

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA
TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

Il Giudice Unico Dott.ssa Amelia Pellettieri nella causa **N.R.G. 79447/2016** pervenuta all'udienza del 14 ottobre 2021 per la spedizione a sentenza , vertente tra:

D. A. A. nata a omissis l'omissis e F. O. nato a omissis il omissis, difesi giusta delega in atti dagli Avv.ti F. Stefani , F. Generini e L. Morosi

ATTORI

E

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini 04733051009 (da ora in avanti per brevità la Struttura), difesa giusta delega in atti dagli Avv. ti E: Mammone , V. Gambardella e G. Fratto

CONVENUTA

G. S. S. nata a omissis l'omissis difesa giusta delega in atti dagli Avv.ti M.L. Laudadio e S. Laudadio

CONVENUTA

Nonché

Assicuratrice Milanese s.p.a. (da ora in avanti la Compagnia) 08589510158, difesa giusta delega in atti dagli Avv. ti F. Panni e G. Gonnella

TERZO CHIAMATO su istanza della convenuta S.

OGGETTO: responsabilità medica- errata esecuzione del trattamento – consenso informato

CONCLUSIONI: come precisate all'udienza del 14 ottobre 2021 con note di trattazione scritta
Ha pronunciato

SENTENZA

MOTIVI DELLA DECISIONE

In via pregiudiziale si precisa che la presente sentenza viene redatta secondo lo schema contenutistico delineato dagli artt. 132 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c., come modificato dalla legge 69/2009 , e quindi con omissione dello svolgimento del processo ed espressione succinta delle ragioni di fatto e di diritto della decisione ; si premette la conoscenza dell'atto di citazione , della comparsa di costituzione e risposta delle parti convenute e del terzo chiamato , delle memorie autorizzate e di tutti gli altri atti e documenti di causa , che qui integralmente si richiamano.

D. A. A. e F. O. , coniugi, hanno convenuto in giudizio la Struttura e la dottoressa G. S. S. , chiedendone la condanna in via solidale al risarcimento dei danni non patrimoniali, quantificati in € 850.000,00 , oltre accessori , previo accertamento della responsabilità della Struttura e del medico convenuto .

Ha dedotto parte attrice che: la D. A. , incinta , si sottoponeva ad ecografia il cui referto deponesse per "*presenza di un'anomalia a carico dell'estremo cefalico...*"; su consiglio del dottor M., che seguiva l'odierna ricorrente, quest'ultima si sottoponeva in data 3 marzo 2014 a risonanza magnetica nucleare, il cui esito confermava quello ecografico; all'esito dei suddetti accertamenti essa attrice si rivolgeva alla Struttura per effettuare l'interruzione terapeutica della gravidanza; in data 10 marzo 2014, veniva sottoscritto il modulo di consenso informato (in atti) per interruzione di gravidanza mediante induzione con prostaglandine; in data 11 marzo 2014 venivano somministrate tre compresse di mifepristone (RU

