano una responsabilità in capo al Dott. C. L. C.;

in accoglimento dell’appello incidentale formulato dal Dott. C. e ritenuti fondati i motivi di gravame esposti nei confronti della sentenza appellata n. 291/2016 resa dal Tribunale di Ravenna, Giudice Annarita Donofrio, pubblicata in data 10/03/2016, riformare la sentenza nella parte in cui è scritto: “Corretta appare la differenziazione di responsabilità tra i sanitari delle varie strutture, né si può accogliere la tesi per la quale i tre medici intervenuti presso la D.N., pur non essendo specialisti per il problema riferito, avrebbero operato con la dovuta diligenza. Secondo il consulente essi ben avrebbero dovuto indirizzare immediatamente il paziente, molto più celermente di quanto fatto, presso un’idonea struttura ospedaliera, per una valutazione in ambito neurologico, con un quesito diagnostico specifico per lo specialista” statuendo invece che “La responsabilità tra i sanitari grava unicamente sui sanitari delle strutture sanitarie Ausl della Romagna, in quanto nessuna responsabilità si può imputare all’operato dei sanitari della D.N., che risulta in base a quanto emerso nella perizia medica, corretto e diligente”;

riformare la sentenza nella parte in cui è scritto: “accoglie la domanda e condanna AUSL Ravenna, Casa di cura D.N., A. E., C. L. C., G. V., in solido tra loro, al risarcimento in favore dell’attore dell’importo di € 587.247,50 per danno non patrimoniale ed € 23.032,18 per danno patrimoniale oltre interessi dal sinistro al saldo sulla somma svalutata al sinistro (dal giorno del pagamento per i danni patrimoniali) e rivalutata di anno in anno fino alla pubblicazione

della sentenza” statuendo invece che “accoglie la domanda e condanna AUSL Ravenna, Casa di cura D.N., in solido tra loro, al risarcimento in favore dell’attore dell’importo di € 587.247,50 per danno non patrimoniale ed € 23.032,18 per danno patrimoniale oltre interessi dal sinistro al saldo sulla somma svalutata al sinistro (dal giorno del pagamento per i danni patrimoniali) e rivalutata di anno in anno fino alla pubblicazione della sentenza. Stabilisce che nulla è dovuto a titolo di risarcimento da parte del signor C. L. C.”;

riformare la sentenza nella parte in cui è scritto:

“dichiara che nei rapporti interni detti importi vanno ripartiti per il 73,3% a carico della AUSL e la parte restante del 26,7% a carico della D., in solido per il 6,7% con A., per il 6,7% con C. e per il 6,7% con G.” statuendo invece che “dichiara che nei rapporti interni detti importi vanno ripartiti per il 73,3% a carico della AUSL e la parte restante del 26,7% a carico della D. in solido tra loro”.

riformare la sentenza nella parte in cui è scritto:

“Riguardo invece al dott. C., lo stesso ha invocato una polizza in essere con la Vittoria Ass.ni, che risulta però a secondo rischio e pertanto operante solo oltre il massimale garantito dalla polizza prodotta dalla casa di cura, che appare perfettamente congruo a coprire ogni responsabilità nel caso di specie in base agli importi risarcitori sopra riconosciuti. Per tale motivo nessuna copertura sarà dovuta dalla Vittoria se non a secondo rischio” statuendo invece che “Il dott. C. risulta assicurato con Vittoria Assicurazioni e per tale motivo lo stesso dovrà essere interamente manlevato dalla predetta Vittoria Ass.ni da ogni condanna riportata nella presente sede”;

riformare la sentenza nella parte in cui è scritto:

“dichiara che Vittoria Ass.ni è obbligata solo a secondo rischio a tenere indenne C. L. C. per i fatti di causa” statuendo invece che “condanna Vittoria Assicurazioni a tenere indenne C. L. C. di ogni somma dovuta in virtù della presente sentenza”.

In via subordinata:

nella denegata ipotesi di rigetto della domanda formulata in via principale, statuire che sussiste una minore responsabilità del Dott. C. L. Carlo rispetto a quella stabilita nella sentenza impugnata e conseguentemente ridurre la percentuale di risarcimento posta a suo carico.

IN OGNI CASO, si chiede

Dichiarare che Vittoria Assicurazioni S.p.a. è tenuta a garantire e manlevare il Dott. C. L. C. e condannare la medesima Vittoria Assicurazioni S.p.a. a tenere indenne il Dott. C. L. C. di ogni somma dovuta ed a rimborsargli tutto quanto medio tempore eventualmente corrisposto dal medico in esecuzione dell’impugnata sentenza, oltre interessi legali dal pagamento alla data di effetti

L’appellata VITTORIA ASSICURAZIONI così precisa le conclusioni:

“Voglia la Corte Ecc.ma, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, rigettare l’appello proposto dall’AUSL della Romagna avverso l’impugnata sentenza nella parte in cui viene richiesta, in via principale, declaratoria di nullità, ingiustizia, erroneità della sentenza di condanna dell’AUSL medesima, nonché declaratoria di nulla dover risarcire da parte dell’AUSL al sig. A., e confermata per intero su tali punti la detta sentenza, condannare l’appellante alla rifusione delle spese del grado.

Rigettare altresì gli appelli incidentali di A. F., di Casa di Cura D.N. S.p.A. [per il capo di cui alla lettera b) a pag. 32 e 33 della sua comparsa di risposta] e di L. C. C. (per il capo di cui al numero 3 alle pagg. 19 e segg. della sua comparsa di costituzione e risposta). Vinte le spese anche nei confronti degli appellanti incidentali”.

L’appellata UNIPOLSAI così precisa le conclusioni:

“Reiectis contrariis, piaccia all’Ecc.ma Corte di Appello di Bologna,

- in via preliminare dichiarare l’inammissibilità dei motivi di appello principale e incidentale così come eccepita con ogni conseguenziale provvedimento;

- nel merito, ferme restando le domande ed eccezioni proposte da Milano Assicurazioni S.p.A. ora UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A. nel primo grado di giudizio, respingere l’appello principale proposto da AUSL della Romagna nonché l’appello incidentale proposto da A. F. perché infondati in fatto ed in diritto.

