Tribunale Rimini, Sezione Unica, Sentenza 04/09/2026, n. 481

(*Omissis*)

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO – MOTIVI DELLA DECISIONE

I FATTI OGGETTI DEL PROCESSO E LE DEDUZIONI DELLE PARTI.

Con ricorso depositato in data 14.06.2023, l'odierna ricorrente ha convenuto in giudizio il Prof. P.L. e la società F.P. s.r.l. per sentire accogliere le seguenti conclusioni: "Piaccia all'Ecc.mo Tribunale di Rimini, contrariis reiectis, così giudicare: • previo accertamento dell'inadempimento contrattuale e la conseguente responsabilità contrattuale o, in subordine, della responsabilità extracontrattuale del Dott. P.L. e di F.P. S.r.l., ex artt. 1218, 1228, 2043 e 2049 c.c., per la condotta negligente ed inadempiente del Dott. P.L. che ebbe in cura V.C. ed a seguito della quale sono derivate le gravi menomazioni per le quali è causa, dichiarare la risoluzione dei contratti intercorsi con il Dott. P.L. e la casa di cura afferente alla Società F.P. S.r.l.; • sempre previo accertamento dell'inadempimento contrattuale e la conseguente responsabilità contrattuale o, in subordine, della responsabilità extracontrattuale del Dott. P.L. e di F.P. S.r.l., ex artt. 1218, 1228, 2043 e 2049 c.c., per la condotta negligente ed inadempiente del Dott. P.L. che ebbe in cura V.C. ed a seguito della quale sono derivate le gravi menomazioni per le quali è causa, Voglia condannare i resistenti alla rifusione delle somme indebitamente corrispostegli da C.V. e al pagamento in favore di V.C. a titolo di risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, de iure condito et de iure condendo, nonché a titolo di rifusione del corrispettivo indebitamente corrisposto, per i titoli di cui in narrativa, la complessiva somma di Euro 70.969,66 – considerata la nuova edizione 2024 delle Tabelle milanesi, recante aggiornamento degli importi monetari da riconoscersi a titolo risarcitorio ovvero quella diversa somma, minore o maggiore, che riterrà di giustizia, con interessi compensativi e rivalutazione monetaria sui singoli montanti deflattivi dalla data dell'illecito al saldo effettivo. • In ogni caso con vittoria delle spese di lite del presente giudizio di merito (doc. n. 14), delle spese esenti (doc. n. 1 2) e dei compensi (doc. n. 1 3) relativi al procedimento di istruzione preventiva ex art. 696 bis c.p.c., incardinato presso il Tribunale di Rimini e iscritto a R.G. 1677/2022, Giudice Istruttore Dott.ssa C.Z., e alla rifusione dei compensi per l'attività difensiva extragiudiziale (doc. n. 1 1), oltre spese generali al 15%, IVA e CPA come per legge, con l'aumento del 30% previsto dall'art. 4, comma 1-bis, D.M. n. 55 del 2014(5), da distrarsi in favore del sottoscritto patrocinatore che si dichiara antistatario ex art. 93 c.p.c..".

Preliminarmente, la sig.ra C. ha ricostruito i profili fattuali sottesi alla vicenda di cui è causa, riferendo di essersi rivolta al Dott. L. per correggere il suo dismorfismo mediante trattamento di natura estetica e che in tale occasione il sanitario le aveva proposto di effettuare un intervento di lifting per un costo complessivo pari ad Euro 7.451,41. Ha proseguito la ricorrente affermando che detto intervento è stato effettuato in data 21 settembre 2020 e che subito dopo la rimozione dei punti di sutura "compariva una importante zona di necrosi con diastasi delle ferite in regione pre-auricolare e retro-auricolare, unita alla formazione di un'ampia area cordoniforme che andava incontro a necrosi e guariva spontaneamente dopo circa 2 mesi". A tale riguardo la sig.ra C. ha dichiarato di essersi dovuta sottoporre ad un nuovo intervento in data 23 marzo 2021, sempre presso la casa di cura "C.P." ad opera del medesimo Dott. L. e che anche tale intervento non ha sortito gli effetti estetici sperati.

Con riferimento alle conseguenze pregiudizievoli derivanti dall'intervento, la ricorrente ha evidenziato che il dismorfismo non è stato risolto ma addirittura è peggiorato e a ciò si è aggiunta "incontinenza

salivare (che si verifica soprattutto durante le ore notturne) e insensibilità all'emi-labbro inferiore di destra e ciò le ha altresì cagionato gravi ripercussioni anche dal punto di vista psicologico con diagnosi di "Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso, di Tipo Cronico".

Sempre in ordine alle conseguenze pregiudizievoli, la sig.ra C. ha fatto rinvio a quanto accertato nell'ambito della consulenza tecnica di ufficio effettuata nel corso del giudizio ex art. 696 bis c.p.c. dalla quale è emerso che l'intervento non è stato eseguito in modo adeguato dal Dott. L. e "l'esito disestetico sia dovuto all'allestimento di lembi cutanei sottili, sottoposti all'atto della sutura a trazione eccessiva e, quindi, da considerare quale conseguenza di un errore di tecnica chirurgica…. la necrosi cutanea è avvenuta per eccessiva trazione ed assottigliamento del lembo cutaneo da parte del Dott. L. ed è quindi da considerarsi esito di un errore del chirurgo durante l'atto operatorio".

Con riferimento alla natura giuridica della responsabilità facente capo al Dott. L. e alla struttura sanitaria, la sig.ra C. ha sottolineato che questa ha natura contrattuale, vista la presenza di un rapporto negoziale tra lei e tali soggetti, come altresì comprovato dal corrispettivo pagato per lo svolgimento dell'intervento e che, pertanto, il parametro sulla base del quale valutare la condotta del sanitario è quello di cui all'art. 1176, comma 2, c.c.

Oltre alla lesione al diritto alla salute, la sig.ra C. ha altresì fatto valere la violazione del suo diritto di autodeterminazione, non essendo stata informata "circa la sussistenza di simili rischi, anche in termini di nefasto esito estetico della procedura chirurgica", circostanza confermata anche nell'ambito della consulenza tecnica ove gli specialisti hanno affermato che i moduli pre-compilati fatti sottoscrivere alla paziente erano "estremamente generici e non indicano le caratteristiche dell'intervento, la tecnica di esecuzione, gli esiti prevedibili, i rischi dell'intervento in questione, le eventuali alternative terapeutiche e i reliquati che ne sarebbero comunque residuati"; tale difetto di informazione ha leso la sua libertà di scelta, in quanto "trattandosi di intervento avente esclusiva finalità estetica e non vertendosi in fattispecie di trattamento indifferibile, è evidente che la danneggiata, qualora fosse stata adeguatamente informata sulle possibili conseguenze dell'intervento chirurgico (ossia sulla possibilità che si verificassero conseguenze quale quella effettivamente esitata), avrebbe potuto comparare il numero di eventi avversi presso le diverse strutture sanitarie, private e pubbliche, nonché presso i diversi professionisti del settore, presi in considerazione per l'intervento, e avrebbe potuto scegliere tra quelle con il rapporto più favorevole secondo un giudizio prognostico ovvero l'id quod plerumque accidit così come avrebbe potuto determinarsi nel non sottoporsi a detto intervento estetico".