486) e, dopo un'osservazione di circa tre quarti d'ora, la paziente veniva dimessa con l'invito a tornare due giorni dopo per il ricovero e l'attuazione della procedura di interruzione di gravidanza; in data 13 marzo 2014 essa attrice si ricoverava con diagnosi di aborto terapeutico, e alle 16:00 dello stesso giorno le venivano somministrati tre ovuli di prostaglandina; trascorse alcune ore dall'assunzione dei suddetti ovuli, la paziente lamentava forti dolori addominali e veniva rassicurata dal personale sanitario; intorno alle 23:00 del 13 marzo 2014 essa attrice veniva visitata dal ginecologo Dott.ssa S., la quale disponeva il trasferimento della paziente in sala parto; avvenuta l'espulsione del feto con parto naturale, la paziente veniva sottoposta a raschiamento e successiva isterectomia con conservazione degli annessi, in considerazione della copiosa emorragia verificatasi successivamente alla espulsione del feto; che era configurabile la responsabilità della Struttura e del medico per aver praticato l'induzione del parto per via vaginale -mediante la somministrazione di prostaglandine- in luogo del taglio cesareo, trattamento quest'ultimo che avrebbe dovuto praticarsi in considerazione dei precedenti anamnestici della paziente, segnatamente tre aborti spontanei e un parto a termine eseguito con taglio cesareo, anche tenuto conto delle indicazioni fornite dalla letteratura scientifica nelle ipotesi (che ricorreva nel caso di specie) di placenta previa marginale; che era altresì configurabile la lesione del diritto all'autodeterminazione della paziente in considerazione del non adeguato consenso informato prestato dall'attrice, come risultante dal modulo allegato in atti, dove non si faceva alcuno specifico e concreto riferimento alla placenta previa, quale condizione personale della gestante; hanno inoltre dedotto gli attori che, se fosse stato eseguito il taglio cesareo, l'intervento demolitivo di isterectomia non sarebbe stato necessario; che l'asportazione dell'utero aveva comportato un danno biologico (come quantificato dalla consulenza di parte in atti), morale ed esistenziale in capo all'attrice, ancora giovane all'epoca dei fatti e desiderosa di avere un altro figlio, nonché un danno riflesso per il di lei coniuge.

Si sono costituiti la Struttura ed il medico, i quali hanno contestato la domanda risarcitoria avversaria nell'an e nel quantum, concludendo per il rigetto della medesima; in particolare la dottoressa S. S. ha chiesto di essere autorizzata alla chiamata in garanzia della Assicuratrice Milanese S.p.A., con la quale aveva stipulato polizza dei rischi derivanti dalle responsabilità professionali, onde essere da questa manlevata in caso di accoglimento della domanda risarcitoria.

L'Assicuratrice Milanese S.p.A., con riferimento alla chiamata in causa, ha eccepito l'inoperatività della polizza, in considerazione del fatto che la richiesta di risarcimento danni era pervenuta quando la polizza aveva ormai cessato la propria validità e tenuto altresì conto della Garanzia Postuma Illimitata che "*copre tutti i sinistri avvenuti nel periodo di validità del contratto, in qualsiasi forma contestati, senza limite di tempo*"; ha infine contestato, nell'an e nel quantum, la domanda principale.

In corso di causa veniva formulata proposta conciliativa ai sensi dell'articolo 185 bis c.p.c. sulla scorta dell'elaborato peritale depositato, proposta che tuttavia non veniva accettata da parte attrice, ritenendo che la CTU fosse lacunosa ed incompleta.

Così sia pure sinteticamente delineato il tema del decidere, ferma la procedibilità della domanda, come da verbale di mediazione con esito negativo in atti, ritiene il Tribunale doveroso preliminarmente inquadrare sotto il profilo normativo e giurisprudenziale la responsabilità medica.

Secondo la costante giurisprudenza della Suprema Corte, dal decidente condivisa, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della Struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (Cass. Civ. 18392/2017; 975/2009; 17143/2012; 21177/2015).

Più specificamente, nel campo della responsabilità sanitaria, quanto al principio di allegazione della condotta inadempiente, ritenuta fonte di danno, occorre far riferimento a quanto indicato dalla giurisprudenza di cui a Cass. SSUU 577/2008, rilevante per dirimere il caso concreto: "*in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, il paziente danneggiato deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante*".

L'inadempimento rilevante, nell'ambito dell'azione di responsabilità medica, per il risarcimento del danno nelle obbligazioni, così dette, di comportamento non è, dunque, qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ciò comporta che l'allegazione del paziente-creditore non può attenersi ad un inadempimento, qualunque esso sia, o comunque genericamente dedotto, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato e cioè *"astrattamente efficiente alla produzione del danno"* (così chiosa Cass. SSUU 577/2008).

Conseguentemente, nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. Civ. 27606/2019; 3704/2018; 5128/2020).