Con vittoria di spese e compenso professionale oltre rimborso forfettario delle spese generali nella misura del 15%, CAP e IVA come per legge”.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

A. F. con atto notificato nel gennaio 2013 citò in giudizio l’AUSL di Ravenna e la Casa di Cura D.N. s.p.a. per ottenere il risarcimento dei danni conseguenti alla negligenza ed imperizia dei sanitari del Pronto Soccorso dell’Ospedale di Ravenna, dell’Ospedale di Lugo e della casa di Cura D.N., in Ravenna.

Al Pronto Soccorso ebbe a rivolgersi infatti, con tre successivi accessi, dal 26 al 29 aprile 2007, in preda ad acute crisi di dolore agli arti inferiori, accompagnate da difficoltà a stare in piedi, perdita di sensibilità, e difficoltà ad urinare; quindi, visto che in tutte queste occasioni lo avevano dimesso, si fece ricoverare nella Casa di Cura D.N., il 29 aprile, senza peraltro ottenere, anche qui, approfondimenti diagnostici o cure, salvo una richiesta di consulenza che comportò il giorno 3 di maggio il trasporto del paziente alla Neurochirurgia di Lugo, dove fu indicata la necessità di svolgere una RMN lombo sacrale estesa da L1 a S1.

Svolta, il 4 maggio, la RMN, il 5 maggio si fece visitare dal dottor Borghesi, neurochirurgo, che

diagnosticò la paresi in atto, ed infine pervenne nuovamente al Pronto Soccorso di Ravenna che lo inviò alla Neurologia dell'ospedale Bufalini di Cesena, dove espletati gli accertamenti ritenuti necessari fu immediatamente sottoposto ad un intervento chirurgico di asportazione dell'ernia, in esito al quale tuttavia rimase privo dell'uso delle gambe.

Ritenendo che la paralisi degli arti inferiori fosse ascrivibile in nesso di causa – effetto, alla trascuratezza dei sanitari interpellati dal 26 aprile al 5 maggio, che aveva ritardato la esecuzione dell'intervento, consentendo la produzione del danno neurologico altrimenti evitabile, l'A. convenne l'ASL di Ravenna e la Casa di Cura D.N..

La D.N. chiamava a sua manleva in giudizio i tre medici che avevano avuto in cura il paziente presso la struttura, dottori A., C. e G..

Tutti i medici si costituivano, i dottori A. e G. chiamavano a manleva la Milano Ass.ni e il dottor C. la Vittoria Ass.ni.

La causa si svolgeva con prove per testi e CTU medico-legale, e veniva definita con la sentenza impugnata, che affermava la responsabilità concorrente della Azienda UsI di Ravenna e della Casa di Cura D.N., nonché dei dottori A., C. e G. che trattarono il paziente presso quest'ultima, quantificando il riparto interno delle responsabilità, e pronunciando di conseguenza le condanne.

L'AUSL di Ravenna impugnava la sentenza, (pubblicata il 10.3.2016 e non notificata) citando le controparti avanti alla Corte di Appello per la udienza del 25 ottobre 2016, con atto notificato in proprio a mezzo PEC il 3 maggio 2016, prospettando i seguenti motivi:

1) Erroneità, ingiustizia e assenza di motivazione della sentenza resa nella parte in cui il Tribunale di Ravenna riconosce la responsabilità prevalente dei sanitari dell'AusI della Romagna nella causazione dei danni lamentati dall'attore, facendo proprie le conclusioni del CtU senza alcun esame critico, in particolare alla luce della effettiva complessità della diagnosi della sindrome da *cauda equina*; in buona sostanza, l'appellante sostiene che i sintomi della patologia in atto erano emersi solo in seguito, quando già il paziente era presso la Casa di Cura D.N., e dunque è a questa struttura che fa capo la responsabilità del danno biologico.

2) Erroneità ed ingiustizia della sentenza resa nella parte in cui il Tribunale di Ravenna valorizza e quantifica il danno non patrimoniale in favore del sig. A., laddove non era provato che un trattamento chirurgico tempestivo – dunque, per quel che compete all'AsI, anticipato al 1° maggio 2007 – avrebbe avuto sul paziente una riduzione, certa, di danno neurologico. Erroneità nella parte in cui quanto alla invalidità temporanea, il giudice non ha tenuto conto del fatto che l'attore, in conseguenza dell'evento accidentale occorso (caduta), avrebbe comunque patito un quid a titolo di inabilità temporanea (da scomputare nel quantum complessivamente valorizzato e successivamente quantificato).

3) Erroneità ed ingiustizia della sentenza resa nella parte in cui il Tribunale di Ravenna valorizza e quantifica la personalizzazione del danno non patrimoniale complessivamente considerato (25% di € 452.518,00).

4) Erroneità ed ingiustizia della sentenza resa nella parte in cui il Tribunale di Ravenna valorizza e quantifica il danno patrimoniale a favore del signor A., comprendendovi le spese di Ctp, e le spese necessarie per adattare la abitazione per € 17.412,00 e l'auto per € 4.502,20, senza alcuna valutazione di congruità e senza tenere conto delle agevolazioni fiscali che prevedono una detrazione Irpef del 36 % ed un'aliquota IVA del 4% per le prestazioni di servizio relative all'appalto dei lavori.

5) Deduceva la erroneità della sentenza nella parte in cui aveva condannato solo i convenuti a sostenere, in solido, le spese di CtU

6) Chiedeva il rinnovo della CtU, e deduceva che la responsabilità medica deve essere inquadrata tra le ipotesi di responsabilità aquiliana,

7) Deduceva la erroneità ed ingiustizia della sentenza nella parte in cui riconosce la responsabilità solidale delle strutture sanitarie convenute, pur dopo avere ritenuto che l'evento di danno subito dal sig. A. fosse ascrivibile, in diversa misura percentuale, all'operato indipendente dei sanitari dell'una e dell'altra struttura, il che deve comportare invece la responsabilità percentuale come accertata, senza la possibilità di agire in regresso nei confronti dell'altra di quanto già versato

Si costituivano tempestivamente in grado di appello tutte le controparti.