Con riferimento al profilo relativo alla quantificazione del danno, la sig.ra C. ha determinato in Euro 35.832,01 l'importo dovutole in ordine al danno dinamico relazionale, oltre Euro 20.000,00 a titolo di risarcimento di tutti gli ulteriori danni subiti ivi compresa la lesione del diritto alla autodeterminazione.

Con riferimento ai danni patrimoniali, la sig.ra C. ha stabilito in Euro 2.354,00 l'importo correlato alle spese mediche sostenute in conseguenza della inesatta esecuzione dell'intervento di lifting e ha altresì chiesto la restituzione delle somme versate a titolo di corrispettivo del contratto d'opera professionale (Euro 7.415,41), argomentando, a tale riguardo, che il contratto deve intendersi risolto in conseguenza del grave inadempimento del sanitario.

Da ultimo, la sig.ra C. ha chiesto la condanna dei resistenti alla refusione delle spese legali relativa alla fase stragiudiziale, oltre a quelle inerenti al procedimento di istruzione preventiva ex art. 696 bis c.p.c.

Si è regolarmente costituito in giudizio il Dott. L., il quale, in via preliminare, ha eccepito la inammissibilità del ricorso stante il difetto di procura ("La procura della ricorrente allegata al ricorso ex art. 281 undecies c.p.c. appare essere, infatti, la stessa procura rilasciata per il giudizio di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c. già svoltosi avanti il Tribunale di Rimini, rubricato al Rg n. 1677/2022. Trattandosi di procura speciale alle liti, ovvero di procura conferita per un unico atto, la procura in esame ha esaurito i suoi effetti nell'ambito del giudizio di istruzione preventiva iscritto al RG n.1677/2022, definitivamente chiuso, e il presente procedimento risulta conseguentemente incoato in assoluto difetto di procura").

Nel merito il resistente ha qualificato quale del tutto infondata la domanda di parte ricorrente, sottolineando che gli stessi CTU nominati nell'ambito del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. hanno evidenziato che l'intervento è stato eseguito nel rispetto delle buone pratiche chirurgiche, ed hanno riscontrato un'anomalia "solo" nella cicatrice presente in sede laterocervicale destra.

Ha proseguito il resistente qualificando quali destituite di fondamento le argomentazioni inerenti alla lesione del diritto alla autodeterminazione in quanto la sig.ra C. è stata informata di tutti i rischi correlati al lifting e ha, a tale riguardo, liberamente deciso di sottoporsi all'intervento, come confermato dal modello di consenso informato dalla stessa sottoscritto e allegato in atti.

Da ultimo, si è costituita in giudizio la terza chiamata U.A. s.p.a., la quale, in via preliminare, ha eccepito la inammissibilità del ricorso vista la rinuncia alla azione da parte della sig.ra C., la quale ha espressamente rinunciato al diritto di agire in via giudiziale nei confronti del sanitario nei casi di colpa lieve. Nel merito la compagnia assicurativa ha contestato quanto ex adverso dedotto ed argomentato, qualificando quale illegittima la domanda risarcitoria della sig.ra C., avendo il Dott. L. tenuto un comportamento conforme alle buone pratiche chirurgiche accettate dalla comunità scientifica; circostanza quest'ultima confermata anche dalla CTU nell'ambito della quale gli ausiliari del giudice hanno così relazionato: "il lifting cervico-facciale lascia inevitabilmente delle cicatrici che, come tutte le cicatrici chirurgiche, sono permanenti e non possono essere eliminate, – che le cicatrici presenti sul volto della C., strettamente conseguenti al lifting cervico-facciale, sono da considerare normali esiti dell'intervento stesso e di qualità mediamente accettabile" e che solo la cicatrice presente in sede laterocervicale destra rappresenta una "complicanza".

In ordine alla natura giuridica della obbligazione assunta dal Dott. L., U.A. s.p.a. ha escluso che si tratti di obbligazione di risultato in quanto giammai egli ha garantito il certo raggiungimento di un dato risultato come si evince dallo stesso modulo di consenso informato nel quale la sig.ra C. ha dato atto di avere contezza della possibilità di eventuali complicazioni e della presenza di rischi non prevedibili.

In ordine alle conseguenze non patrimoniali rivendicate dalla sig.ra C., la terza chiamata ha escluso la ricorrenza sia del danno morale che del danno esistenziale, deducendo che nessuna prova a tale riguardo è stata da parte ricorrente. In merito alla lesione del diritto alla autodeterminazione la compagnia ha sottolineato che le informazioni fornite alla paziente sono state esaustive e complete, essendo la sig.ra C. stata resa edotta di tutte le possibili e probabili conseguenze correlate al sinistro e avendo rinunciato a far valere qualsiasi responsabilità del chirurgo in caso di colpa lieve.

Con riferimento alla domanda di restituzione delle somme versate quale corrispettivo della prestazione d'opera professionale, la compagnia non ha preso posizione su tale profilo, affermando che tale richiesta esula dall'ambito di applicazione della garanzia ("l'assicurazione non comprende le restituzioni di compensi pagati al medico dalla paziente, compensi che l'assicurato dovesse essere

condannato a restituire nella ipotesi di accoglimento della domanda di risoluzione del contratto. La polizza, infatti, contempla esclusivamente il rischio di danni a terzi derivanti dalla responsabilità civile e non già i danni derivati all'assicurato a cagione del proprio inadempimento contrattuale (art. 2 lett. P, condizioni di contratto").

Da ultimo, la compagnia assicurativa, in via subordinata alla eccezione di inoperatività della polizza, ha ribadito i limiti applicativi della polizza, argomentando che questa non opera con riferimento alla quota di danno imputabile alla struttura sanitaria e si estende ai soli danni ascrivibili al Dott. L. ("l'ipotetico indennizzo andrebbe sempre circoscritto entro i limiti del massimale laddove capiente, dedotte la franchigia e lo scoperto contrattuale pattuito (pari al 10% con un minimo di Euro 10.000,00, cond. aggiuntiva C.E.)").