Ferma l'elaborazione giurisprudenziale di cui sopra, la CTU redatta dalla Dottoressa Valentina De Andreis, medico legale, e dal Dott. Roberto Muscatello, medico legale e specialista in ostetricia e ginecologia, redatta con professionalità e con adeguata conoscenza dei protocolli e delle linee guida in materia, nonché immune da vizi logici e/o di altra natura, tale pertanto da poter essere integralmente condivisa dal giudicante, ha ripercorso, previa accurata disamina della documentazione sanitaria in atti (segnatamente l'ecografia e la risonanza magnetica nonché la cartella clinica relativa al ricovero della attrice nella Struttura), la storia anamnestica della perizianda e compiuto adeguato excursus dei trattamenti a lei praticati durante il ricovero nella Struttura, finalizzato alla interruzione terapeutica della gravidanza, siccome compiuta oltre la dodicesima settimana di gestazione (legge 194/1978).

Il collegio peritale ha evidenziato, in relazione alla documentazione sanitaria in atti, che:

l'attrice si è sottoposta ad ecografia in data 27 febbraio 2014 e che il ridetto esame evidenziava una malformazione cerebrale del feto; in via collaterale dall'esame ecografico risulta che *"l'organo placentare, posteriormente inserito, si spinge in basso fino all'OUI; la porzione più caudale della placenta si mostra edematosa, ispessita con ampie lacune vascolari..."*;

in data 3 marzo 2014 viene eseguita RM fetale, che conferma la malformazione del feto, ed evidenzia che *"la placenta presenta inserzione a livello della parete laterale sinistra del corpo dell'utero e si estende fino in prossimità dell'OUI in rapporto a placenta previa marginale. La placenta presenta struttura disomogenea con lacune vascolari ..."*;

in data 10 marzo 2014 l'attrice, 33 anni e alla 22^a settimana di gestazione, accedeva alla Struttura per eseguire l'interruzione terapeutica di gravidanza e veniva sottoposta ai necessari preventivi esami clinico-strumentali nonché a consulenza genetica e psichiatrica; le veniva quindi rilasciato il certificato specifico per l'interruzione terapeutica di gravidanza con indicazione del seguente motivo diagnostico : agenesia del corpo calloso;

in data 11 marzo 2014 l'attrice assume delle compresse di RU 486;

in data 13 marzo 2014 viene ricoverata per aborto terapeutico;

nella giornata del 14 marzo 2014 l'attrice, a seguito dell'assunzione di prostaglandine per via orale e per via vaginale, viene inviata in sala parto e viene eseguito parto naturale ;

viene praticata la revisione della cavità uterina per mancato secondamento (mancata espulsione della placenta) : la paziente accede in sala operatoria alle 5:40 con indicazione all'intervento chirurgico, rappresentata da una condizione di "atonìa uterina da placenta accreta"; l'intervento termina alle ore 6:45 e nel corso di detto intervento vengono somministrate due sacche di sangue alla paziente;

alle 7:05 la D. A. torna in sala operatoria per la persistente perdita ematica, fino a quel momento trattata con emotrasfusione, fluidoterapia e somministrazione di farmaci; l'indicazione all'intervento è sempre costituita da metrorraggia da atonia uterina, tuttavia in tal intervento viene riportata come causa *"placenta previa"*; nel secondo intervento si procede ad isterectomia con conservazione degli annessi laterali.

Ripercorsa la storia clinica dell'attrice nei termini di cui sopra, in riferimento alla gestione dell'aborto terapeutico, il collegio peritale, facendo riferimento alle linee guida relative alla gestione dell'aborto terapeutico (Linee Guida AOGOI 2010), ha rilevato che nel caso di aborto terapeutico in precedente taglio cesareo, *"il protocollo più utilizzato consiste nella somministrazione di mifepristone, seguito dopo 36 ore dalla somministrazione di una prostaglandina per via orale o vaginale da ripetere, in assenza di travaglio abortivo, ogni tre ore per tre-quattro volte; questo protocollo si rileva efficace in oltre il 90% dei casi. Nei casi di una donna che abbia subito un pregresso taglio cesareo il livello di attenzione deve essere maggiore"* (pagina 18 CTU).