L'A. contestava preliminarmente la ammissibilità dell'appello, ex art.342 e 348 bis cpc, e nel merito la sua fondatezza, sotto ogni profilo; rilevava in particolare che i sintomi della sindrome della *cauda equina* erano riconoscibili già dal 28 aprile, e che correttamente il primo giudice aveva ravvisato responsabilità

sia dell'ASL che della Casa di Cura; deduceva che quanto alla invalidità temporanea il ctu aveva già considerato il danno differenziale, che la personalizzazione spettava anche in ragione del dolore che accompagna nel caso di specie la limitazione funzionale; che la richiesta di rinnovazione della CtU era immotivata, in assenza di profili di nullità così come di contestazioni specifiche e puntuali, del tutto omesse dalla difesa dell'Asl in primo grado.

Proponeva appello incidentale, chiedendo che il conteggio del danno biologico permanente differenziale venisse operato correttamente e quindi sulla invalidità del 70 % da cui si sarebbe detratto l'importo dovuto per una invalidità del 10 %, con il risultato di riconoscere come dovuta la somma – base di € 548.222,00, da personalizzare; chiedeva il riconoscimento di spese mediche per € 5.729,92, quindi maggiori di quelle di soli € 1.118,18, riconosciute dal CtU, oltre alle spese future per i farmaci, e alle spese future per l'assistenza personale; chiedeva anche la riliquidazione delle spese legali, in ragione del maggior importo per cui doveva essere pronunciata la condanna.

D.N. S.p.a. (infra: D.N.), chiedeva in primo luogo, il rigetto dell'appello principale nella parte in cui teso a contestare la responsabilità dell'Azienda USL di Ravenna, invece l'accoglimento dei motivi ulteriori, diretti a contestare la liquidazione e personalizzazione del danno; nel contempo, proponeva appello incidentale, deducendo:

- Erroneità, ingiustizia e assenza di motivazione della sentenza resa nella parte in cui il Tribunale di Ravenna riconosceva la responsabilità di D.N. e dei sanitari in servizio presso la stessa nella causazione dei pregiudizi lamentati dal Sig. A., omettendo di rilevare che le ipotizzate carenze erano del tutto prive di efficienza causale nel determinismo eziologico dei postumi riscontrati nel Sig. A. o comunque, di rilievo assolutamente esiguo e trascurabile.
- Violazione e falsa applicazione della norma di cui all'art.112 c.p.c. in relazione all'omessa pronuncia in ordine alle domande di regresso spiegate da D.N. nei confronti di Ausl della Romagna e i medici evocati in giudizio. Erronea personalizzazione del danno e liquidazione in eccesso del danno patrimoniale.
- Sosteneva anche che il Tribunale avrebbe dovuto attribuire detta responsabilità direttamente in capo ai singoli sanitari in servizio presso D.N., vale dire in capo a coloro che, in concreto, si occuparono del Sig. A., in tal modo esonerando completamente D.N. da una qualsivoglia responsabilità, in relazione ai pregiudizi lamentati dal Sig. A..

Si è costituito il dottor C., chiedendo il rigetto del primo motivo dell'appello principale e svolgendo appello incidentale, ritenendo erronea la affermazione di responsabilità nei suoi confronti; rilevava che la CTU aveva evidenziato la correttezza del trattamento da parte dei medici operanti presso la D.N.; che piuttosto doveva ritenersi responsabile la Casa di Cura, per avere ricoverato il signor A. il 29 aprile del 2007, di domenica, (contrariamente a quanto previsto dalla circolare 18/02/2005 della AUSL di Ravenna che consente il ricovero dei pazienti solo nei giorni lavorativi compresi tra il lunedì e il sabato), e tra l'altro in un reparto di medicina interna e non di ortopedia; il dottor C. precisava di avere visitato il paziente la prima volta il 2 maggio, e di avere immediatamente chiesto una visita neurologica, inviando il paziente all'ospedale di Lugo, dove peraltro nessuno dei medici specialisti ritenne necessario ed opportuno trattenere il paziente in ospedale, ovvero effettuare un trattamento chirurgico urgente della patologia in atto. Specificava tre motivi di impugnazione incidentale:

- 1) Erroneità, mancanza di motivazione, ingiustizia della sentenza resa riguardo la mancata valutazione della negligente procedura di ricovero del sig. A..
- 2) Erroneità, contraddittorietà, ingiustizia della sentenza resa in merito al riconoscimento di responsabilità in capo al Dott. C. L. C., medico non specialista della patologia.
- 3) Erroneità, contraddittorietà, ingiustizia della sentenza resa ove dichiara che Vittoria Assicurazioni S.p.a. è obbligata solo a secondo rischio a tenere indenne C. L. C. per i fatti di causa.

Si costituivano anche con unica difesa, i dottori A. e G., di D.N. Spa, che riproponevano le medesime contestazioni, e la stessa impugnazione incidentale, limitata peraltro ai primi due motivi.

Si costituiva UNIPOLSAI, dichiarando di avere versato all'A., in esecuzione della sentenza impugnata a manleva degli assicurati, la somma di € 24.356,33 quale quota del risarcimento (pari al 6,7%) posto a carico dell'assicurato dott.ssa E. A.; e altrettanto per quanto posto a carico dell'assicurato dott. V. G..

Si costituiva VITTORIA ASSICURAZIONI chiedendo di rigettare l'appello proposto dall'AUSL della

Romagna avverso l'impugnata sentenza nella parte in cui viene richiesta, in via principale, declaratoria di nullità, ingiustizia, erroneità della sentenza di condanna dell'AUSL medesima, nonché declaratoria di nulla dover risarcire da parte dell'AUSL al sig. A., e rigettare altresì gli appelli incidentali di A. F., di Casa di Cura D.N. S.p.A. e di L. C. C., con vittoria delle spese anche nei confronti degli appellanti incidentali.

In secondo grado veniva disposto un approfondimento di ctu, sulle condizioni fisiche dell'A., perché la difesa della Azienda USL ha espresso dubbi in esito ad una investigazione disposta. Infine la causa è stata trattenuta in decisione sulle conclusioni precisate come in epigrafe alla udienza del 6.7.2021.

