

TRIBUNALE di BENEVENTO - Sezione II – sentenza n. 365 del 18 febbraio 2020

CIASCUN COMPONENTE DELL'ÉQUIPE MEDICA ATTUA UN CONTROLLO SULL'OPERATO E SUGLI ERRORI DEGLI ALTRI

L'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'équipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, sicché rientra tra gli obblighi di ogni singolo componente di una équipe chirurgica, sia esso in posizione sopra o sotto-ordinata, anche quello di prendere visione, prima dell'operazione, della cartella clinica contenente tutti i dati per verificare la necessità di adottare particolari precauzioni imposte dalla specifica condizione del paziente ed eventualmente segnalare, anche senza particolari formalità, il suo motivato dissenso rispetto alle scelte chirurgiche effettuate e alla scelta stessa di procedere all'operazione, potendo solo in tali casi esimersi dalla concorrente responsabilità di membri dell'équipe nell'adempimento della prestazione sanitaria.

Il Tribunale di Benevento, seconda sezione civile, in persona del G.M., Dr. Gerardo Giuliano, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 3053/2013 R.G.A.C., avente ad oggetto risarcimento danni da responsabilità medica, pendente

TRA

Ma.Gu., rappresentata e difesa dall'Avv. Em.De.;

Attrice

CONTRO

Azienda Sanitaria Locale (...), in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli Avv.ti Al.So. e Ca.Co.;

Convenuta

NONCHÉ

Gi.Di., rappresentato e difeso dall'Avv. Pa.Po.;

Convenuto

E

Mi.Ma., rappresentato e difeso dall'Avv. Vi.Ga.;

Convenuto

NONCHÉ

Gi.Ca., rappresentato e difeso dall'Avv. Vi.De.;

Convenuto

E

Gi.Pa., rappresentato e difeso dall'Avv. Ma.Go.;

Convenuto

NONCHÉ

Azienda Ospedaliera (...) di Benevento (già "..."), in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'Avv. Ri.Ga.;

Terzo chiamato in causa

E

Am., in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'Avv. Ri.Ga.;

Terza chiamata in causa

(Si omettono le conclusioni delle parti)

Fatto

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Questioni preliminari

Preliminarmente, si precisa che lo scrivente Magistrato è subentrato nella trattazione del presente procedimento all'udienza del 18.05.2016 (celebrata dal g.o.p. dott.ssa Cl.Li.).

Ancora in via preliminare, va dichiarata cessata la materia del contendere tra l'attore e Asl (...), avendo l'attore espressamente rinunciato alla domanda avanzata nei confronti di tale ultima parte e da questi accettata.

Quanto, poi, all'applicabilità al presente giudizio del d.l. 13.09.2012, n. 158, convertito in legge 8.11.2012, n. 189 (cd. "legge Balduzzi") e della L. 8 marzo 2017, n. 24 (cd. legge "Gelli-Bianco") per fatti verificatisi prima della loro entrata in vigore - come, appunto, nel caso in esame, in cui l'intervento chirurgico a seguito del quale si è verificata l'infezione è stato eseguito nel 2010 -, si osserva che recentemente sono intervenute due sentenze gemelle della Suprema Corte (Cassazione civile sez. III, 11.11.2019, n. 28990 e Cassazione civile sez. III, 11.11.2019, n. 28994) che, con condivisibile percorso argomentativo a cui questo Giudice intende conformarsi, hanno delineato la portata di tali provvedimenti. In particolare

1) Cassazione civile sez. III, 11.11.2019, n. 28990 ha, inter alia, chiarito che "non intervenendo a modificare con efficacia retroattiva gli elementi costitutivi della fattispecie legale della responsabilità civile (negando od impedendo il risarcimento di conseguenze dannose già realizzatesi), l'art. 3, comma 3, del decreto legge 13 settembre 2012 n. 138, convertito, con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012 n. 189 (cd. legge Balduzzi che dispone l'applicazione, nelle controversie concernenti la responsabilità - contrattuale od extracontrattuale per esercizio della professione sanitaria, del criterio di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale secondo le Tabelle elaborate in base agli artt. 138 e 139 del CAD - criteri di liquidazione del danno non patrimoniale, confermati anche dalla successiva legge 8.03.2017 n. 24 cd. Gelli-Bianco), trova diretta applicazione in tutti i casi in cui il Giudice sia chiamato a fare applicazione, in pendenza del giudizio, del criterio di liquidazione equitativa del danno non patrimoniale, con il solo limite della formazione del giudicato interno sul "quantum". Non è ostativa, infatti, la circostanza che la condotta illecita sia stata commessa, ed il danno si sia prodotto, anteriormente alla entrata in vigore della legge, o che l'azione risarcitoria sia stata promossa prima dell'entrata in vigore del predetto decreto legge; né può configurarsi una ingiustificata disparità di trattamento tra i giudi-

zi ormai conclusi ed i giudizi pendenti, atteso che proprio e soltanto la definizione del giudizio - e la formazione del giudicato - preclude una modifica retroattiva della regola giudiziale a tutela della autonomia della funzione giudiziaria e del riparto delle attribuzioni al potere legislativo e al potere giudiziario. Neppure può ravvisarsi una lesione del legittimo affidamento in ordine alla determinazione del valore monetario del danno non patrimoniale, in quanto il potere discrezionale di liquidazione equitativa del danno, riservato al Giudice di merito, si colloca su un piano distinto e comunque al di fuori della fattispecie legale della responsabilità civile: la norma sopravvenuta non ha, infatti, modificato gli effetti giuridici che la legge preesistente ricollega alla condotta illecita, né ha inciso sulla esistenza e sulla conformazione del diritto al risarcimento del danno insorto a seguito del perfezionamento della fattispecie";

2) Cassazione civile sez. III, 11.11.2019, n. 28994, ha, poi, ulteriormente chiarito - peraltro conformandosi ai principi espressi da Tribunale Avellino, sez. II, 12.10.2017, n. 1806; Trib. Roma, sez. XIII, 4.10.2017, n. 18685, e anche da questo Giudice con sentenza n. 2124/2017 del 23.11.2017 - che "in tema di responsabilità sanitaria, le norme poste dagli artt. 3, comma 1, del d.l. n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012, e dall'art. 7, comma 3, della legge n. 24 del 2017, non hanno efficacia retroattiva e non sono applicabili ai fatti verificatisi anteriormente alla loro entrata in vigore", secondo quanto previsto dell'art. 11 disp. prel. c.c..