Il collegio peritale ha poi definito la placenta previa come una placenta *"che prende contatto con la parete"*

uterina in una zona "anomala" dell'utero, ovvero a livello del segmento uterino inferiore. La placenta previa viene classificata come centrale totale; centrale parziale; marginale; ad impianto basso, in cui il bordo della placenta dista più di 2 cm ma meno di 3,5 cm dall'OUI (vedi raffigurazione grafica a pagina 19 dell'elaborato peritale).... La terapia della placenta previa è dettata dalle condizioni materno -fetali e dall'epoca gestazionale in cui si presenta il sanguinamento. In caso di assenza di sanguinamento e di gravidanza a termine, il taglio cesareo elettivo è raccomandato in tutti i casi di placenta previa centrale, mentre nei casi di placenta certa previa marginale o laterale è possibile il parto per via vaginale. Durante il travaglio, in questi ultimi casi dovrà essere tenuta pronta la sala operatoria, ed è consigliato di ricorrere alla amniorexi precoce per far adagiare sul lembo placentare previo la parte presentata, ottenendo una compressione che riduce il rischio di sanguinamento. Se il sanguinamento non è imponente e l'epoca gestazionale è pre termine, si potrà adottare un approccio di attesa, con riposo a letto e terapia tocolitica...; ...in caso di emorragia grave dopo 35 settimane di gestazione è indicato l'espletamento immediato del parto mediante taglio cesareo. Il taglio cesareo è gravato da importanti emorragie in tutti i casi di placenta previa perché: nell' inserzione anteriore è necessario incidere a tutto spessore la placenta per estrarre il feto; il secondamento è spesso difficile in quanto il trofoblasto tende a penetrare profondamente nel segmento uterino inferiore, dotato di scarse reazione residuale, e quindi la placenta è quasi sempre parzialmente accreta; dopo il secondamento il segmento uterino inferiore, dotato di scarsa capacità contrattile delle miocellule, mostra una emostasi meccanica meno valida (pagine 20 e 21 CTU). Il collegio peritale ha poi definito l' accretismo placentare quale condizione che identifica "una aderenza patologica della placenta dovuta ad un'infiltrazione placentare nel contesto della parete miometriale; in base alla profondità dell' infiltrazione della placenta si possono distinguere diversi gradi di aderenza patologica, che possono causare complicanze più o meno importanti durante la gestazione"; per quel che qui interessa si ha placenta accreta quando avviene l'invasione di tutta la porzione prossimale del miometrio.

Il collegio peritale ha spiegato, inoltre, che l'infiltrazione placentare impedisce il regolare secondamento nel post-partum e, nei casi più gravi, determina sanguinamenti anomali che portano all'immediato espletamento del parto mediante taglio cesareo.

Il trattamento della placenta con aderenza patologica è rappresentato attualmente ancora frequentemente dall'isterectomia emostatica, sebbene nel corso degli anni siano state proposte numerose soluzioni alternative, quali l'utilizzo del methotrexate ; lo stipamento della cavità uterina per ottenere un'efficace compressione del letto placentare sanguinante, l'utilizzo del catetere di Foley ; l'escissione del letto placentare; l'embolizzazione delle arterie uterine.

In riferimento alla embolizzazione i periti d'ufficio hanno evidenziato che la suddetta tecnica alternativa può essere utilizzata in soggetti con persistente sanguinamento, ma con segni vitali stabili: "il requisito fondamentale che si richiede per applicare la procedura è la stabilità emodinamica della paziente: in assenza di questo requisito le linee guida privilegiano il trattamento chirurgico di emergenza, ovvero legatura delle arterie uterine, delle ipogastriche e, nei casi più gravi, la isterectomia".