Sotto il profilo della dinamica processuale, all'udienza di prima comparizione delle parti il Giudice ha autorizzato il deposito della procura alle liti relativa al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e all'esito con separata ordinanza ha ordinato il deposito della procura relativa al presente giudizio. All'udienza dell'8 maggio 2024 il Giudice ha autorizzato la chiamata in giudizio di U.A. s.p.a. e all'udienza del 30 ottobre 2024 si è riservato in merito alle richieste istruttorie. Con ordinanza del 18 dicembre 2024 ha disposto in ordine alle richieste istruttorie, delegandone lo svolgimento alla Dott.ssa A.C.D.. All'udienza del 18 dicembre 2025, mutato il Giudice nella persona fisica, lo scrivente ha formulato alle parti proposta conciliativa ex art. 185 bis c.p.c. All'udienza del 26 marzo 2026 le parti hanno manifestato il loro volere in merito alla proposta e, vista la mancata conciliazione, il Giudice ha fissato per la rimessione della causa in decisione la udienza del 9 luglio 2026 nel corso della quale il Giudice ha trattenuto la causa in decisione.

SUL RIGETTO DELLA ECCEZIONE DI INAMMISSIBILITÀ DELL'AZIONE PROPOSTA DALLA TERZA CHIAMATA E SULLA NULLITÀ DELLA CLAUSOLA DI ESONERO DALLA RESPONSABILITÀ

U.A. S.p.a., preliminarmente, ha eccepito il difetto di legittimazione attiva della sig.ra C. vista "la rinuncia a far valere qualsiasi responsabilità del chirurgo nella ipotesi di colpa lieve" così come risultante dal modulo sottoscritto dalla ricorrente stessa.

La sig.ra C., a tale riguardo, ha eccepito la inefficacia della clausola per difetto di sottoscrizione e, in ogni caso, ne ha contestato la validità, in quanto nulla ex art. 1229 c.c. oltre che ex artt. 33 e 36 codice del consumo.

A livello normativo giova premettere che le clausole volte ad escludere o limitare preventivamente la responsabilità della struttura sanitaria per i danni arrecati al paziente si espongono a profili di nullità per contrasto con l'art. 1229, comma 2, c.c., nella misura in cui incidano su obblighi posti a tutela dell'integrità psicofisica della persona e del diritto alla salute, interessi di rilievo costituzionale riconducibili all'area dell'ordine pubblico (art. 32 Cost.). Deve, pertanto, escludersi che la responsabilità derivante dalla violazione di tali obblighi possa formare oggetto di preventiva rinuncia o di convenzionale limitazione ad opera delle parti.

Sul piano sistematico, tale conclusione trova conferma nella funzione di protezione che connota il rapporto sanitario e nel regime di responsabilità predisposto dall'ordinamento a tutela del paziente, incompatibile con meccanismi negoziali idonei a trasferire anticipatamente su quest'ultimo le conseguenze pregiudizievoli derivanti dall'inadempimento della struttura o dei sanitari di cui essa si avvale. Siffatte pattuizioni possono altresì risultare invalide per indeterminatezza dell'oggetto ovvero

per difetto di meritevolezza degli interessi perseguiti ai sensi dell'art. 1322 c.c., allorché siano funzionalmente dirette ad alterare l'equilibrio contrattuale mediante l'attribuzione al solo paziente del rischio economico connesso all'eventuale inesatto adempimento delle obbligazioni gravanti sulla struttura sanitaria e sull'operatore sanitario.

Alla luce dei principi sopra richiamati, la clausola invocata dalla terza chiamata deve ritenersi nulla. Sebbene essa circoscriva formalmente l'esonero alle sole ipotesi di colpa lieve del sanitario, la preventiva rinuncia della sig.ra C. a far valere la responsabilità derivante dall'inesatto adempimento di obblighi afferenti alla tutela della salute e dell'integrità psicofisica della persona si pone comunque in contrasto con principi di ordine pubblico che presidiano la materia della responsabilità sanitaria. Ne consegue che una pattuizione volta ad escludere anticipatamente le conseguenze risarcitorie connesse alla lesione di tali interessi fondamentali non può ritenersi validamente opponibile al paziente e deve, pertanto, essere dichiarata nulla ai sensi dell'art. 1229 c.c.

SULLA ECCEZIONE DI INOPERATIVITÀ DELLA POLIZZA FORMULATA DALLA TERZA CHIAMATA E SULLA ECCEZIONE DI NULLITÀ DELLA CLAUSOLA CLAIMS MADE FORMULATA DAL DOTT. L.

U.A. S.p.A. ha eccepito l'inoperatività della garanzia deducendo che la polizza di responsabilità civile professionale, efficace dal 21 febbraio 2014, è cessata in data 21 febbraio 2021 e che, trattandosi di copertura regolata da clausola claims made, ai fini dell'operatività della garanzia assume rilievo la data della richiesta risarcitoria e non quella del fatto generatore della responsabilità.

Il Dott. L. ha contestato tale ricostruzione, osservando che l'art. 3.1 delle condizioni di assicurazione disciplina esclusivamente la retroattività della garanzia, estendendone l'operatività ai comportamenti colposi verificatisi nei due anni antecedenti alla decorrenza della polizza, senza tuttavia regolare le richieste di risarcimento formulate dopo la cessazione del rapporto assicurativo. Secondo il sanitario, la disciplina rilevante è invece contenuta nell'art. 3.2 dell'Allegato MED, rubricato "Termine della garanzia", il quale prevede che restino escluse dalla copertura le richieste risarcitorie pervenute all'assicurato successivamente alla cessazione dell'assicurazione. Proprio tale previsione contrattuale costituirebbe la clausola claims made rilevante nel caso di specie e dovrebbe essere dichiarata nulla per difetto di un adeguato periodo di ultrattività della garanzia, in quanto idonea a determinare l'integrale esclusione della copertura anche con riferimento a richieste risarcitorie relative a fatti verificatisi durante la vigenza della polizza ("in ogni caso la clausola claims made è nulla e/o inefficace per violazione degli obblighi informativi posti dalla legge a carico della compagnia assicurativa").

In punto di diritto, occorre premettere che il modello legale dell'assicurazione della responsabilità civile delineato dall'art. 1917 c.c. è fondato sul criterio della loss occurrence, in forza del quale la garanzia opera con riferimento ai fatti generatori della responsabilità verificatisi durante il periodo di efficacia della polizza, indipendentemente dal momento in cui il terzo formuli la relativa richiesta risarcitoria. Costituisce, tuttavia, principio consolidato che tale disciplina possa essere derogata dall'autonomia negoziale delle parti mediante l'inserimento di clausole c.d. claims made, le quali subordinano l'operatività della copertura assicurativa alla circostanza che la richiesta di risarcimento pervenga all'assicurato durante il periodo di efficacia della polizza. Tali clausole non alterano la causa tipica del contratto assicurativo, ma valgono a delimitare convenzionalmente il rischio assunto dall'assicuratore e, pertanto, devono ritenersi in linea generale lecite e valide (Cass. civ., sez. III, 22.04.2022, n. 12908; Cass. civ., sez. III, 12.03.2024, n. 6490).