In altri termini - e riassumendo quanto sin qui argomentato - le norme sostanziali contenute nella legge n. 189 del 2012, al pari di quelle di cui alla legge n. 24 del 2017, non hanno portata retroattiva e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca precedente alla loro entrata in vigore, a differenza di quelle che, richiamando gli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private in punto di liquidazione del danno, sono di immediata applicazione anche ai fatti progressi, con il solo limite della formazione del giudicato interno sul quantum.

1.1. Sulla responsabilità della struttura sanitaria e del medico

Con riferimento alla qualificazione giuridica della responsabilità dell'ospedale e dei sanitari in base alla normativa applicabile al caso di specie secondo quanto precisato al punto "1." della sentenza, si osserva che l'elaborazione dottrinarie e giurisprudenziale sviluppatasi con riferimento al tema della responsabilità medica conseguente alla negligente esecuzione di un intervento chirurgico ovvero di attività diagnostica e terapeutica in una struttura lato sensu ospedaliera (tale da ricomprendere nella nozione, pertanto, anche i presidi privati) ha portato, nel corso dell'ultimo decenni del secolo scorso, alla stesura della nota sentenza 22.01.1999, n. 589, confermata dal successivo intervento reso a Sezioni Unite nel corso del 2002 (cfr. Cass. 1.07.2002, n. 9556 nonché, più recentemente, Cass. 19.04.2006 n. 9085 e Cass. S.U., 11.01.008 n. 578) che ha chiarito la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria.

In particolare, si è ivi affermato che la responsabilità derivante per le prestazioni sanitarie rese nell'ambito di strutture lato sensu ospedaliere è di tipo contrattuale per inadempimento delle obbligazioni che la stessa struttura assume, direttamente nei confronti del paziente, di prestare la propria organizzazione aziendale per l'esecuzione dell'interventi richiesti: ed infatti, all'adempimento dell'obbligazione predetta è collegata la remunerazione della prestazione promessa, in essa incluso anche il costo inteso come rischio dell'esercizio dell'attività di impresa. In particolare, si è in presenza di un contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di ospedalità),

che si conclude con all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura, e da cui, a fronte dell'obbligazione di pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell'assicuratore ovvero del SSN) insorgono, a carico della struttura sanitaria, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni ovvero emergenze (cfr. anche Cass. 15.06.2007, n. 13593; Cass. 26.01.2006, n. 1698; Cass. 8.01.1999 n. 103).

Peraltro, così ricostruita la fattispecie, la struttura sanitaria certamente risponde, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico, ma anche, in via contrattuale e solidale, dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), secondo lo schema proprio dell'art. 1228 c.c. (Cass. Civ., sez. III, 28.08.2009, n. 18805; Cass. Civ., sez. III, 31.03.2015, n. 6436).

A tale proposito, peraltro, la Suprema Corte, con la sentenza 8.01.1999 n. 102 (e, in senso conforme, cfr. Cass. 22.03.2007 n. 6945) applicando in ambito sanitario principi già costantemente esposti nell'ordinario ambito contrattuale, ha ulteriormente chiarito che rispetto al detto inquadramento dogmatico non rileva la circostanza per cui il medico che ha eseguito l'intervento chirurgico (a cui può essere parificato il medico che, più in generale, ha reso la prestazione sanitaria) sia o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della struttura sanitaria, né che lo stesso sia stato scelto dal paziente ovvero sia di sua fiducia (cfr. Cass. 14.06.2007 n. 13593; Cass. 26.01.2006 n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla struttura sanitaria per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr. anche Cass. 819/1970; Cass. 5150/1995).

A quanto precede, infine, aggiungasi che:

- a) applicando il principio del concorso o cumulo della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale (pacificamente ammesso nel nostro ordinamento, cfr., ex plurimis, Cass. 1855/1989; Cass. 6064/1994; Cass. 9750/1997), la struttura può anche essere chiamata a ristorare il danno extracontrattuale subito dal paziente e connesso al proprio deficit organizzativo. Posto, infatti, che il ristoro di tale specifica voce di danno è connessa alla violazione del diritto alla salute, di spettanza esclusiva del paziente, costituzionalmente sancito e protetto dall'art. 32 Cost., riflesso del principio del *neminem ledere* a prescindere dalla eventuale sussistenza di un contratto, va da sé che il "fatto storico" della inadeguata organizzazione di dei servizi necessari per la corretta esecuzione delle obbligazioni connesse al contratto di ospitalità, oltre ad impedire la corretta esecuzione delle obbligazioni dedotte in contratto è idoneo, di per sé, a menomare la sfera giuridico-personale del paziente e ad integrare una autonoma voce di danno (cfr. Trib. Brescia 28.12.2004);
- b) può ravvisarsi finanche una responsabilità precontrattuale della struttura, ex art. 1337 c.c., la quale, durante le trattative e prima dell'accettazione, non abbia informato il paziente dello stato di efficienza delle proprie strumentazioni e dotazioni strutturali (arg. da Cass. 30.07.2004, n. 14638), certamente rilevando, al fine di valutare il comportamento della struttura il rispetto delle regole imposte dalla legislazione nazionale e regionale in tema di requisiti tecnologici, qualitativi e dimensionali per l'esercizio della professione sanitaria e per l'esecuzione di determinate prestazioni.

Ricapitolando, dunque, in ipotesi di danno conseguente ad esercizio di una prestazione sanitaria, la struttura risponde:

- 1) a titolo di responsabilità contrattuale, per fatto proprio ex art. 1218 c.c., laddove vengano inadempite obbligazioni connesse al contratto di ospitalità e direttamente a carico dell'ente debitore (sicurezza delle attrezzature e degli ambienti, custodia dei pazienti, etc.);
- 2) per fatto dei dipendenti ovvero degli ausiliari, ex art. 1228 c.c., con riferimento all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta dal sanitario, a titolo di responsabilità contrattuale e solidale;
- 3) a titolo di responsabilità extracontrattuale, laddove, in conseguenza dei propri deficit organizzativi, sia conseguito al paziente un danno alla salute, autonomamente valutabile ex artt. 2059 c.c. e 32 Cost quale violazione generale del principio del *neminem ledere*;
- 4) a titolo di responsabilità precontrattuale laddove, durante le trattative e prima dell'accettazione, non abbia informato il paziente dello stato di efficienza delle proprie strumentazioni e dotazioni strutturali.

Parimenti contrattuale, sulla base della disciplina applicabile al caso di specie, è la responsabilità del medico, anche qualora si sia trattato di contatto sociale fortuito e sinanco informale, come precisato da Cassazione civile sez. III, 3.10.2016, n. 19670, secondo la quale "in tema di attività medico-chirurgica, anche il "contatto sociale" meramente fortuito ed informale, intercorso tra medico e paziente, è idoneo a far scattare i presidi della responsabilità contrattuale".