Fermi i rilievi dell'elaborato peritale e la disamina delle Linee Guida applicabili in subiecta materia, occorre a questo punto valutare se risulta appropriata la scelta della procedura abortiva, segnatamente l'induzione del parto vaginale, e se risulta appropriata e conforme alle linee guida la gestione clinica dell'emorragia post-partum verificatasi a seguito della procedura abortiva, con particolare riferimento all'appropriatezza dell'intervento chirurgico demolitivo rispetto ad altri trattamenti non demolitivi.

In relazione al primo profilo- verifica della correttezza dell'operato dei sanitari in relazione alla scelta della procedura abortiva- il collegio peritale, con condivisibile ragionamento, ha evidenziato che l'attrice, già sottoposta a taglio cesareo, presentava una condizione di placenta previa marginale, e non centrale; tale condizione, si ripete, di placenta previa marginale "non costituisce indicazione assoluta all'espletamento del parto (in una donna a termine) mediante taglio cesareo. Il testo del Pescetto evidenzia al riguardo come "nella placenta previa marginale e soprattutto della placenta previa laterale, se non vi sono segni di sofferenza fetale e se la perdita ematica manca o non è abbondante, si può attendere l'insorgenza del travaglio di parto spontaneo... L'esecuzione del taglio cesareo nei casi di placenta previa presenta un rischio più elevato sia per il feto sia per la madre... Per la donna soprattutto in caso di inserzione anteriore della placenta, ma anche in caso di inserzione in altre sedi del segmento uterino inferiore... La presenza della placenta nel segmento uterino inferiore determina sovente una ricca vascolarizzazione della zona, con grossi vasi venosi che molte volte vengono rotti durante l'intervento.

Per la gestante non si dimentichi l'eventualità, per fortuna rara, che le manovre chirurgiche sulla placenta facilitino il verificarsi di un'embolia gassosa o di un'embolia amniotica... ”.

Nel caso di specie, tenuto conto della complessità di un intervento chirurgico di taglio cesareo, condotto in un'epoca gestazionale così precoce, laddove il segmento uterino non si è ancora sviluppato e pertanto ad elevatissimo rischio di sanguinamento del quadro ostetrico, caratterizzato da un precedente taglio cesareo e da una condizione di placenta previa marginale presente nell'attrice, che elevava ulteriormente il rischio emorragico, la scelta dell'equipe sanitaria di effettuare un espletamento del parto per via vaginale risulta appropriata e corretta... Nel caso di specie era presente una condizione di placenta previa marginale in una donna cesarizzata una volta. Nel quadro clinico così rappresentato occorre inserire il dato risultante dagli esami ecografico e di risonanza magnetica che avevano rilevato la presenza di lacune vascolari, aspetto che può correlarsi con specifiche caratteristiche con una placentazione anomala, ma non altri aspetti presenti in casi di placenta sincreta... Sulla base di questi elementi è possibile affermare che il rischio di accretismo placentare fosse più elevato che nella norma nell'attrice, ma non tale da costituire indicazione all'esecuzione di un taglio cesareo elettivo in un'epoca gestazionale così precoce, che avrebbe esposto comunque la donna a rischio significativo di emorragia post-partum, atteso che il parto cesareo è di per sé gravato da maggior rischio di emorragia post-partum rispetto a quello vaginale in gravidanza a termine, e ancor di più in epoca gestazionale precoce e in presenza di placenta previa seppur con impianto marginale" (pagina 31 dell'elaborato peritale).

Compendiando, può dunque affermarsi che la scelta di procedere ad aborto terapeutico mediante parto vaginale si rivelò corretta ed appropriata al caso di specie.

Venendo ora al secondo profilo-accertamento della correttezza dell'operato dei sanitari in relazione alla scelta di procedere ad isterectomia-il collegio peritale, con motivazione immune da vizi logici e/o di altra natura, tale pertanto da poter essere integralmente condivisa dal decidente, ha rilevato che nel corso del primo intervento chirurgico è stata tempestivamente individuata una condizione di accretismo placentare, quale causa dell'atonìa uterina responsabile della metrorragia persistente; la gestione dell'emorragia post-partum è stata inoltre improntata ai massimi gradi di appropriatezza e aderenza alle linee guida dell'epoca, peraltro tuttora valide, con provvedimenti farmacologici e clinici effettuati in successione corretta, sicché non si rilevano elementi di censura che rimandino a condotte imprudenti, imperite o negligenti.