*

Per definire il quadro normativo di riferimento, si osserva che: a) le norme poste dagli artt. 3, comma 1, del d.l. n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012, in assenza di disposizioni transitorie, conformemente all'art. 11 delle disp. prel. Cc. non erano ritenute ad efficacia retroattiva; b) tali norme sono state inoltre attualmente abrogate, e la disciplina attuale si rinviene all'art.7 della legge 24 del 2017; c) tale normativa, nella parte in cui disciplina i criteri di accertamento della colpa e di valutazione della diligenza, secondo il consolidato orientamento della Suprema Corte si applica solo ai fatti verificatisi successivamente alla entrata in vigore. (Cass. 28811 e 28994 del 2019)

Dunque nella fattispecie in esame, la obbligazione e la responsabilità sono contrattuali, e vanno applicati i relativi criteri, circa il riparto dell'onere della prova. Quindi, per regola generale, grava sul sanitario dare la prova della sua assenza, come affermato dalla giurisprudenza della Suprema Corte mentre il medico, per liberarsi della responsabilità e della conseguente obbligazione risarcitoria, è gravato dell'onere di dare la prova del proprio esatto adempimento, e dell'evento imprevedibile e inevitabile che ha comportato la causazione di quel danno (vedi, tra le altre, Cass., 4928 del 2018, 20904 del 2013, 577 del 2008).

In conseguenza di tale premessa, va respinto il motivo di appello indicato sub 6) con cui l'appellante principale Azienda USL chiedeva il rinnovo della CtU, assumendo che la responsabilità medica deve essere inquadrata tra le ipotesi di responsabilità aquiliana.

Riprendendo, nell'ordine espositivo, i restanti motivi, si osserva quanto segue.

**

Il primo motivo dell'appello principale della Azienda USL di Ravenna e dell'appello incidentale della Casa di Cura D.N. S.p.A., diretti a contestare, ciascuno, la affermazione della propria responsabilità, sono infondati, per quanto si dirà brevemente.

Che l'operato dei sanitari dell'Ausl di Ravenna che ebbero in cura il sig. A. il 28 aprile 2007 sia stato inadeguato emerge con chiarezza, non solo per il parere in tal senso espresso dal CtU, ma anche per quanto direttamente apprezzabile, vista la sequenza fattuale non contestata, la storia clinica del paziente, e i referti che i sanitari del Pronto Soccorso ebbero a disposizione quel giorno.

Il paziente, che già seguiva una terapia farmacologica prescritta dal medico di base per fronteggiare il dolore, si era rivolto al Pronto soccorso, arrivandoci in autonomia, il 26 aprile, lamentando dolori di una certa importanza alle gambe, evidentemente non contenuti dalla terapia in atto; in questa occasione i sanitari annotarono che il paziente era stato operato di ernia discale nel 1994, e in seguito era stata rilevata stenosi (ossia restringimento) del canale vertebrale.

Dopo la dimissione ritornò, già il giorno successivo, 27 aprile, alle 21.30 c.a., questa volta in ambulanza, aggiungendo una informazione omessa il giorno precedente, ovvero di avere subito un trauma da caduta, una decina di gg prima, e di avere avuto da allora dolori ingravescenti; in questo secondo accesso vennero nuovamente annotate la operazione di ernia del 1994, e la pregressa stenosi del canale vertebrale, indicata con più precisione in sede L2-L5; venne anche fatta una radiografia della colonna lombare, e prescritta una TAC spinale "prioritaria", da fare con urgenza in caso di peggioramento dei sintomi e deficit stenico. Il paziente, trattenuto per la notte, venne dimesso la mattina del 28, prima delle 8.

Il paziente tornò al Pronto Soccorso, una terza volta, sempre in ambulanza, la sera stessa del 28, lamentando un aggravamento, con deficit motorio, cosicché fu eseguita una Tac, al tratto L3-S1, che tuttavia non rilevò ernie che richiedessero interventi chirurgici; non vennero svolte maggiori approfondimenti e il paziente dimesso tornò al proprio domicilio.

Tale quadro evidenzia a carico dei sanitari del Pronto Soccorso di Ravenna un profilo di responsabilità marcato, atteso che in presenza di: una sintomatologia in atto estremamente significativa e ingravescente, resistente ai farmaci e accompagnata, per quanto riferito, già dal 27, ma sicuramente dal 28 da deficit

motori; un recente evento traumatico, annotato, e una anamnesi ben precisa e documentata (il paziente era stato operato di ernia nel 1994, ed era portatore di accertata stenosi del canale vertebrale tra L2 ed L5), era doveroso per i sanitari un dubbio diagnostico e lo svolgimento degli accertamenti strumentali necessari per superare tale dubbio, da estendere quanto meno all'intero tratto lombare: tale necessario approfondimento, come rileva il CtU del tutto condivisibilmente, sarebbe stato decisivo, per la impostazione di un adeguato trattamento, perché avrebbe evidenziato con alta probabilità la presenza dell'ernia, causa prima della sintomatologia resistente ai farmaci, e quindi consentito un intervento chirurgico in urgenza, quasi una settimana prima della data in cui venne effettuato, il 5.5.07.

Né può dirsi esente da responsabilità la Casa di Cura D.N., che accettò di assumere la cura del paziente, entrato il 29 aprile, in giorno di domenica, accogliendolo peraltro in un reparto di medicina generale privo di ortopedici e neurologi, cosicché alla ospitalità non si accompagnò una assistenza specialistica minimamente adeguata al caso; a prescindere dalla dichiarata esistenza di una circolare emanata dalla Ausl di Ravenna in data 18/02/2005, che prevedeva il ricovero dei pazienti solo ed esclusivamente nei giorni lavorativi, è comunque evidente che la Casa di Cura non era attrezzata per gestire il paziente, e ha quanto meno accettato il rischio di non potergli prestare le cure necessarie, assumendosene la responsabilità.

Per principio solidamente affermato e ribadito, il contratto di ospitalità, o assistenza sanitaria, che consegue al ricovero in una struttura sanitaria, sia essa privata o pubblica, presenta una autonomia, rispetto al rapporto che si instaura tra il paziente ed i medici che prestano la attività a vario titolo nella struttura, cosicché vi è spazio per affermare la responsabilità della Casa di Cura, in ragione dell'inadempimento delle obbligazioni ad essa direttamente riferibili (vedi Cass. S.U. n. 9556 del 2002, n. 1698 del 2006, 577 del 2008 1620 del 2012 Cass.1043 del 2019), obbligazioni che non si limitano alle prestazioni di ospitalità "alberghiera", comprendendo la messa a disposizione di personale e attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve infatti fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ricomprende la prestazione principale medica, e una serie di obblighi di protezione correlati ed accessori. Ciò comporta che si può avere una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche della struttura stessa, in caso di insufficiente o inadeguata organizzazione.