Quanto, invece, al consenso informato, si aderisce all'orientamento in virtù del quale per ravvisare la violazione del diritto all'autodeterminazione per l'assenza di un valido consenso informato del paziente è necessario che il ricorrente alleghi e provi l'esistenza e l'entità di un danno specificamente riferibile alla carenza di consenso informato, collocandosi il diritto alla salute e il diritto all'autodeterminazione su due piani distinti con conseguente possibilità di riconoscere la lesione dell'uno senza che vi sia necessariamente anche la lesione dell'altro (cfr., ex pluribus, Cass. 12205/2015, Cass. 2854/2015, Cass. 12830/2014, Cass. 2847/2010, Cass. 10741/2009; Corte appello Milano, sez. I, 7.03.2016, n. 894).

1.2. Sul riparto dell'onere della prova e sul nesso di causalità

Posta, dunque, la natura contrattuale dei rapporti dedotti in giudizio, il relativo riparto dell'onere della prova va delineato sulla base di quanto ritenuto dalla giurisprudenza di legittimità a seguito della nota sentenza a Sezioni Unite 30.10.2001, n. 13533: in particolare, con tre sentenze pressoché coeve (cfr. Cass. 19.05.2004, n. 9471; Cass. 28.05.2004, n. 10297; Cass. 21.06.2004, n. 11488), la Cassazione ha chiarito che il paziente il quale agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del medico, restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.

Ne discende che la distinzione di interventi di facile esecuzione e prestazioni implicantici la risoluzione di problemi tecnici di particolare complessità non rileva più quale criterio di riparto dell'onere della prova, ma deve essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni caso a carico del sanitario l'onere di provare che la prestazione era di particolare difficoltà.

In sintesi - e riassumendo quanto sin qui argomentato:

1) il paziente deve provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica ovvero l'insorgenza di nuove malattie, senza l'onere di provare specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale;

2) il medico (ovvero l'ente ospedaliero o la struttura sanitaria, cfr. art. 1228 c.c.) deve provare che la prestazione fu eseguita in maniera diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile (cfr. anche Cass. 18.04.2005, n. 7997; Cass. S.U., 11.01.2008, n. 577; Cass. 24.10.2013 n. 24109; Cass. 31.07.2013, n. 18341).

Quanto, invece, al nesso di causalità tra condotta (del medico ovvero della struttura sanitaria) ed evento (danno riportato all'esito dell'operazione ovvero del trattamento sanitario), la giurisprudenza è ormai consolidata nel ritenere che nel campo dell'illecito civile, deve farsi ricorso ad un diverso giudizio qualificatorio del nesso eziologico, ravvisandone gli estremi nella regola del "più probabile che non" (cfr., per il primo intervento in tal senso, Cass. 16.10.2007, n. 21619; nonché, in senso conforme, Cass. Sez. Un. 11.01.2008, n. 578 e Cass. civ. n. 15857/2015, secondo la quale "in tema di responsabilità civile, l'accertamento della sussistenza del nesso causale tra il fatto dannoso e le conseguenze pregiudizievoli riportate dal danneggiato è soggetto a una differente regola probatoria rispetto al giudizio penale, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del più probabile che non, mentre nel processo penale vige la regola della prova oltre il ragionevole dubbio (...").

2. Sui fatti sottesi alla domanda risarcitoria

Passando, quindi, alla delibazione dei fatti sottesi alla domanda risarcitoria avanzata dagli attori, la stessa è fondata per le ragioni e nei limiti di seguito esposti.

Infatti, dalla documentazione medica versata in atti dall'attore (cfr., in particolare, documenti allegati da 2 a 14 alla citazione), nonché dagli esiti della CTU redatta dalla dott.ssa Be.Di. - alla quale si rinvia nei limiti di cui alla presente sentenza -, è emerso che:

1) Ma.Gu. in data 27 febbraio 2010, è stato ricoverato presso il Reparto di Neurochirurgia dell'Ospedale "(...)" di Benevento con diagnosi di "spondilolistesi di 1 di L5-S1 instabile";

2) il 9 marzo 2010 è stato sottoposto ad intervento chirurgico di laminectomia L5-S1 ed artrodesi con sistema di sintesi RMN compatibili;

3) è stato dimesso in data 12 marzo 2010 e, a seguito di tali dimissioni, ha accusato febbre e dolori che hanno reso necessario nuovi accertamenti e due ricoveri presso l'Ospedale "(...)", a seguito dei quali è stata diagnosticata l'infezione dei mezzi di sintesi (in particolare, dell'impianto di stabilizzazione lombosacrale);

4) successivamente, è stato ricoverato altre due volte al Policlinico "(...)" di Roma, e, nel secondo di tali ultimi ricoveri, è stato sottoposto a nuovo intervento chirurgico di laminectomia L5 e stabilizzazione L5-S1 con viti trans peduncolari e barre, ad esito del quale, dopo terapia riabilitativa, non ha accusato più dolori. Ebbene, il CTU ha osservato, in modo argomentato e documentato - e, dunque, con valutazioni condivisibili e non censurabili - che nel caso in esame, per quanto la diagnosi iniziale sia stata corretta ed anche l'intervento chirurgico sia stato eseguito correttamente, non sono state rispettate (attesa la mancata esaustiva documentazione al riguardo, della cui produzione era onerata la struttura ospedaliera) alcune delle procedure e raccomanda-

zioni previste dalle linee guida e dai protocolli internazionali per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, e, cioè:

- 1) la mancata profilassi antibiotica preoperatoria;
- 2) la mancata esatta sterilizzazione del sito chirurgico e degli strumenti utilizzati per l'esecuzione dell'intervento;
- 3) il mancato rispetto delle procedure di igiene del paziente in preparazione;
- 4) la mancata medicazione periodica della ferita chirurgica.

In particolare, la mancata preventiva somministrazione di antibiotici e la mancata profilassi sopra descritta ha comportato un consistente aumento del rischio di infezione che ha causato, secondo il criterio del più "probabile che non", il verificarsi dell'infezione in esame. Né, in senso contrario a quanto appena osservato, depono la contestazione dei convenuti secondo la quale l'infezione potrebbe essere stata determinata per via ematogena a partenza dalla cisti renale del Gu., avendo sul punto il CTU argomentato - in modo esaustivo e convincente - che non vi è alcun rapporto causale o concausale tra la cisti complessa renale e l'infezione del sistema di artrodesi vertebrale, in quanto all'epoca dei fatti non è stata riscontrata alcuna batteriemia e processo settico, quale complicanza della formazione complessa renale, ma soltanto una lieve leucocitosi neutrofila determinata verosimilmente da una linfoadenopatia diffusa di cui lo stesso attore era affetto.