Con riferimento, in particolare, alla scelta di eseguire trattamento chirurgico di isterectomia, la mancanza del requisito di condizioni emodinamiche stabili, in ossequio a quanto indicato dalle Linee Guida SNLG 2009 (applicabili all'epoca), non ha consentito ai sanitari di porre in essere procedure chirurgiche conservative, che avrebbero dilatato i tempi di soluzione della causa dell'emorragia ed esposto la paziente ai gravi rischi connessi in termini di prognosi quoad vitam al protrarsi di una emorragia post partum non adeguatamente risolta nel più breve tempo possibile; in particolare i periti d'ufficio hanno evidenziato che la procedura alternativa di embolizzazione selettiva delle arterie uterine rappresenta una metodica per la quale il requisito fondamentale di applicabilità è la condizione di stabilità emodinamica della paziente, condizione che nel caso di specie era del tutto assente: *"nella signora D. A. non solo era assente una condizione di stabilità emodinamica ma si individua invece dalla documentazione in atti (cartella clinica), uno stato di grave criticità riguardo le condizioni emodinamiche configuranti uno stato di shock emorragico, condizione che ha impedito il ricorso a qualsiasi tentativo conservativo nel trattamento della grave emorragia post-partum e obbligato per esigenze quoad vitam dell'attrice soluzioni veloci ed immediate, quali appunto l'esecuzione dell'intervento di isterectomia".*

In riferimento, infine, al profilo afferente alla mancata preventiva adeguata informazione della paziente in riferimento al rischio aumentato di accretismo placentare, rischio non riportato nel modulo di consenso informato in atti, che risulta sottoscritto dalla paziente, dal medico e da un testimone (vedi osservazioni dei consulenti di parte attrice), osserva il Tribunale, in linea generale, che costituisce ius receptum che il consenso del paziente alla sottoposizione a trattamento medico – chirurgico deve basarsi su informazioni dettagliate, idonee a fornire la piena conoscenza della natura, portata ed estensione dell'intervento medico- chirurgico, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili complicanze, non essendo all'uopo idonea la sottoscrizione, da parte del paziente, di un modulo del tutto generico, né rilevando, ai fini della completezza ed effettività del consenso, la qualità del paziente, che incide unicamente sulle modalità dell'informazione, da adattarsi al suo livello culturale mediante un linguaggio a lui comprensibile, secondo il suo stato soggettivo ed il grado delle conoscenze specifiche di cui dispone (Cass. Civ. 23328/2019).

Nel caso che ci occupa deve essere rilevato che nel modello in atti la paziente manifesta il proprio consenso "*nell'induzione medica del travaglio abortivo con prostaglandine ed eventuale RCU*"; l'attrice dichiara altresì di essere stata informata di eventuali possibili rischi connessi con tali procedure, tra i quali le emorragie.

Quanto al rischio di accretismo placentare, che i c.t.t.pp. di parte attrice lamentano non essere stato riportato nel modulo di consenso informato (modello che, secondo la tesi difensiva attorea, non sarebbe stato adeguatamente personalizzato sulle condizioni cliniche della paziente), si osserva che al momento dell'ingresso della attrice nella Struttura le risultanze degli esami cui la stessa si era sottoposta – ecografia e RM- non lasciavano presagire alcunché in merito alla esistenza del rischio di accretismo placentare, atteso che entrambi gli esami ebbero a rilevare solo lacune vascolari, non caratterizzate da elementi di anomalia.

Di poi il collegio peritale ha rilevato che "*con la metodica RM gli elementi di imaging individuati per un aumentato rischio di accretismo placentare sono rappresentati da: rigonfiamento uterino; intensità di segnale eterogenea all'interno della placenta; bande scure intraplacentari nelle immagini pesate in T2; l'esame RM cui si è sottoposta l'attrice non ha evidenziato alcuno dei suddetti criteri diagnostici*" (vedi pagina 46 dell'elaborato peritale).