La giurisprudenza distingue, inoltre, tra clausole claims made pure, che subordinano la copertura esclusivamente alla data della richiesta risarcitoria, e clausole claims made impure o miste, che richiedono altresì che il fatto generatore della responsabilità ricada entro un determinato arco temporale convenzionalmente individuato (Cass. civ., sez. III, 22.04.2022, n. 12908).

Quanto alla mancata previsione di una clausola di ultrattività della garanzia (sunset clause), la Suprema Corte ha chiarito che tale circostanza non determina automaticamente la nullità della clausola claims made. L'assenza di una copertura postuma impone, piuttosto, una verifica in concreto della causa del contratto e dell'equilibrio dell'assetto negoziale, avuto riguardo al rapporto tra rischio assicurato e premio corrisposto. Soltanto ove la conformazione della clausola risulti tale da svuotare di concreta utilità la copertura assicurativa o da compromettere in modo significativo l'equilibrio delle prestazioni contrattuali, potrà configurarsi un vizio di validità della stessa (Cass. civ., sez. III, 10.06.2025, n. 15447).

In tale evenienza, il giudice non può procedere automaticamente né all'applicazione del modello legale di cui all'art. 1917 c.c., né alla sostituzione della clausola invalida con una clausola di ultrattività desunta da altri modelli normativi. Egli è, invece, tenuto ad individuare una disciplina sostitutiva coerente con la concreta operazione economica voluta dalle parti e tale da realizzare un equo contemperamento dei rispettivi interessi, alla luce delle caratteristiche del rapporto assicurativo dedotto in giudizio (Cass. civ., sez. III, 10.06.2025, n. 15447).

Fermi i principi sopra richiamati, costituisce circostanza pacifica che il fatto generatore della responsabilità dedotta in giudizio, individuato nell'intervento eseguito dal Dott. L. in data 21 settembre 2020, si sia verificato in costanza di copertura assicurativa. È parimenti incontestato che la richiesta risarcitoria sia pervenuta all'assicurato in epoca successiva alla cessazione della polizza. Il thema decidendum non attiene, pertanto, all'operatività della clausola di cui all'art. 3.2 delle condizioni di assicurazione, bensì alla sua validità, specificamente contestata dal chiamante nella parte in cui esclude dall'ambito della garanzia le richieste risarcitorie formulate successivamente alla cessazione del rapporto assicurativo.

Ritiene l'adito Tribunale che la clausola claims made oggetto di causa non può ritenersi meritevole di tutela, poiché l'assenza di qualsivoglia periodo di ultrattività della garanzia determina un significativo squilibrio dell'assetto negoziale, tale da compromettere la stessa funzione economico-sociale del contratto assicurativo. Invero, l'operatività della copertura risulta integralmente subordinata alla circostanza, del tutto estranea alla sfera di controllo dell'assicurato, che la richiesta risarcitoria del terzo pervenga durante il periodo di efficacia della polizza, con la conseguenza che anche una richiesta formulata immediatamente dopo la cessazione del rapporto assicurativo resterebbe integralmente scoperta, pur a fronte di un fatto generatore della responsabilità verificatosi in costanza di copertura e di un premio regolarmente corrisposto. Un simile assetto contrattuale finisce, pertanto, per comprimere in misura eccessiva la funzione di trasferimento del rischio propria dell'assicurazione della responsabilità civile e per alterare il necessario equilibrio tra rischio assunto dall'assicuratore e controprestazione dell'assicurato, così da incidere sulla causa concreta del contratto.

Accertata, pertanto, la nullità della clausola nella parte in cui non prevede alcun periodo di ultrattività della copertura, non può procedersi né all'automatica applicazione del modello legale di cui all'art. 1917 c.c., né all'inserzione automatica di una clausola postuma desunta da discipline settoriali, avendo la giurisprudenza di legittimità escluso la possibilità di ricorrere a meccanismi sostitutivi

automatici. Il giudice, come affermato dalla giurisprudenza di Cassazione, è, invece, tenuto a ricostruire un assetto regolamentare idoneo a realizzare un equo contemperamento degli interessi delle parti, avuto riguardo alla concreta operazione economica dedotta in contratto (Cass. civ., sez. III, 10.06.2025, n. 15447).

In tale prospettiva, il contratto deve essere integrato mediante l'introduzione di un ragionevole periodo di ultrattività della garanzia, da individuarsi in 24 mesi dalla cessazione dell'efficacia della polizza, con conseguente operatività della copertura per tutte le richieste risarcitorie pervenute all'assicurato entro tale termine e riferibili a fatti verificatisi durante il periodo di validità del contratto. La determinazione dell'ultrattività nella misura di 24 mesi appare, infatti, coerente sia con l'entità del premio pattuito, il quale giustifica l'assunzione di un rischio non limitato al solo periodo formale di efficacia del contratto, sia con la natura dell'attività professionale esercitata dall'assicurato, caratterizzata dalla frequente emersione differita delle conseguenze dannose dell'attività sanitaria e dalla fisiologica distanza temporale che spesso intercorre tra il verificarsi dell'evento lesivo e la formulazione della relativa richiesta risarcitoria. Un periodo biennale consente, pertanto, di preservare la funzione tipica della clausola claims made, mantenendo la rilevanza della richiesta del terzo quale presupposto della garanzia, senza tuttavia determinare un irragionevole svuotamento della copertura assicurativa e realizzando un equilibrato contemperamento tra gli interessi contrapposti delle parti del rapporto assicurativo.

Alla luce delle considerazioni che precedono, l'eccezione di inoperatività della polizza sollevata da U.A. S.p.A. non può essere accolta. La declaratoria di nullità della clausola in esame e la conseguente integrazione del regolamento contrattuale mediante la previsione di un periodo di ultrattività della garanzia pari a ventiquattro mesi comportano, infatti, che la richiesta risarcitoria pervenuta all'assicurato debba ritenersi assistita da copertura assicurativa. Ne consegue la fondatezza della domanda di manleva proposta dal Dott. L. e il conseguente obbligo di U.A. S.p.A. di tenerlo indenne da tutte le somme che egli sarà tenuto a corrispondere in favore della parte ricorrente in esecuzione della presente pronuncia.

SULLA RESPONSABILITÀ DEL DOTT. L. E DELLA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA

Parte ricorrente ha dedotto che l'obbligazione assunta dal Dott. L. e dalla clinica privata ha natura di obbligazione di risultato e il parametro sulla base del quale valutare l'adempimento è quello di cui all'art. 1176, comma 2, c.c.

Occorre preliminarmente ricostruire la natura giuridica della responsabilità sia della struttura sanitaria che del Dott. L. e i conseguenti oneri probatori gravanti su ciascuna delle parti di cui è causa.