Alla luce delle esposte considerazioni, dunque, si ritiene esaustivamente provato il nesso causale tra la condotta della struttura ospedaliera dei sanitari convenuti in relazione alla non corretta gestione del caso clinico in esame ed il danno patito dall'attore conseguente all'infezione dell'impianto di stabilizzazione lombosacrale, avendo il consulente ha chiaramente evidenziato (cfr. supra):

- 1) le omissioni relative alla prevenzione di infezioni del sito chirurgico;
- 2) quali sarebbero state le condotte opportune (tra cui, innanzitutto, la profilassi antibiotica);
- 3) in che misura le condotte e le omissioni si discostano dalle *leges artis* e dalle linee guida in tema di profilassi del sito chirurgico;
- 4) l'accertamento, in conformità al criterio del "più probabile che non", del nesso eziologico tra le condotte descritte e l'evento finale.

In conclusione, gli inadempimenti sopra descritti in relazione alla gestione complessiva del caso, hanno determinato, secondo il giudizio probabilistico sopra descritto, il verificarsi del danno (sulla cui liquidazione cfr. infra) lamentato dal Gu..

2.1. Sulla responsabilità dei medici e della struttura ospedaliera.

Quanto, invece, al riparto "interno" di responsabilità tra i convenuti - il cui accertamento risulta necessario in virtù della domanda riconvenzionale sporta sul punto da Gi.Di., come peraltro già chiarito nell'ambito dell'ordinanza di rimessione sul ruolo dell'8.02.2019 -, si osserva, innanzitutto, che il Dott. Pa. ha assunto il ruolo di neurochirurgo primo operatore, ovvero il medico chirurgo incaricato di eseguire l'intervento; il Dott. Di. risulta quale secondo operatore; il dott. Ma. risulta quale terzo operatore; mentre il dott. Ca., per quanto non presente all'intervento, è stato citato in giudizio quale primario del reparto in cui è stato ricoverato ed operato l'attore. Ebbene, con riferimento alla responsabilità di quest'ultimo (il dott. Ca.), deve evidenziarsi, innanzitutto,

che secondo la giurisprudenza di legittimità il primario ospedaliero risponde del danno derivato da inadeguatezza della struttura sanitaria da lui diretta ove non dimostri di aver adempiuto a tutti gli obblighi che gli impone la legge, tra cui rientra quello di informazione sulle condizioni dei malati e di predisposizione di adeguate istruzioni al personale per le emergenze (Cassazione civile sez. III, 22.10.2014, n. 22338). In altri termini, il primario ospedaliero, al di là delle ipotesi in cui sia intervenuto direttamente nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e, più in generale, del trattamento terapeutico, risponde anche nei casi in cui il danno si verifichi a seguito della mancata predisposizione di tutte le adeguate istruzioni e dell'adozione di tutte le misure volte a minimizzare i rischi connessi all'attività ivi svolta e ad evitare il verificarsi di eventi lesivi, a meno che non dimostri di aver adottato tali misure ed iniziative - tra cui, appunto, il rispetto dei protocolli internazionali e delle linee guida all'interno del reparto da lui diretto -.

Ebbene, diversamente da quanto osservato dal CTU, si ritiene di escludere la responsabilità del dott. Ca. in quanto, per un verso, è pacifico che non abbia partecipato all'intervento e non sia intervenuto direttamente né nella fase diagnostica né in quella terapeutica relativa al ricovero ed alla degenza del Gu.; e, per altro verso, non può omettersi di considerare che ha esaustivamente dimostrato di aver impartito le direttive ed adottato le iniziative necessarie al fine di minimizzare i rischi di infezione nell'ambito del reparto da lui diretto - ivi inclusi l'ambiente operatorio ed il sito chirurgico - nel periodo in cui è stato operato l'attore: ed invero, ha allegato in atti tutti i documenti relativi alle indagini effettuate ed ai protocolli adottati a tal fine, nonché i campionamenti e le verifiche effettuate periodicamente per monitorare proprio il rischio in esame, con risultati che rientrano nei limiti di norma (cfr. allegati da 5 a 11 alla comparsa di costituzione e risposta del Ca.). Né, per altro verso, può essere imputata una responsabilità per la non corretta tenuta della cartella clinica, non essendo stato tale danno chiesto e, tantomeno, dedotto - dalla parte attrice entro i termini decadenziali di rito.

In conclusione, alcuna responsabilità può essere imputata al dott. Ca. in relazione al verificarsi del danno in esame, per cui la domanda avanzata nei suoi confronti deve essere rigettata.

Parimenti, si ritiene di doversi discostare dalla valutazione del CTU con riferimento alla responsabilità del dott. Di., in quanto, nonostante lo stesso figura quale "secondo operatore", è pacifico e non contestato che lo stesso fosse uno specializzando, peraltro alle prime esperienze in sala operatoria. Ebbene, sul punto, si osserva, in diritto, che secondo la giurisprudenza di legittimità, condivisa anche da quella di merito, "(...) Va (...) rammentato che secondo la giurisprudenza penale di questa Corte il medico specializzando non è presente nella struttura per la sola formazione professionale, né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore anche se non gode di piena autonomia; si tratta di un'autonomia che non può essere disconosciuta, trattandosi di persone che hanno conseguito la laurea in medicina e chirurgia e, pur tuttavia, essendo in corso la formazione specialistica, l'attività non può che essere caratterizzata da limitati margini di autonomia in un'attività svolta sotto le direttive del tutore; ma tale autonomia, seppur vincolata, non può che ricondurre allo specializzando le attività da lui compiute; e se lo specializzando non è (o non si ritiene) in grado di compierle deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume le responsabilità (c.d. colpa per assunzione ravvisabile in chi cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di

svolgere secondo il livello di diligenza richiesto all'agente modello di riferimento - Cass. 10 dicembre 2009, n. 6215 e 22 febbraio 2012, n. 6981 (...)" (cfr. Cassazione civile sez. III, 17.10.2019, n. 26311, in parte motiva, e, in senso conforme nella giurisprudenza di merito, cfr. Tribunale Milano sez. XII, 15.05.2014, n. 5006, secondo la quale "in tema di colpa professionale, il medico specializzando è titolare di una posizione di garanzia in relazione alle attività personalmente compiute nell'osservanza delle direttive e sotto il controllo del medico tutore che deve verificarne i risultati, con la precisazione che il medico specializzando deve rifiutare i compiti che non ritiene in grado di compiere, poiché in caso contrario se ne assume la responsabilità a titolo di cosiddetta colpa per assunzione").