Che durante il periodo di ricovero il paziente non sia stato trattato come doveva in relazione alla patologia in atto è evidente, e tuttavia ciò non può essere, ad avviso della Corte, imputato ai medici, che hanno spiegato diligentemente le loro competenze per curare il paziente in modo adeguato. Va ricordato, infatti, che F. A. venne ricoverato dopo plurimi accessi al Pronto Soccorso di Ravenna, dove era stato sottoposto a visite e accertamenti richiesti da specialisti neurologi che, pur in presenza di dolori tali da costringere l'A. a ricorrere al trasporto tramite ambulanza lo rimandarono a casa con una diagnosi di lombosciatalgia e prescrizione di trattamento farmacologico.

Dunque, all'ingresso nella struttura i sanitari non potevano ragionevolmente rappresentarsi la necessità di assumere in prima persona, in giorno di domenica e quindi con una ridotta disponibilità di servizi, iniziative in contrasto con quanto fino a quel momento era stato fatto assai più autorevolmente. Né pare diversa la situazione dei dottori C. e G., che presero contatto con il paziente nella prima occasione possibile, in data 2 maggio 2007, e richiesero per l'A. una visita urgente neurologica presso l'Ospedale di Lugo, così operando con i mezzi a loro disposizione per consentire un approfondimento della diagnosi, idonea a integrare o superare la diagnosi del Pronto Soccorso di Ravenna. Il 3 maggio 2007, poi, al rientro dalla visita svolta, i medici del reparto di medicina interna di D.N. contattarono l'Ospedale civile di Ravenna per richiedere una risonanza (RMN) urgente, che venne negata, motivo per cui in seguito il paziente fu indirizzato al Centro Olympus ove l'esame venne (finalmente) eseguito in data 04 maggio 2007.

Deve quindi ritenersi diligente e corretto l'operato dei singoli sanitari, in relazione alle loro competenze, anche se il trattamento complessivamente riservato al paziente nella Casa di Cura D.N. nel periodo dal 29 aprile al 5 maggio non è stato adeguato alle necessità di cura: si è così data risposta ai motivi di impugnazioni formulati con gli appelli incidentali dei dottori A., C. e G., che sono fondati e vanno accolti. Quanto ai medici del presidio di Lugo, che eseguirono una visita neurologica richiesta con urgenza dai colleghi, si osserva che il quadro che ebbero ad apprezzare evidenziava già i sintomi della sindrome della *cauda equina*, e quindi della compressione delle radici lombo sacrali, per gli sviluppi manifestatisi dal 29 aprile 2007 e ancor di più nelle giornate successive, e annotati dai sanitari della D.N., come risulta

chiaramente dalla documentazione versata in atti e indicata dal CTU: ipoestesia dell'arto inferiore sinistro il 29 aprile 2007, deficit sensitivo agli arti inferiori e limitazione funzionale, visione della TAC che mostrò compressione midollare da L3 il 30 aprile 2007, marcata ipostenia alle gambe e regressione del dolore il 2 maggio 2007. Dunque, una volta eseguita la visita e accortisi della necessità di esami strumentali non disponibili presso la struttura che ospitava il paziente, i sanitari di Lugo, avrebbero potuto, e dovuto, approntare un percorso di indagine e cura alternativo e più efficiente. Evidenziate le responsabilità sopra descritte pare ineccepibile la ripartizione proporzionale operata in primo grado.

Con il secondo motivo dell'appello principale la difesa della Azienda deduce la erroneità della sentenza, emessa in mancanza di prova certa del nesso causale, non essendo dimostrato che un trattamento chirurgico più tempestivo avrebbe comportato per il paziente una riduzione del danno neurologico.

Il motivo è infondato, alla luce dei principi di diritto che regolano la attività di cura, e degli elementi fattuali rilevati.

A partire dalla enunciazione operata dalle sezioni unite in materia di obbligazioni contrattuali, con la sentenza 13533 del 2001, si è costantemente affermato che al creditore della prestazione contrattuale compete il solo onere di allegare il danno, e l'inadempimento della controparte, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, da ritenersi quindi in nesso causale con la condotta, mentre il debitore della prestazione è gravato dell'onere di dimostrare il proprio esatto adempimento, e la sussistenza di un evento esterno imprevedibile e o inevitabile: a tale convincimento portano infatti sia il dettato dell'art.2697 cc, che distingue tra fatti costitutivi e fatti estintivi dei diritti, sia il principio di vicinanza della prova, che tiene conto della concreta possibilità che le parti del rapporto hanno di dare dimostrazione delle condotte e dei fatti che rientrano nella propria sfera di azione.

Dunque, in materia di responsabilità medica contrattuale, si suole dire, sinteticamente, che spetta al paziente di dimostrare il danno subito, costituito dall'insorgenza o dall'aggravamento della patologia, in nesso causale con il trattamento (o omesso trattamento) sanitario, mentre il medico, per liberarsi della responsabilità e della conseguente obbligazione risarcitoria, è gravato dell'onere di dare la prova del proprio esatto adempimento, e dell'evento imprevedibile e inevitabile che ha comportato la causazione di quel danno (vedi, tra le altre, Cass., 4928 del 2018, 20904 del 2013, 577 del 2008).

Il principio di causalità materiale, che opera anche nell'ambito della responsabilità civile, è poi definito dagli artt.40 e 41 del codice penale, (salve le differenze circa la regola probatoria probabilistica, o meno, nella indagine sul nesso, di cui si dirà a breve) per cui ogni comportamento antecedente che abbia generato, o anche solo contribuito a generare, l'evento, deve considerarsi "causa materiale" dell'evento stesso, a prescindere da ogni valutazione di prevedibilità soggettiva.

Infatti il concorso di cause, preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole non esclude il rapporto di causalità "materiale" fra l'azione od omissione e l'evento, eccettuato il caso in cui tali cause siano state da sole sufficienti a determinare l'evento. Ciò significa che, qualora la produzione di un evento dannoso risulti, come nel caso di specie, riconducibile ad una causa naturale (preesistente ernia), e alla condotta umana (omessa diagnosi tempestiva, e ritardo nell'intervento) l'autore del fatto illecito risponde, in base ai criteri della causalità materiale, dei danni che ne sono derivati; le concause naturali escludono il nesso causale quando possano dirsi, da sole, sufficienti a determinare l'evento, mentre negli altri casi incidono sulla quantificazione del danno risarcibile.