In presenza di danni riportati a seguito di intervento chirurgico non correttamente eseguito, il titolo della responsabilità ascrivibile alla struttura sanitaria è di natura contrattuale. In particolare, si tratta di un contratto atipico a prestazioni corrispettive, noto come contratto di spedalità, che si conclude all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura. In virtù di tale contratto, a fronte dell'obbligazione di pagamento del corrispettivo, la struttura sanitaria, non soltanto deve fornire prestazioni di tipo alberghiero, ma deve altresì mettere a disposizione il personale medico ausiliario, il personale paramedico ed apprestare tutte le attrezzature necessarie, anche in previsione di eventuali complicazioni o emergenze. Pertanto, secondo il modello delineato dall'art. 1228 c.c., la struttura sanitaria è tenuta a rispondere non solo degli obblighi direttamente a suo carico, ma anche dell'attività svolta dai propri dipendenti. A tale contratto si applicano le regole ordinarie

sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c., con la conseguenza che la responsabilità della struttura sanitaria rinviene la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni sulla stessa gravanti, nonché, per quanto concerne le obbligazioni che essa svolge per il tramite dei medici propri ausiliari, nell'inadempimento della prestazione medico professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto (Cass. n. 27285/2013; Cass. n. 18610/2015). Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi, qualunque sia il legame con questi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.

Viene così in rilievo il principio generale in virtù del quale la responsabilità che dall'esplicazione dell'attività di un terzo direttamente consegue in capo al soggetto che se ne avvale riposa sul principio dell'appropriazione o "avvalimento" dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (Cass. n. 12833/2014). Né, al fine di considerare interrotto il rapporto in base al quale è chiamato a rispondere, vale distinguere tra comportamento colposo e comportamento doloso del soggetto agente (che della responsabilità del primo costituisce il presupposto), essendo al riguardo sufficiente (in base a principio che trova applicazione sia nella responsabilità contrattuale che in quella extracontrattuale) la mera occasionalità necessaria (Cass. n. 6756/2001). Il debitore risponde, quindi, direttamente di tutte le ingerenze dannose che al dipendente o al terzo preposto, della cui opera comunque si avvale, sono rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato e cioè dei danni che può arrecare in ragione di quel particolare contatto cui si espone nei suoi confronti il creditore. Tale responsabilità, in linea generale, trova fondamento nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione, fondamentale rilevanza assumendo la circostanza che, dell'opera del terzo, il debitore o il preponente comunque si avvalga nell'attuazione della prestazione dovuta.

I principi espressi dalla giurisprudenza di legittimità sono stati successivamente recepiti dalla cd. legge Gelli il cui art. 7 prevede, al primo comma, che "la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose", estendendo poi, al secondo comma tale disciplina anche alle ipotesi di prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

La qualifica della responsabilità della struttura sanitaria quale contrattuale comporta la applicazione della relativa disciplina in punto di riparto degli oneri probatori gravanti su ciascuna delle parti.

Al riguardo, occorre procedere dai principi espressi dalla Suprema Corte con la pronuncia a Sezioni Unite n. 577/2008 che, dopo aver sottoposto a critica il risalente criterio di differenziazione dell'onus probandi in relazione alla natura di mezzi o di risultato dell'obbligazione (secondo cui, nelle obbligazioni di mezzi, incombeva sul creditore l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da scarsa diligenza, mentre, nelle obbligazioni di risultato, gravava sul debitore l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da causa a lui non imputabile) e ritenendo, alla stregua del precedente n. 13533/2001, che la disciplina dell'onere probatorio si atteggi allo stesso modo sia che riguardi la

domanda di adempimento (o di esatto adempimento), sia che riguardi la domanda di risarcimento danni per l'inadempimento (o l'inesatto adempimento), ha affermato che "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, 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".

La giurisprudenza di legittimità più recente ha precisato che "la previsione dell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento" (Cass. n. 29315/2017). Al riguardo, la Suprema Corte ha osservato che il disposto dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nell'opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova positiva dell'avvenuto adempimento o dell'esattezza dell'adempimento, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova che pone la stessa a carico della parte che più agevolmente può fornirla (Cass., S.U. n. 13533/2001). Tale maggiore vicinanza del debitore non sussiste in relazione al nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha, dunque, ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. Non può che valere, quindi, il principio generale sancito dall'art. 2697 c.c., che onera l'attore (sia il danneggiato in sede extracontrattuale che il creditore in sede contrattuale) della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa. Trattandosi, infatti, di elementi egualmente distanti da entrambe le parti, non v'è spazio per ipotizzare a carico dell'asserito danneggiante una prova liberatoria rispetto al nesso di causa (a differenza di quanto accade per la prova dell'avvenuto adempimento o della correttezza della condotta). Né può valere, in senso contrario, il fatto che l'art. 1218 c.c. faccia riferimento alla causa, laddove richiede al debitore di provare "che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile", posto che la causa in questione attiene alla "non imputabilità dell'impossibilità di adempiere", che si colloca nell'ambito delle cause estintive dell'obbligazione (costituenti tema di prova della parte debitrice) e concerne un ciclo causale che è del tutto distinto da quello relativo all'evento dannoso conseguente all'adempimento mancato o inesatto. La causa di cui all'art. 1218 c.c. non è, dunque, quella della fattispecie costitutiva della responsabilità risarcitoria dedotta dal danneggiato, ma quella della fattispecie estintiva dell'obbligazione opposta dal danneggiante. Tali conclusioni sono state ribadite dalla Suprema Corte, affermando che "ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione" (Cass. n. 28991/2019). Il creditore di prestazione professionale che alleghi un evento di danno alla salute, non solo deve provare quest'ultimo e le conseguenze pregiudizievoli che ne siano derivate (c.d. causalità giuridica), ma deve provare anche, avvalendosi eventualmente pure di presunzioni, il nesso di causalità fra quell'evento e la condotta del professionista nella sua materialità. Ne discende che, se resta ignota anche mediante l'utilizzo di presunzioni la causa dell'evento di danno, le conseguenze

sfavorevoli ai fini del giudizio ricadono sul creditore della prestazione professionale (Cass. n. 28991/2019).

Alla luce dei suesposti principi, può concludersi, quindi, che nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra l'azione o l'omissione del sanitario e il danno di cui chiede il risarcimento (onere che va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno), posto che non solo il danno ma anche la sua eziologia è parte del fatto costitutivo che incombe all'attore di provare. Ed invero, se si ascrive un danno ad una condotta non può non essere provata da colui che allega tale ascrizione la riconducibilità in via causale del danno a quella condotta. Ne consegue che se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la reale causa del danno rimasta assolutamente incerta, le conseguenze sfavorevoli in termini di onere della prova graveranno sull'attore e la domanda, quindi, dovrà essere rigettata.