In altri termini, il medico specializzando, per quanto compia un'attività svolta sotto l'egida ed il controllo del tutore ed in adesione alle direttive da lui impartite, ha comunque un margine di autonomia in virtù degli studi compiuti e della laurea conseguita, con la conseguenza che deve rifiutarsi di compiere che non è in grado di compiere, assumendosi altrimenti la responsabilità degli stessi: ne consegue che ai fini della dimostrazione della sua responsabilità va dedotta (e dimostrata) l'impartizione di una direttiva nei suoi confronti, il compimento della stessa ed il nesso causale tra la sua errata esecuzione ed il danno patito dal paziente. In applicazione di tali principi, non può non osservarsi che nel caso in esame, per un verso, non risulta contestato che il dott. Di. si sia limitato ad assistere all'intervento; e, per altro verso, non è stata dedotta (né è emersa nel corso dell'istruttoria) che il suo tutore gli abbia affidato il compito di verificare la cartella clinica e la completezza (oltre che correttezza) della profilassi preoperatoria eseguita nei confronti del paziente, con la conseguenza che non può ritenersi configurabile in capo allo stesso Di. alcuna "colpa per assunzione" nel senso sopra specificato, non essendosi assunto la responsabilità di compiere alcun atto da cui è derivato il danno patito dal Gu..

Va, pertanto, esclusa la responsabilità del Di. in relazione al danno verificatosi e la domanda avanzata nei suoi confronti dall'attore deve essere rigettata.

Venendo all'esame della responsabilità attribuibile al dott. Pa., invece, si osserva, in diritto, che è consolidato il principio nella giurisprudenza di legittimità in virtù del quale "in tema di responsabilità sanitaria l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'équipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, sicché rientra tra gli obblighi di ogni singolo componente di una équipe chirurgica, sia esso in posizione sopra o sotto-ordinata, anche quello di prendere visione, prima dell'operazione, della cartella clinica contenente tutti i dati per verificare la necessità di adottare particolari precauzioni imposte dalla specifica condizione del paziente ed eventualmente segnalare, anche senza particolari formalità, il suo motivato dissenso rispetto alle scelte chirurgiche effettuate e alla scelta stessa di procedere all'operazione, potendo solo in tali casi esimersi dalla concorrente responsabilità di membri dell'equipe nell'inadempimento della prestazione sanitaria" (Cassazione civile sez. III, 17.10.2019, n. 26307).

Tanto premesso in diritto, deve osservarsi che nel caso in esame, il Pa., in qualità di primo operatore, avrebbe dovuto verificare la corretta preparazione della sala e del paziente, nonché l'avvenuta somministrazione degli antibiotici a quest'ultimo prima di procedere all'intervento - circostanza che, come già sopra osservato, non risulta dalla cartella clinica -, con la conseguenza

che l'omissione di tale verifica preliminare ha contribuito causalmente al verificarsi del danno patito dal Gu..

Pertanto, se, da un lato, va considerata la circostanza che l'intervento è stato eseguito correttamente; non può omettersi di valutare, dall'altro lato, la mancata compiuta verifica delle procedure di profilassi adottate e risultanti dalla cartella ed il ruolo assunto dal Pa. nel caso in esame - si ribadisce, primo operatore -; per cui appare equo riconoscere la responsabilità in capo a quest'ultimo nella misura del 20%, così come ritenuto dal CTU.

Quanto, infine, al dott. Ma., si osserva che è altrettanto pacifico, non essendo stato mai contestato, che la sua attività nel caso in esame è avvenuta "(...) in corso di esecuzione dell'intervento chirurgico, ma, anche per questa fase, limitatamente alla operazione di posizionamento della placca e delle viti (...) il convenuto non ha avuto alcun ruolo né nella fase di preparazione, né nella fase conclusiva del trattamento chirurgico a cui fu sottoposto l'attore (...)" (cfr. pag. 4 della comparsa di costituzione e risposta del Ma.). Tuttavia, in applicazione dei principi sopra richiamati in ordine all'obbligo di verifica della cartella da parte dei componenti della équipe chirurgica (ivi compresi quelli in posizione sotto-ordinata) non può non riconoscersi una responsabilità anche in capo al dott. Ma., seppur limitata atteso il ruolo marginale assunto da quest'ultimo nell'ambito dell'operazione. In altri termini, da un lato, va considerata la circostanza che l'intervento è stato eseguito correttamente e che il Ma. è intervenuto in qualità di secondo operatore durante l'esecuzione dell'operazione chirurgica senza partecipare alla fase di preparazione; ma, dall'altro lato, anch'egli avrebbe comunque dovuto, prima di procedere all'applicazione della placca e delle viti, esaminare i dati in cartella, segnalandone le relative mancanze, per cui appare equo riconoscere la responsabilità in capo a quest'ultimo nella minor misura del 10%, così come ritenuto dal CTU.

A ciò consegue che la responsabilità della struttura ospedaliera per il verificarsi dell'infezione dei mezzi di sintesi - da ricondursi alla mancata corretta organizzazione e gestione del caso concreto in esame nella profilassi preoperatoria del paziente e degli ambienti - è nella misura del 70%.

3. Sulla liquidazione del danno

Accertata, la responsabilità della struttura ospedaliera e dei medici nella causazione del sinistro in esame nella misura e nei limiti di cui ai paragrafi che precedono, occorre procedere alla liquidazione dei danni patiti dall'attrice.

Orbene, sulla scorta della sentenza n. 184/1986 della Corte Costituzionale, il danno alla salute (o danno biologico), in quanto consistente nell'alterazione peggiorativa dell'integrità psicofisica del soggetto, costituisce la componente prioritaria del danno alla persona. Lo stesso assorbe le voci elaborate in giurisprudenza - riflettenti la capacità lavorativa generica, il danno alla vita di relazione ed il danno estetico - e va liquidato tenendo conto di una uniformità pecuniaria di base, senza trascurare l'incidenza che la menomazione ha dispiegato sulle attività della vita quotidiana del danneggiato. Il danno alla salute va, pertanto, valutato e risarcito con criteri identici per tutti coloro che si trovano in identiche condizioni, prescindendo quindi da posizioni sociali, professionali, economiche e simili, salva, tuttavia, l'applicazione di correttivi in relazione ad accertate peculiarità del caso concreto. Se è dimostrato che il soggetto ha subito, altresì, ripercus-

sioni sul piano patrimoniale (spese, perdite, mancati utili) anche tale danno va risarcito; ove, infine, il fatto sia inquadrabile in una ipotesi di reato ovvero, più in generale, si sia verificata la lesione di un diritto inviolabile della persona costituzionalmente garantito, andrà risarcito anche il danno non patrimoniale.