Va pure considerato che il diritto vivente da più di un decennio ha marcato la differenza tra la regola probatoria del nesso causale nel processo penale e quello civilistico, ritenendo che nel primo debba essere conservata la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (cfr. Cass. Pen. S.U. 11 settembre 2002, n. 30328, Franzese), mentre nel secondo deve farsi strada la preponderanza dell'evidenza o "del più probabile che non", stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa, e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti, (così cass.S.U. 576 del 2008, a cui hanno fatto seguito Cass.10741 del 2009, 16123 del 2010, 8430 del 2011, conformi). Anche la Corte di Giustizia CE ha affermato che la causalità in materia civile deve poggiarsi su logiche di tipo probabilistico (CGCE, 13/07/2006, n. 295, e 15/02/2005, n. 12, in tema di tutela della concorrenza).

Dunque, ferma restando la esistenza dell'ernia, nel caso di specie deve ritenersi che un adeguato trattamento da parte dei sanitari intervenuti dal 28 in poi avrebbe evitato molto probabilmente una parte preponderante del danno neurologico: la letteratura medica è infatti per lo più concorde – e di questo

danno atto le difese- nel sostenere che in caso di sindrome da *cauda equina* sia opportuno intervenire chirurgicamente entro le 48 ore dall'insorgenza dei sintomi; nel caso in esame la sintomatologia, progressivamente modificatasi, dal 28 in poi, in senso peggiorativo per l'A., fa ritenere che il danno neurologico, prima modesto, si sia via via aggravato nell'arco di quella settimana, e che il ritardo dell'intervento sia stato determinante nel definirne gli esiti. Questo convincimento deriva dalla lettura della CtU, ma anche dalla valutazione dei dati evidenziati nelle cartelle cliniche. La evoluzione peggiorativa della condizione dell'A., che il 26 aprile era andato al Pronto Soccorso con le sue gambe, seppure addolorato, il giorno successivo invece si dovette far portare dall'ambulanza, e cominciò a manifestare disturbi e limitazioni al movimento, sempre accompagnati da dolori intensi, (vedi la cartella clinica della Casa di Cura, in cui si descrive la condizione, vigile, ma poco collaborante, per il dolore, e la severa limitazione dei movimenti degli arti inferiori, nonostante la terapia farmacologica in atto ormai da tempo) porta a ritenere che il danno neurologico sia stato progressivo, e che un intervento più tempestivo avrebbe evitato l'evoluzione della patologia. D'altro canto, fu semplice esprimere la diagnosi corretta, una volta eseguita la RMN lombare del 5 maggio, e quindi è comprovato, secondo i criteri che reggono la definizione del principio causale in ambito di

responsabilità medica, il nesso causale tra il ritardo nella corretta diagnosi ascrivibile ai sanitari della Azienda Usl e alla Casa di Cura e la lesione alla salute verificatasi.

Conclusivamente, va pienamente condivisa la prima decisione, nella parte in cui ha ravvisato una responsabilità prevalente della Ausl di Ravenna (chiamata a rispondere dell'operato dei sanitari del Pronto Soccorso di Ravenna e dell'Ospedale di Lugo), definita nella misura del 73,3 % complessiva, e una responsabilità minore ma concorrente della Casa di Cura D.N..

La responsabilità della D.N. stimata nella misura del 26,7 %, viene mantenuta, pur escludendo la responsabilità diretta dei sanitari, per le ragioni già sopra esposte, circa la autonomia delle obbligazioni assunte nelle rispettive posizioni.

Il terzo motivo dell'appello principale, con cui la difesa dell'Azienda USL critica il riconoscimento e la misura del danno per personalizzazione, e l'appello incidentale di A. diretto a contestare le modalità di calcolo del danno da invalidità permanente, sono entrambi fondati.

Partendo, per ordine logico, dalla modalità di calcolo del danno per la invalidità, determinato nel 60 % come danno differenziale, si osserva che il criterio di liquidazione seguito dal Giudice non è, in effetti, corretto, dovendosi procedere alla liquidazione del danno risarcibile correlato alla invalidità del 70 %, alla liquidazione del danno risarcibile correlato alla invalidità del 10 %, ottenendo per sottrazione il giusto importo dovuto a titolo di risarcimento del danno differenziale.

Vero è che la modalità di calcolo era suggerita dallo stesso attore in primo grado, ma l'errore in cui è incorso l'attore così operando non esime il giudice da fare corretta applicazione dei criteri di liquidazione, e neppure costituisce un limite intrinseco della domanda, insuperabile ex art.112 cpc, in presenza della clausola di chiusura con cui l'attore rimise al giudice di liquidare la somma maggiore o minore ritenuta di giustizia, (vedi tra le altre, a conferma Cass.n. 12159 del 2021, 25341 del 2015).

Dunque, il risarcimento del danno biologico differenziale, da invalidità permanente, calcolato secondo le ultime tabelle del Tribunale di Milano, del 2021, risulta di €.562.482,00 (€.582.731 – 20.249),

A tale danno deve sommarsi il danno pure esso "differenziale" da invalidità temporanea, in ordine al quale la determinazione del CTU va corretta per due diversi profili: questi con una definizione sintetica, ha indicato in gg.120 di invalidità temporanea totale ed altrettanti da invalidità temporanea al 50 % il danno biologico temporaneo "differenziale", parendo avere tenuto conto, detraendolo, del periodo di invalidità temporanea che non poteva evitarsi, anche in caso di tempestiva diagnosi, come naturale conseguenza dei postumi dell'intervento di rimozione dell'ernia discale insorta.