Non è invece onere del paziente – creditore provare la colpa del medico e/o della struttura sanitaria e la relativa gravità (Cass. n. 23564/2011; Cass. n. 17143/2012), essendo sufficiente che lo stesso alleghi la difformità della prestazione ricevuta rispetto al modello normalmente realizzato da una condotta improntata alla dovuta diligenza. Peraltro, tale onere di allegazione non si spinge sino alla necessità di enucleazione di specifici e peculiari aspetti di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili solo dagli esperti del settore, essendo sufficiente, per converso, la contestazione dell'aspetto colposo dell'attività medica secondo quelle che si ritengono essere, in un dato momento storico, le cognizione ordinarie di un non professionista che conosca (o debba conoscere) l'attuale stato dei profili di responsabilità del sanitario (Cass. n. 9471/2004). Per converso, l'obbligato dovrà dimostrare l'esatto adempimento fornendo la prova idonea a vincere la presunzione di colpa sullo stesso gravante e ciò sia nel caso di intervento di facile esecuzione o routinario, sia nel caso di intervento di particolare o speciale difficoltà. La distinzione fra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non può, infatti, valere quale criterio di distribuzione dell'onere probatorio, assumendo rilevanza ai soli fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa riferibile al sanitario. Spetta, quindi, al medico o alla struttura provare che il risultato anomalo o anormale rispetto al convenuto esito dell'intervento o della cura e, quindi lo scostamento da una legge di regolarità causale fondata sull'esperienza, dipende da fatto a sé non imputabile, in quanto non ascrivibile alla condotta mantenuta in conformità alla diligenza dovuta, in relazione alle specifiche circostanze del caso concreto, bensì ad evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza. Peraltro, l'addebito a titolo di colpa non può escludersi per il solo fatto che il sanitario abbia osservato nel caso concreto le "linee guida" che, non essendo né tassative né vincolanti, non assurgono al rango di fonti di regole cautelari codificate e non possono comunque prevalere sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la miglior soluzione per il paziente. Al riguardo, la giurisprudenza di legittimità, dopo aver evidenziato che le linee guida in materia sanitaria contengono esclusivamente regole di perizia e pertanto la limitazione di responsabilità ex art. 3, comma 1, della cd. legge Balduzzi non opera quando l'esercente la professione sanitaria si sia reso responsabile di una condotta negligente e/o imprudente, ha precisato che il rispetto, da parte del sanitario, delle "linee guida", pur costituendo un utile parametro nell'accertamento di una sua eventuale colpa, non esime il giudice dal valutare, nella propria discrezionalità di giudizio, se le circostanze del caso concreto non esigessero una condotta diversa da quella da esse prescritta (Cass. n. 11208/2017).

Con particolare riferimento all'ambito della medicina estetica e alla riconfigurabilità in tale caso in capo al sanitario di una obbligazione di risultato la giurisprudenza di merito ha affermato che "l'obbligazione del professionista nei confronti del proprio cliente, anche nel caso di intervento di chirurgia estetica, è di mezzi, onde il primo non risponde del mancato raggiungimento del risultato che il secondo si attendeva e che egli non è tenuto ad assicurare, nell'assenza di negligenza o imperizia, fermo l'obbligo del professionista medesimo di prospettare al paziente realisticamente le possibilità dell'ottenimento del risultato perseguito. In tale contesto, assume allora valenza decisiva per entrambe le parti il consenso informato, avente la finalità di tutelare tanto il paziente, quanto il medico. Infatti, nell'informativa da rendere prima dell'intervento chirurgico, il sanitario deve stabilire in maniera precisa il risultato cui tende l'operazione, le modalità con le quali avrà luogo l'intervento, i rischi effettivi che con lo stesso si corrono e le conseguenze pregiudizievoli che ne possono derivare. Allo stesso modo, anche il paziente ha l'onere di prestare la dovuta attenzione alle informazioni che gli vengono fornite, al fine di valutare l'opportunità di sottoporsi all'intervento, di cui andrà ad assumere consapevolmente il rischio prospettato dallo specialista nell'esercizio della propria autonomia privata. Solo in tal modo il paziente, chiamato a valutare adeguatamente e con la massima attenzione le informazioni fornitegli, potrà accettare consapevolmente l'operazione" (Corte appello Bari sez. III, 23.03.2022, n. 475). In materia di chirurgia estetica, quindi, l'obbligazione assunta dal sanitario non può essere qualificata, in via generale, come obbligazione di risultato, permanendo il dovere del professionista di eseguire la prestazione secondo le regole dell'arte medica e la diligenza qualificata richiesta dall'art. 1176, comma 2, c.c. Nondimeno, attesa la peculiare finalità dell'intervento, diretta non alla cura di una patologia ma al conseguimento di un miglioramento dell'aspetto fisico, il risultato concretamente ottenuto assume particolare rilievo ai fini dell'accertamento dell'eventuale inadempimento, specie ove si sia verificato un peggioramento estetico o un esito significativamente difforme da quello ragionevolmente prospettato al paziente.

Nel caso di specie costituisce circostanza incontestata che la sig.ra C. in data 21 settembre 2020 sia stata ricoverata presso la casa di cura C.P. e sia stata sottoposta ad opera del Dott. L. ad intervento di lifting cervicofacciale allo scopo di ottenere un ringiovanimento del viso e che il giorno 23 marzo 2021 si sia sottoposta ad un intervento di revisione eseguito dal medesimo operatore sanitario; costituisce altresì profilo incontestato quello relativo al rapporto negoziale intercorso tra la odierna ricorrente e il Dott. L. oltre all'ammontare dell'imposto versato dalla sig.ra C. per la esecuzione dell'intervento.

Ciò posto, il collegio peritale adito nell'ambito del giudizio ex art. 696 bis c.p.c. e la cui relazione è stata acquisita nel presente procedimento in merito alla condotta del Dott. L. ha escluso la ricorrenza di profili di colpevolezza nella individuazione delle linee guida, le quali sono stata valutate quali adeguate al caso concreto ("il Dott. L. ha eseguito l'intervento seguendo queste indicazioni, nel rispetto delle buone pratiche chirurgiche comunemente accettate dalla comunità scientifica degli specialisti in chirurgia plastica"). Tuttavia, il medesimo collegio peritale ha ravvisato profili di colpa nell'ambito della fase esecutiva dell'intervento; più nel dettaglio a detta dei consulenti "la regione laterocervicale è stata trattata con medicazioni per quasi due mesi, esitando una cicatrice che ha richiesto un intervento correttivo a distanza di circa sei mesi dal primo intervento" e sebbene "la necrosi (morte) della pelle trattata nel corso dell'intervento di lifting è un'evenienza possibile, soprattutto nei fumatori e nei diabetici. È più frequente e, generalmente, limitata soprattutto in regione retroauricolare e mastoidea; in questi casi può essere considerata una complicanza prevedibile, ma non sempre evitabile e, comunque, dà luogo a reliquati modesti. È evento assai più raro quando, come nel nostro caso, si verifica in forma estesa localizzandosi in regione preauricolare