In tal modo resta esclusa ogni duplicazione risarcitoria in quanto il danno alla capacità di reddito è risarcibile solo se vi sia una specifica incidenza della lesione sulla capacità di guadagno del soggetto. Non viene, cioè, in considerazione il concetto di invalidità incidente sulla capacità lavorativa generica; solo alla dimostrazione dell'incidenza dell'invalidità sulla capacità lavorativa specifica, consegue il risarcimento del danno patrimoniale lamentato. Alla luce dell'orientamento prospettato, parte attrice, non avendo dimostrato - né allegato - di aver riportato nell'incidente per cui è causa alcuna menomazione specifica alla propria capacità lavorativa, va risarcita unicamente in relazione al danno alla salute.

Sul punto, ricostruita nei termini che precedono la dinamica della vicenda dedotta in giudizio ed in considerazione della compatibilità riscontrata dal nominato CTU tra le lesioni lamentate e gli eventi supra descritti, ritiene questo Giudice, innanzitutto, che la parte attrice abbia fornito la prova richiestale. Il danno subito non ha determinato nella parte attrice esiti permanenti (ma solo temporanei, sui quali cfr. infra), in quanto il Gu., al momento dell'esecuzione degli accertamenti peritali non presentava alcuna sindrome aderenziale con manifestazioni subocclusive, né un danno fisionomico. Né, in senso contrario a quanto appena osservato, depongono le contestazioni sollevate sul punto dal C.T.P. di parte attrice - dott. Pa. -, in quanto il CTU sul punto ha, con riferimento a dette contestazioni, esaurientemente argomentato le sue scelte avendo chiarito che:

- 1) l'irrilevanza, ai fini di un eventuale riconoscimento del danno differenziale, dell'esito cicatriziale dovuto al novo intervento chirurgico per la sostituzione del mezzo di stabilizzazione lombosacrale infettato, in quanto il reintervento non ha determinato alcun peggioramento della stessa cicatrice, tale da creare un danno estetico;
- 2) gli esiti del reintervento non possono essere ricondotti per analogia ad una frattura vertebrale;
- 3) le parestesie lamentate dal Gu. sono riconducibili alla radicolopatia cronica, di cui lo stesso era affetto già prima dell'intervento chirurgico effettuato presso l'ospedale (...); e, parimenti, non vi sono esiti permanenti riconducibili all'osteomielite.

È stato, invece, riconosciuto il danno da inabilità temporanea, correttamente e condivisibilmente determinato dal consulente di ufficio

- 1) in 70 giorni di invalidità temporanea totale;
- 2) in 60 giorni di invalidità temporanea parziale, valutata mediamente al 50%;
- 3) in 1.095 giorni (pari a tre anni) di invalidità temporanea parziale, valutata mediamente al 25%.

In particolare, con riferimento alla valutazione del periodo di invalidità temporanea totale, si condividono le osservazioni del CTU che ha ritenuto di considerare solo i giorni di effettivo ricovero in cui è attestato che l'attore non abbia potuto attendere alle ordinarie occupazioni. Parimenti condivisibili sono le valutazioni in ordine al riconoscimento di 60 giorni di I.T.P. al 50%, in quanto il Gu. in tale periodo ha comunque eseguito controlli clinico - strumentali per la ripresa delle ordinarie occupazioni.

Quanto al criterio di liquidazione di tale voce di danno, che il Tribunale, alla luce delle sentenze Cassazione civile sez. III, 11.11.2019, n. 28990 e Cassazione civile sez. III, 11.11.2019, n. 28994 già citate al paragrafo "1" della presente sentenza, fa riferimento alle tabelle elaborate in base agli artt. 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni Private (in particolare, quelle aggiornate dal d.m. 22.07.2019), applicabili al caso in esame per le ragioni già sopra esposte. Alla stregua dei parametri indicati dalle predette tabelle. Alla stregua dei parametri indicati dalle predette tabelle, il risarcimento dei danni da riconoscere all'attore per il periodo di invalidità temporanea patito va liquidato tenendo in considerazione quale valore di riferimento Euro 47,49, quale valore previsto da tali tabelle per la cd. "indennità giornaliera": ne consegue che il danno totale ammonta ad Euro 17.746,65, somma ottenuta moltiplicando Euro 47,49 per i giorni (70) riconosciuti dal CTU (per un totale di Euro 3.324,30) di invalidità temporanea totale, a cui vanno aggiunti Euro 1.424,70, somma ottenuta moltiplicando somma di Euro 23,745 per gli ulteriori giorni (60) di invalidità temporanea parziale, indicati dal CTU con il tasso medio del 50%; nonché Euro 12.997,65, somma ottenuta moltiplicando somma di Euro 11,87 per gli ulteriori giorni (1.095) di invalidità temporanea parziale, indicati dal CTU con il tasso medio del 25%.

In conclusione, l'Azienda Ospedaliera "(...)" va condannata a risarcire il danno in favore degli attori, liquidato in Euro 17.746,65.

Null'altro va liquidato, infine, sub specie di danno non patrimoniale, in quanto parte attrice, da un lato, lo ha richiesto in modo del tutto vago e generico; e, dall'altro lato, non lo ha esaustivamente dedotto ed allegato: ne consegue che tale danno non è risarcibile, secondo la nuova concezione che di esso hanno fornito le Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione, con la nota sentenza 18.11.2008, n. 26972. In particolare, osserva il Tribunale come in tale circostanza sia stato chiarito che "nell'ambito della categoria generale del danno non patrimoniale, la formula "danno morale" non individua una autonoma sottocategoria di danno, ma descrive, tra i vari possibili pregiudizi non patrimoniali, un tipo di pregiudizio, costituito dalla sofferenza soggettiva cagionata dal reato in sé considerata. Sofferenza la cui intensità e durata nel tempo non assumono rilevanza ai fini della esistenza del danno, ma solo della quantificazione del risarcimento. Definitivamente accantonata la figura del c.d. danno morale soggettivo, la sofferenza morale, senza ulteriori connotazioni in termini di durata, integra pregiudizio non patrimoniale. Deve tuttavia trattarsi di sofferenza soggettiva in sé considerata, non come componente di più complesso pregiudizio non patrimoniale. Ricorre il primo caso ove sia allegato il turbamento dell'animo, il dolore intimo sofferti, ad esempio, dalla persona diffamata o lesa nella identità personale, senza lamentare degenerazioni patologiche della sofferenza. Ove siano dedotte siffatte conseguenze, si rientra nell'area del danno biologico, del quale ogni sofferenza, fisica o psichica, per sua natura intrinseca costituisce componente. Determina quindi duplicazione di risarcimento la congiunta attribuzione del danno biologico e del danno morale nei suindicati termini inteso, sovente liquidato in percentuale (da un terzo alla metà del primo"). Né si può ritenere che tale voce di danno possa ritenersi ricorrente in re ipsa, in quanto non si ravvisa la sussistenza della lesione di diritti costituzionalmente protetti ultronei rispetto a quello alla salute già liquidato, ed aderendo questo Giudice all'orientamento giurisprudenziale che nega decisamente l'esistenza di una autonoma voce di danno qualificabile come "esistenziale" e sganciata da una copertura di carattere costitu-