In effetti, l'esame della documentazione sanitaria che consente di ripercorrere la cronologia dei trattamenti sanitari dell'A. giustifica solo parzialmente la determinazione del periodo di invalidità in termini "differenziali": evidenzia invero un periodo di ricovero protratto, anche a fini di riabilitazione dopo l'intervento, per quattro mesi, fino al 5 settembre 2007, quando il paziente è stato rinvio a casa. Per questo periodo certamente va riconosciuta la invalidità totale, che tuttavia può definirsi differenziale solo sottraendo il periodo di invalidità totale che sarebbe comunque seguito all'ordinario intervento, che si stima ragionevole indicare nel termine, pur ridotto, di otto giorni: dunque, la invalidità temporanea assoluta differenziale si conteggia in 112 giorni.

La invalidità temporanea parziale successiva non può invece essere riconosciuta, a fronte della cristallizzazione di una invalidità permanente del 70 %, che quindi assorbe la invalidità temporanea parziale di grado inferiore illogicamente ipotizzata dal Ctu.

Quanto alla personalizzazione del danno, questa, come è noto, svolge la funzione di adeguare la liquidazione standardizzata, parametrata al punto tabellare, alle conseguenze negative che l'IP ha causato specificamente alla vittima precludendole attività ulteriori, diverse da quelle dell'agire quotidiano e da quelle che qualunque persona, per lo stesso tipo di postumi, si assume aver subito e che costituiscono pertanto la base della previsione tabellare generalizzata.

Come insegna la S.C., la liquidazione del danno biologico con il metodo c.d. tabellare in relazione a un "barème" medico legale esprime in misura percentuale la sintesi di tutte le conseguenze ordinarie che una determinata menomazione presumibilmente riverbera sullo svolgimento delle attività comuni ad ogni persona; essa può essere incrementata in via di "personalizzazione" in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate e provate dal danneggiato, le quali rendano il danno subito più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da lesioni personali dello stesso grado, sofferte da persone della stessa età e condizioni di salute (Cass. 18988/19, 27482/18). Alla personalizzazione si procede dunque solo a condizione che sia dimostrato che a causa delle lesioni ascrivibili al responsabile il danneggiato non possa più svolgere, anche solo con la stessa frequenza ed intensità, attività che prima del sinistro svolgeva in modo non saltuario, e gratificante, purché si tratti di attività proprie del singolo individuo e diverse da quelle generalmente comuni a tutti, e patisca pregiudizi del tutto particolari.

Nel caso di specie, non è contestata la misura del danno biologico permanente accertato, e il grado di invalidità di cui l'A. è portatore, in esito alla vicenda, determinato nel 70 % di cui 60% da attribuirsi, come danno differenziale, alla malpractice sanitaria. Tale danno deve intendersi per definizione comprensivo di tutte le lesioni e limitazioni conseguenti alla paresi, e quindi sia delle limitazioni funzionali degli arti inferiori che delle disfunzioni sessuali e delle complicazioni urologiche o di altro genere rilevabili in sede di consulenza. La paraplegia agli arti inferiori che grava il sig. A., assieme alle conseguenze morali, esistenziali, e di incidenza sulla vita sessuale, sono proprio quelle che caratterizzano, anzi, che hanno condotto alla determinazione della sua percentuale di invalidità nella misura del 70% complessivo.

Dunque, non rileva, al fine di consentire una personalizzazione del danno, la riduzione della attività sessuale, ovvero le disfunzioni urologiche, che debbono ritenersi oggetto del risarcimento onnicomprensivo correlato al barème medico legale applicato. Chiunque, con la medesima percentuale di invalidità, si trova a dover affrontare le medesime menomazioni e le stesse sofferenze lamentate.

Quanto alle altre componenti della invocata personalizzazione, ovvero alla componente del dolore, e alla dedotta rinuncia alla attività amatoriale di allenatore di lotta greco romana, si osserva quanto segue. Il dolore è documentato nella storia clinica del paziente, che dopo i fatti di causa ha accettato la installazione di uno speciale dispositivo per il rilascio continuo di antidolorifico; non consta, dalla relazione di Ctu che si tratti di una componente inevitabilmente connessa al grado di invalidità riconosciuto; dalla documentazione in atti risulta poi che in precedenza l'A. aveva periodi di crisi dolorosa, intervallati a periodi di assenza del dolore, e quindi sussistono i presupposti per riconoscere l'aggravamento del dolore come una componente di personalizzazione del danno permanente risarcibile.

Lo stesso non può dirsi per quanto attiene alla rinuncia alla attività amatoriale di allenatore di lotta greco – romana; in primo luogo si osserva che questa attività era stata genericamente allegata dall'attore, senza documentarne con concretezza la frequenza ed intensità, e il suo perdurante svolgimento all'epoca dei fatti; in secondo luogo va pure considerato il dato oggettivo, ovvero che l'A. era stato operato di ernia nel 1994, aveva già in precedenza crisi temporanee di dolore, e comunque ha avuto una ernia imponente nel 2007: questi dati oggettivi, e il trascorrere del tempo, inducono a ritenere presuntivamente che questa attività fosse naturalmente destinata a venire meno, e la sua cessazione non può ascrivere a responsabilità dei sanitari.

Conclusivamente, escluse alcune delle componenti allegate dal giudice di primo grado, si ritiene di rideterminare nel 10 % la personalizzazione del danno da invalidità, sia permanente che temporanea.

Il danno biologico permanente va quindi risarcito mediante pagamento della somma di €618.730 (€562.482,00 + €56.248,00 a titolo di personalizzazione), il danno da invalidità temporanea mediante pagamento della somma di €12.320,00 (€110 euro al giorno per 112 gg), per un totale di €631.050, così determinata secondo le ultime tabelle milanesi, al 2021; per adeguare la liquidazione alla fattispecie

concreta, la somma complessiva va devalutata alla data del fatto, e cristallizzata nell'importo di €.538.438,57, al 1° maggio 2007.

Infondato il quarto motivo dell'appello principale, che investe la determinazione del danno patrimoniale, e l'appello incidentale di controparte.

Le spese di Ctp per €.1.500,00 sono risarcibili, trattandosi di spese non di cura, ma di difesa, giustificate in assenza di adempimento spontaneo della obbligazione risarcitoria e comunque congrue; del pari vanno riconosciute le spese sostenute per adattare la abitazione, (di €.17.412,00), e l'auto, (di € 4.502,20), vista la documentazione in atti, (doc.51 ss, 63 di parte attrice) le prove testimoniali assunte a conferma della esecuzione dei lavori e la congruità delle spese secondo la comune esperienza; quanto agli aspetti fiscali si osserva che nelle fatture è applicata l'IVA al 4 %, e dunque l'importo va riconosciuto nella sua effettività; parte appellante d'altro canto non ha provato che l'A. potesse in concreto beneficiare della agevolazione fiscale del 36 %.