e geniena e laterocervicale. In questi casi è dovuta all'allestimento di lembi cutanei sottili, sottoposti all'atto della sutura a trazione eccessiva ed è complicanza da considerare conseguente ad un errore di tecnica chirurgica". Il collegio peritale, quindi, ha qualificato la necrosi presente nella regione preauricolare e laterocervicale della sig.ra C. quale complicanza dell'intervento eseguito e ascrivibile all'errore esecutivo del Dott. L. ("la cicatrice presente in sede laterocervicale destra deve essere considerata esito di una complicanza dell'intervento chirurgico secondaria ad un errore tecnico"). In merito alla evitabilità dell'evento verificatosi nella esecuzione del lifting i consulenti hanno concluso relazionando che: "tale complicanza, prevedibile ed evitabile in caso di corretta esecuzione chirurgica, ha portato ad una necrosi cutanea con ritardo di guarigione e necessità di un intervento secondario, a distanza di sei mesi dal primo, con presenza di cicatrice che non dovrebbe essere presente in questa sede in caso di normale decorso ed evoluzione di lifting cervico-facciale".

Ebbene, ritiene l'adito Tribunale che le summenzionate conclusioni cui è pervenuto il collegio peritale, sorrette da un iter argomentativo logico, coerente e pienamente rispondente alle risultanze documentali e cliniche acquisite agli atti, meritano integrale condivisione. In particolare, i consulenti hanno accertato che la necrosi cutanea insorta in sede preauricolare e laterocervicale destra non costituisce l'espressione di un rischio non prevenibile connaturato all'intervento di lifting cervico-facciale, bensì l'esito di un errore tecnico intervenuto nella fase esecutiva dell'atto chirurgico, riconducibile all'allestimento di lembi cutanei eccessivamente sottili e sottoposti a trazione incongrua. Essi hanno, altresì, evidenziato come l'evento lesivo fosse prevedibile ed evitabile mediante la corretta osservanza delle regole dell'arte medica, rilevando che, in assenza dell'errore esecutivo riscontrato, il decorso post-operatorio sarebbe stato regolare e la necrosi non si sarebbe verificata.

Alla luce di tali conclusioni deve pertanto ritenersi raggiunta la prova, secondo il criterio civilistico del "più probabile che non", del nesso eziologico tra la condotta professionale posta in essere dal Dott. L. e l'evento dannoso lamentato dalla ricorrente. Ne consegue che la necrosi cutanea, il conseguente ritardo nel processo di guarigione, la necessità di sottoporre la paziente ad un successivo intervento correttivo e gli esiti cicatriziali residuati devono essere causalmente ascritti all'erronea esecuzione dell'intervento chirurgico da parte del sanitario, la cui condotta va, dunque, qualificata quale causa dell'evento lesivo oggetto di causa.

Sotto il profilo soggettivo, la condotta del Dott. L. deve essere qualificata in termini di colpa grave, atteso che l'intervento in questione, come evidenziato dai consulenti, costituisce una procedura routinaria per uno specialista in chirurgia plastica e non presenta caratteristiche idonee a renderne particolarmente complessa l'esecuzione ("L'intervento al quale è stata sottoposta la signora C. può essere considerato routinario per lo Specialista in chirurgia plastica e non vi sono motivi specifici per considerarlo difficile esecuzione"). L'errore tecnico accertato attiene, infatti, all'inosservanza di regole basilari della tecnica operatoria, la cui corretta applicazione avrebbe evitato il verificarsi della necrosi cutanea. L'evento dannoso non è quindi riconducibile a difficoltà tecniche di speciale rilievo, bensì ad una marcata violazione dei canoni di perizia esigibili dal professionista, sì da integrare una fattispecie di colpa grave.

In conclusione, sulla base delle risultanze istruttorie e delle condivise conclusioni del collegio peritale, deve ritenersi accertata la responsabilità del Dott. L. in relazione all'evento dannoso per cui è causa, essendo emerso che la necrosi cutanea riportata dalla ricorrente costituisce conseguenza diretta dell'errore tecnico commesso nell'esecuzione dell'intervento chirurgico. Ne consegue l'accoglimento

della domanda proposta dalla sig.ra C., con conseguente condanna del resistente al risarcimento dei danni nei termini di seguito illustrati.

Accertata la responsabilità del Dott. L. per l'inesatta esecuzione della prestazione sanitaria, delle conseguenze dannose patite dalla ricorrente sarà chiamata a rispondere, in via solidale, anche la società F.P. s.r.l. presso la quale l'intervento è stato eseguito, ancorché rimasta contumace nel presente giudizio. Trova, infatti, applicazione il principio, ormai consolidato in giurisprudenza, secondo cui la struttura sanitaria risponde, ai sensi dell'art. 7 della L. n. 24 del 2017, delle condotte dolose o colpose degli esercenti la professione sanitaria dei quali si avvalga nell'erogazione della prestazione, anche qualora si tratti di professionisti esterni non dipendenti e direttamente scelti dal paziente. Inoltre, la responsabilità della struttura si affianca a quella del sanitario in ragione dell'unitarietà della prestazione sanitaria dedotta in contratto, poiché l'interesse del paziente alla cura trova soddisfazione soltanto attraverso il coordinato adempimento delle obbligazioni gravanti sia sulla struttura sia sul medico operatore. Ne consegue che l'inadempimento imputabile al sanitario determina la responsabilità solidale della casa di cura per i danni derivatine, ferma la regolazione dei rapporti interni tra i coobbligati (Trib. Macerata, sez. I, 13 gennaio 2024, n. 28; Trib. Roma, sez. XIII, 2 settembre 2019, n. 16860).

SUL DANNO CORRELATO AL PREGIUDIZIO ALLA INTEGRITÀ PSICOFISICA DELLA DANNEGGIATA

Ricostruita la responsabilità nella causazione dell'evento nei termini che precedono, occorre allora procedere alla quantificazione degli importi dovuti a titolo di risarcimento del danno.

Parte ricorrente ha chiesto a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale (sub specie di danno da invalidità permanente e danno da invalidità temporanea) derivante dalla inesatta esecuzione dell'intervento la somma di euro 35.832,01.

Ai fini della ricostruzione del grado di invalidità derivante dall'inadempimento negoziale e ai giorni di inabilità temporanea occorre ricostruire le risultanze della CTU medico legale svolta nell'ambito del procedimento.