zionale, in considerazione della circostanza per cui essa finisce per "portare anche il danno non patrimoniale nell'atipicità, sia pure attraverso l'individuazione dell'apparente tipica figura categoriale del danno esistenziale, in cui tuttavia confluiscono fattispecie non necessariamente previste dalla norma (l'art. 2059 cod. civ.) ai fini specifici della risarcibilità di tale tipo di danno, mentre tale situazione non è voluta dal legislatore ordinario né è necessitata dall'interpretazione costituzionale dell'art. 2059 c.c. che rimane soddisfatta dalla tutela risarcitoria di specifici valori della persona, ritenuti inviolabili dalla norma costituzionale" (cfr. Cass. 15.07.2005, n. 15022 e Cass. 9.11.2006, n. 23918).

In conclusione, premesso che la responsabilità dei medici e della struttura ospedaliera nei confronti del paziente è solidale mentre è ripartita nei termini di cui al paragrafo "2.1" della sentenza tra gli stessi medici e l'Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma. vanno condannati, in solido tra loro, a risarcire il danno subito da Ma.Gu., liquidato in Euro 17.746,65.

Nella liquidazione di tale danno, qualificandosi come debito di valore, deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovutagli a titolo di risarcimento: questo ulteriore danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria via via rivalutata anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (cfr., ex multis, Cass. civ. 1.07.2002 n. 9517). Per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma rivalutata in base ad un indice di rivalutazione medio, questo Giudicante reputa opportuno ordinare il pagamento in favore di Ma.Gu. degli interessi al tasso legale dal 9.03.2010 - quale data dell'intervento chirurgico a seguito del quale si è verificata l'infezione - sulla somma complessiva innanzi liquidata all'attualità (pari ad Euro 17.746,65) ma svalutata, in base agli indici ISTAT, al 9.03.2010, e, quindi, anno per anno, ed a partire dal 9.03.2010 e fino al momento del deposito della presente decisione, sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra precisata, con divieto di anatocismo. Dal momento della pronuncia della presente sentenza e sino all'effettivo soddisfo, infine, con la trasformazione dell'obbligazione di valore in debito di valuta, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale sopra liquidata all'attualità, gli ulteriori interessi al tasso legale, ex art. 1282 cod. civ. (cfr., in tal senso, Cass. 3 dicembre 1999 n. 13470; Cass. 21 aprile 1998 n. 4030).

Infine, diversamente da quanto osservato dal CTU, la parte attrice ha documentato le spese mediche sostenute (cfr. ricevute allegate alla citazione) per un importo complessivo di Euro 3.097,31, per cui Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma. vanno altresì condannati, in solido tra loro, al pagamento di tale importo in favore di Ma.Gu., oltre interessi legali dalla data della domanda giudiziale e sino al saldo.

4. Sulla domanda di manleva.

Quanto, invece, alla domanda di garanzia esperita dalla convenuta nei confronti di Am., si osserva, innanzitutto, che sussiste la giurisdizione del giudice ordinario in relazione alla domanda in esame, trattandosi di rapporto iure provatorum rispetto al quale non è stata ancora versato

nulla e, dunque, senza che sia stata esperita alcuna surroga ai fini dell'azione di regresso rispetto alla quale potrebbe profilarsi l'ipotesi di giurisdizione contabile prospettata dalla Am..

Tanto premesso, la domanda in esame si fonda sulla polizza n. (...) (cfr. polizza allegata sub 6 alla produzione di Am.) stipulata dall'Ospedale (...) con la terza chiamata in causa ed avente ad oggetto, inter alia, la garanzia prestata da tale ultima parte per le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Ospedale durante il periodo di efficacia della garanzia (dal 12.10.2012 al 31.12.2014) per fatti accaduti durante il periodo a cui fa riferimento la scheda di riepilogo di ogni azienda. Ebbene, sul punto si osserva che:

- 1) è contrattualmente previsto (come peraltro riconosciuto dalla stessa Am.) che gli assicurati sono, oltre che l'Ospedale, anche le persone fisiche in regime di dipendenza con quest'ultimo;
- 2) l'evento dannoso oggetto di giudizio si è verificato nel periodo di vigenza della polizza;
- 3) il danno liquidato rientra ampiamente nei limiti di massimale per sinistro di cui all'art. 5 della polizza, mentre con riferimento all'"aggregato annuo" (quale cumulo delle somme che l'assicuratore è tenuto a risarcire per tutti i sinistri denunciati nello stesso periodo assicurativo annuo), non risulta provato e documentato il raggiungimento di tale aggregato;
- 4) quanto alla "franchigia aggregata annua" (da intendersi quale importo massimo di deduzione che in caso di uno o più sinistri liquidati nell'arco dell'intero periodo annuale assicurativo, resta a carico dell'assicurazione) - premesso che la stessa non si riferisce alle spese legali, peritali sostenute per resistere all'azione giudiziaria (cfr. definizione in contratto) -, non può non osservarsi che valore assorbente assume la considerazione per cui la Am. non ha esaustivamente dedotto e documentato il raggiungimento di tale franchigia (pari ad Euro 1.000.000,00 per ogni periodo annuo assicurativo, cfr. art. 17 della polizza).

Pertanto, ricorrendo tutti i requisiti soggettivi ed oggettivi ai fini della operatività della polizza in esame, ed in accoglimento della domanda di manleva in esame, Am. (Europe) Limited va condannata a tenere indenne e manlevata l'Azienda Ospedaliera "...", Gi.Pa. e Mi.Ma. in relazione a tutte le somme che quest'ultimi sono tenuti a corrispondere in favore dell'attore in virtù della presente sentenza.