Non vi sono i presupposti per riconoscere le maggiori spese mediche di €.5.729,92, atteso il parere sul punto espresso dal Ctu (che ne ha riconosciute per soli €.1.118,18), a cui deve ascrivere una specifica competenza, che gli consente di individuare i farmaci e le cure correlate alla patologia oggetto del giudizio di responsabilità, distinguendole da altre che possano rendersi necessarie per altre cause, preesistenti o sopravvenute.

Non possono essere riconosciute spese future per i farmaci, atteso il carattere generico della allegazione, e la mancanza di prova in ordine al fatto che tali spese siano destinate a restare a carico dell'A.; neppure possono essere riconosciute spese future per l'assistenza personale, attesa la indennità di accompagnamento già riconosciuta all'A..

Quanto alla dedotta erroneità della prima decisione, per avere condannato i convenuti in solido, pur in presenza di prestazioni differenti, il motivo è infondato, atteso che i principi che disciplinano la solidarietà contenuti agli artt.1292 cc ss prevedono sempre la responsabilità solidale nel caso in cui un danno sia ascrivibile a condotte plurime, (come appunto avviene nella fattispecie), a nulla rilevando che ciascuno dei responsabili abbia contribuito al verificarsi dell'evento dannoso rendendosi inadempiente ad obblighi scaturiti da fonti diverse (vedi tra le tante Cass.24405 del 2021, 12561 del 2017, 8372 del 2014, 7404 del 2012).

*

Conclusivamente, la prima decisione va riformata parzialmente: la condanna va riformata nei soli confronti dei medici che hanno prestato servizio presso la Casa di Cura D.N. s.p.a., esenti da responsabilità; consegue la esclusione della condanna emessa nei loro confronti a concorrere al rimborso delle spese di controparte; il danno patrimoniale viene confermato nella misura liquidata, anche se in dispositivo appare ridotto, perché devalutato alla data del fatto, con un margine di determinazione equitativa, mentre il danno non patrimoniale va ridotto all'importo di €.538.438,57, alla data del fatto; vanno poi riconosciuti gli interessi sulla somma annualmente rivalutata fino alla data della prima decisione, cosicché la somma dovuta è di € 732.959,55 oltre interessi legali successivi al 10.3.2016.

Parrebbe che, a seguito della pronuncia A. abbia ottenuto quanto statuito in primo grado; in tal caso dovrà restituire la eventuale differenza pro quota alla Azienda Usl e alla Casa di Cura D.N.: i termini sono dubitativi, perché le difese non hanno precisato, nelle conclusioni prese, gli importi medio tempore versati all'A., e le date del pagamento e dunque la condanna, anche alle eventuali restituzioni, non può essere che generica. La assicurazione che è intervenuta per i medici di D.N., d'altro canto, non ha chiesto la restituzione delle somme versate, e dunque sul punto non vi è pronuncia.

Le spese del grado di appello si compensano integralmente tra l'Azienda Sanitaria, e la D.N., attesa la soccombenza reciproca nel grado.

D.N. è condannata a rifondere ai dottori A., C. e G. le spese dei due gradi di giudizio, liquidate come in dispositivo; in difetto di soccombenza, tra i medici di cui sopra e le assicurazioni di ciascuno le spese del grado si compensano.

Considerata la complessiva soccombenza, l'Azienda Sanitaria, e la D.N., sono condannate in solido a rifondere all'attore A. anche le spese del grado, limitatamente alle spese della difesa, liquidate in €.6.000,00 per compensi, oltre accessori di legge.

P.Q.M.

La Corte, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

in parziale riforma della sentenza 291 del 2016 emessa dal Tribunale di Ravenna,

- Dichiarare tenute e condanna la Azienda USL di Ravenna, (ora Romagna) e la Casa di Cura D.N., in solido tra loro, al risarcimento in favore dell'attore del danno non patrimoniale, mediante pagamento dell'importo di € 538.438,57 e del danno patrimoniale mediante pagamento dell'importo di € 20.382,39 somme calcolate alla data del sinistro, oltre interessi dal sinistro (1° maggio 2007) sulla somma complessiva rivalutata di anno in anno fino alla pubblicazione della sentenza di primo grado, e dunque al pagamento della somma di € 732.959,55 su cui vanno calcolati i soli interessi dal 10.3.2016 al saldo;
- dichiara che nei rapporti interni detti importi vanno ripartiti per il 73,3% a carico della AUSL e la parte restante del 26,7% a carico della D.,
- dichiara tenuto e condanna il Sig. F. A. a restituire quanto eventualmente medio tempore corrisposto in suo favore in eccesso rispetto a quanto da essa dovuto, dalla Azienda USL o da D.N. s.p.a., maggiorato di interessi legali a far data dal pagamento fino all'effettiva restituzione;
- condanna l'Azienda Usl e la D.N. (con riparto interno commisurato al grado di responsabilità) a rifondere all'attore le spese legali del primo grado, che liquida in € 21.387,00 per compensi, oltre € 470,00 per spese, oltre accessori di legge sui compensi, oltre ad € 1.500,00 più accessori per le spese del Ctp dottor Andalò, e le spese legali del secondo grado, che liquida in € 6.000,00 per compensi, oltre accessori di legge;
- condanna D.N. a rifondere al dottor C., e ai dottori A. e G. le spese dei due gradi di giudizio, che liquida in favore del dottor C. in € 12.000,00 per il primo grado e € 6.000,00 per il secondo grado, a titolo di compensi, e per i dottori A. e G. in € 14.000,00 per il primo grado, e 7.000,00 per il secondo a titolo di compensi, oltre accessori di legge;
- condanna l'Azienda Asl e la D.N. (con riparto interno commisurato al grado di responsabilità) a sostenere integralmente le spese di CTU, di primo e secondo grado;
- compensa le spese del grado tra le altre parti

Bologna, così deciso nella Camera di Consiglio del 21 gennaio 2022

Il Consigliere Relatore
dott. Anna Maria Rossi

Il Presidente
dott. Giampiero Fiore