Il modello di consenso informato risulta quindi adeguato e completo in riferimento al caso di specie.

Conclusivamente può affermarsi che l'operato del personale sanitario è risultato, all'esito della espletata istruttoria, immune da censure.

Per le argomentazioni che precedono la domanda risarcitoria va inevitabilmente rigettata.

In relazione, infine al rapporto di garanzia tra la convenuta e il terzo chiamato, ritiene il Tribunale fondata l'eccezione preliminare sollevata dalla Compagnia di inoperatività della polizza.

In vero i fatti di causa si sono verificati nel marzo 2014, laddove la polizza risulta stipulata in data 1 marzo 2015 (vedi polizza in atti), e la richiesta di risarcimento relativa ai fatti per cui oggi causa è pervenuta per la prima volta al terzo chiamato in data 15 dicembre 2017 con la notifica dell'atto di citazione per chiamata in causa del terzo; in particolare va evidenziato che la richiesta di risarcimento danni è intervenuta allorché la polizza assicurativa aveva cessato la propria validità, atteso che la polizza è stata stipulata il 1° marzo 2015 e si è risolta di diritto con decorrenza dal 1° marzo 2016, ex art. 1901 comma 3 c.c., non avendo l'assicurata corrisposto la rata di premio scadente a detta data e non avendo la Compagnia agito per la riscossione nel successivo termine di sei mesi (v. art. 11 comma 1 Cond. Gen. Polizza che testualmente: "*L'assicurazione vale solo per le richieste di risarcimento pervenute alla Società dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto, qualunque sia l'epoca in cui è stato commesso il fatto che ha dato origine alla richiesta di risarcimento*").

Va inoltre rilevato che la Garanzia Postuma Illimitata prevede che "*l'assicurazione copre tutti i sinistri avvenuti nel periodo di validità del contratto, in qualsiasi momento contestati, senza limiti di tempo*".

Può quindi affermarsi che la richiesta di risarcimento danni è pervenuta alla Compagnia quando la polizza aveva ormai esaurito la sua validità, e che inoltre il sinistro (episodio di asserita malpractice) è avvenuto (nel marzo 2014) prima della decorrenza del periodo di validità della polizza, tenuto conto della scansione temporale degli eventi come sopra riportata.

Non può, dunque, trovare applicazione la polizza assicurativa oggetto di causa e posta a fondamento dell'istanza di autorizzazione alla chiamata in garanzia del terzo.

Da tanto deriva la condanna della convenuta-chiamante in causa alla rifusione delle spese di lite in favore della Compagnia, da liquidarsi sensi del D.M. 55/2014 (causa di valore indeterminabile, complessità bassa, valori medi, avuto riguardo alle quattro fasi del giudizio), a norma del generale principio della soccombenza.

Le spese di lite, ivi comprese quelle di CTU liquidate con separato decreto, seguono la soccombenza a norma dell'art. 91 c.p.c. nel rapporto processuale attori-parti convenute, e vengono liquidate ai sensi del D.M. 55/2014, con gli stessi criteri sopra già enunciati.

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, così provvede:

a) rigetta la domanda;

- b) pone in via definitiva a carico di parte attrice le spese della consulenza tecnica di ufficio ;
- c) condanna parte attrice alla refusione delle spese di lite in favore delle parti convenute , che si liquidano , per ciascuna parte convenuta, in € 7254,00 per compenso ex D.M. 55/2014 , rimb. forf. sp. gen. , IVA e CPA come per legge ;
- d) condanna la convenuta – chiamante in causa alla rifusione delle spese di causa in favore del terzo chiamato, che si liquidano in € 7254,00 per compenso ex D.M. 55/2014 , rimb. forf. sp. gen. , IVA e CPA come per legge.

Così deciso in Roma il 14 marzo 2022

Dott.ssa Amelia Pellettieri