5. Sulle spese di lite

Posto che al presente procedimento si applica l'art. 92 c.p.c. nella formulazione vigente prima della modifica di cui all'art. 13, co. 2, del d.l. 132/2014, le spese di lite vanno liquidate con riferimento ai singoli rapporti processuali, ed in particolare:

- 1) con riferimento al rapporto processuale tra Ma.Gu. ed Asl BN/(...) le spese vanno interamente compensate, in ragione della cessazione della materia del contendere e del comportamento processuale delle parti leale e collaborativo in relazione a detto rapporto;
- 2) con riferimento al rapporto processuale tra Ma.Gu. e Gi.Ca., le spese vanno interamente compensate, in ragione della peculiarità e della complessità delle questioni trattate con riferimento a detto rapporto;
- 3) con riferimento al rapporto processuale tra Ma.Gu. e Gi.Di. le spese vanno interamente compensate, in ragione della peculiarità e della complessità delle questioni trattate con riferimento a detto rapporto;

4) con riferimento al rapporto processuale tra Ma.Gu., da una parte, e Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., dall'altra parte, vanno compensate per metà non solo in considerazione dell'accoglimento solo parziale e limitato della domanda, ma anche per la complessità delle questioni dedotte in giudizio; mentre, per la restante metà, seguono la soccombenza di Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., in solido tra loro, e vengono liquidate come in dispositivo secondo i parametri medi del D.M. 55/2014 ricompresi nello scaglione tra Euro 5.201,00 ed Euro 26.000,00 con loro attribuzione in favore dell'Avv. Em.De., dichiaratosi antistatario ex art. 93 cod. proc. civ.;

5), vanno interamente compensate anche le spese di lite relative a tutti rapporti processuali connessi alla domanda di accertamento per la graduazione "interna" delle responsabilità tra i convenuti, in ragione della peculiarità delle questioni trattate con riferimento a tali rapporti;

6) con riferimento al rapporto processuale tra Am. e Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa., Mi.Ma. e Am. le stesse vanno parimenti compensate, in ragione della peculiarità delle questioni trattate con riferimento a tali rapporti processuali;

infine, le spese di CTU - come già complessivamente liquidate nel corso del giudizio-seguono la soccombenza di Azienda Ospedaliera (...) di Benevento e Gi.Pa. e Mi.Ma., in solido tra loro.

P.Q.M.

Il Tribunale di Benevento, seconda sezione civile, in persona del G.M., Dr. Gerardo Giuliano, definitivamente pronunciando sulla causa iscritta al n. 3053/2013 del R.G.A.C., ogni contraria istanza, difesa, eccezione e conclusione disattesa, così provvede:

1. dichiara, per le causali di cui in motivazione, cessata la materia del contendere tra Ma.Gu. e Azienda Sanitaria Locale (...);

2. accoglie, per le ragioni e nei limiti di cui in motivazione, la domanda avanzata da Ma.Gu. nei confronti di Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., e, per l'effetto:

3. condanna Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., in solido tra loro, al pagamento, per le causali di cui in motivazione ed in favore di Ma.Gu., della somma di Euro 17.746,65, oltre interessi al tasso legale dal 9.03.2010 fino al momento del deposito della presente decisione, sulla somma complessiva innanzi liquidata all'attualità ma devalutate, in base agli indici ISTAT, al 9.03.2010 e, quindi, anno per anno, ed a partire dal 9.03.2010 e fino al momento del deposito della presente decisione, sulle somme di volta in volta risultanti dalla rivalutazione di quelle sopra precisate, con divieto di anatocismo;

4. condanna, altresì, Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., in solido tra loro, in solido tra loro al pagamento, in favore di Ma.Gu., degli interessi al saggio legale - sulle somme risultanti all'esito dell'operazione di cui al punto "3." del presente dispositivo - dalla data del deposito della presente sentenza e fino alla solutio;

5. condanna altresì Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., in solido tra loro, al pagamento, per la causali di cui in motivazione ed in favore di Ma.Gu., della somma di Euro 3.097,31, oltre interessi legali dalla data della domanda giudiziale e sino al saldo;

6. accerta che l'obbligazione risarcitoria solidale di cui ai capi che precedono gravante su Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma. si ripartisce, sotto il profilo interno,

come segue: 70% a carico di Azienda Ospedaliera (...) di Benevento; 20% a carico di Gi.Pa., 10% a carico Mi.Ma.;

7. rigetta, per le ragioni di cui in motivazione, la domanda avanzata da Ma.Gu. nei confronti di Gi.Ca. e Gi.Di.;

8. condanna Am. a tenere indenne e manlevata, per la causali di cui in motivazione, Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma. da quanto tali ultime parti saranno tenuta a pagare a Ma.Gu. in virtù di quanto disposto ai capi che precedono del presente dispositivo;

9. compensa, per le ragioni di cui in motivazione, le spese di lite relative al rapporto processuale tra Ma.Gu. ed Azienda Sanitaria Locale (...);

10. compensa, per le ragioni di cui in motivazione, le spese di lite relative al rapporto processuale tra Ma.Gu. e Gi.Ca.;

11. compensa, per le ragioni di cui in motivazione, le spese di lite relative al rapporto processuale tra Ma.Gu. e Gi.Di.;

12. compensa per metà le spese relative al rapporto processuale tra Ma.Gu., da una parte, e Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., dall'altra parte, e condanna Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma., a pagare, in favore di Ma.Gu., la restante metà di tali spese, che si liquidano in complessivi Euro 2.907,00 (di cui Euro 1.105,25 per esborsi ed Euro 2.417,50 per compenso professionale), più 15% sul compenso professionale per rimborso forfettario spese generali, oltre IVA e CPA, se dovute, come per legge, con attribuzione in favore dell'Avv. Em.De., dichiaratosi antistatario ex art. 93 cod. proc. civ.;

13. compensa le spese di giudizio relative a tutti rapporti processuali connessi alla domanda di accertamento per la graduazione "interna" delle responsabilità tra i convenuti;

14. compensa le spese di giudizio relative ai rapporti processuali tra Am. e Azienda Ospedaliera (...) di Benevento, Gi.Pa. e Mi.Ma.;

15. pone definitivamente a carico di Azienda Ospedaliera (...) di Benevento e Gi.Pa. e Mi.Ma., in solido tra loro, le spese della CTU, come già complessivamente liquidate in corso di causa.

Così deciso in Benevento il 13 febbraio 2020.

Depositata in Cancelleria il 18 febbraio 2020.