Il collegio peritale ha evidenziato che "la complicanza colposa manifestatasi a livello laterocervicale con necrosi cutanea ha comportato la necessità di regolari medicazioni in sede esposta alla vista e un reintervento con conseguente stato di malattia di complessivi due mesi. Inoltre, la predetta necrosi cutanea, fungendo da spina psico-irritativa, ha determinato, in soggetto particolarmente attento all'estetica, una lieve flessione del tono dell'umore con stato ansioso la cui durata non è però possibile stabilire sulla base alla documentazione versata in atti e che attualmente non risulta più essere presente. Se il decorso postoperatorio fosse stato regolare, non gravato dalla suddetta complicanza colposa, l'inabilità temporanea sarebbe stata di due settimane.".

Sotto il profilo del grado di invalidità derivante dall'intervento i consulenti hanno così dedotto: "Il danno anatomo-funzionale, quale diretta conseguenza della modificazione peggiorativa determinata dall'errore tecnico effettato nel corso dell'intervento del 21 settembre 2020, vale a dire il danno ulteriore all'integrità psico-fisica del soggetto rispetto a quello che vi sarebbe comunque stato, cosiddetto danno biologico "differenziale" (o "per differenza" o "incrementativo" che dir si voglia), è valutabile nella misura dell'11-12% (undici-dodici per cento) della fascia compresa tra il 2% (due per cento) del totale che vi sarebbe stato a seguito di un intervento di lifting del viso eseguito a regola d'Arte e il 13-14% (tredici-quattordici per cento) del totale oggi complessivamente presente".

In relazione al periodo di inabilità temporanea i consulenti hanno determinato in 45 giorni il periodo complessivo di cui:

– invalidità temporanea parziale al 75% per 7 giorni

– invalidità temporanea parziale al 50% per 18 giorni;

– invalidità temporanea parziale al 25% per 20 giorni.

Reputa il Tribunale che le conclusioni cui sono pervenuti i consulenti siano condivisibili ed esenti da errori.

Destituite di fondamento sono le deduzioni del Dott. L. in merito alla erroneità delle conclusioni del collegio peritale, essendo "più adeguata una valutazione del danno biologico totale nella misura del 7%-8% (e non del 13%-14%) dal quale però va sottratto la percentuale di danno biologico che in ogni caso sarebbe residuato ad un intervento di lifting, al fine di determinare il danno differenziale". A riguardo si precisa che il Dott. C. e il Dott. F., hanno puntualmente risposto alle osservazioni del consulente tecnico di parte resistente, evidenziando che "la cicatrice di circa 7 cm estesa dal lobo dell'orecchio alla regione sottomandibolare residuata, visibile a distanza di conversazione, determina un pregiudizio estetico moderato e per questo rientra nella fascia alta della II classe prevista dalle L.G. SIMLA. Premesso quindi che un danno biologico permanente del 2% (due per cento) del totale sarebbe comunque residuato ad un intervento di lifting del viso eseguito a regola d'Arte per l'inevitabile presenza di cicatrici chirurgiche peraltro in sedi poco visibili e che l'attuale complesso cicatriziale costituente danno estetico in II classe SIMLA giustifica una valutazione di danno biologico permanente del 13-14% (tredici-quattordici per cento) del totale".

Da quanto esposto consegue che le conclusioni dei consulenti di ufficio possono agevolmente essere poste a fondamento della presente decisione.

A riguardo, non appare ultroneo ricordare che, alla stregua di un consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, "…il giudice del merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento; non è quindi necessario che egli si soffermi sulle contrarie deduzioni dei consulenti di fiducia che, anche se non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili con le argomentazioni accolte. Le critiche di parte, che tendano al riesame degli elementi di giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in tal caso in mere allegazioni difensive, che non possono configurare il vizio di motivazione previsto dall'art. 360 n. 5 cod. proc. civ…" (Cass. 8355/2007).

Più nel dettaglio, nella giurisprudenza della S.C. si è progressivamente consolidato un orientamento in tema di adesione da parte del giudice del merito alle valutazioni operate dal Consulente d'ufficio: si ritiene, cioè, che il giudice del merito non sia tenuto a giustificare diffusamente le ragioni della propria adesione alle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio, ove manchino contrarie argomentazioni delle parti o esse non siano specifiche, potendo, in tal caso, limitarsi a riconoscere quelle conclusioni come giustificate dalle indagini svolte dall'esperto e dalle spiegazioni contenute nella relativa relazione; non può invece esimersi da una più puntuale motivazione, allorquando le critiche mosse – alla consulenza siano specifiche e tali, se fondate, da condurre ad una decisione diversa da quella adottata (Cass. civ., Sez. I, n. 26694 del 13.12.2006).

Infatti, qualora il giudice del merito aderisce al parere del consulente tecnico d'ufficio, non è tenuto ad esporne in modo specifico le ragioni poiché l'accettazione del parere, delineando il percorso logico della decisione, ne costituisce adeguata motivazione, non suscettibile di censure in sede di legittimità, ben potendo il richiamo, anche per relationem dell'elaborato, implicare una compiuta positiva valutazione del percorso argomentativo e dei principi e metodi scientifici seguiti dal consulente; diversa è l'ipotesi in cui alle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio siano state avanzate critiche specifiche e circostanziate, sia dai consulenti di parte che dai difensori: in tal caso il giudice del merito, per non incorrere nel vizio ex art. 360 c.p.c., n. 5, è tenuto a spiegare in maniera puntuale e dettagliata le ragioni della propria adesione all'una o all'altra conclusione.

Tuttavia, allorché il giudice di merito ha aderito alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione ha tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, l'obbligo della motivazione è soddisfatto con l'indicazione delle fonti del suo convincimento, senza che il giudice debba necessariamente soffermarsi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte, che, sebbene non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili, senza che possa configurarsi vizio di motivazione, in quanto le critiche di parte, che tendono al riesame degli elementi di giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in mere argomentazioni difensive (Cass. Civ., Sez. 6, n. 1815 del 02.02.2015; Cass. Civ., Sez. I, n. 8355 del 03.04.2007; Cass. Civ., Sez. III, n. 10688 del 24.04.2008).

Ebbene, ritiene questo Giudice di aderire alle conclusioni rassegnate dai consulenti che, scevre da vizi logici e censure di natura tecnica, rispondono alla corretta applicazione dei criteri della medicina legale e si fondano sulla scrupolosa analisi dei documenti in atti, ritualmente acquisiti in giudizio. Da ciò consegue che si deve riconoscere in favore della sig.ra C. un risarcimento correlato alla inabilità permanente e temporanea conforme al grado di invalidità e al periodo di inabilità così come descritto nella CTU resa nel corso del giudizio ex art. 696 bis c.p.c.

Parte ricorrente ha altresì chiesto che venga riconosciuto un incremento per la personalizzazione del danno ("prima del negligente trattamento sanitario, aveva una vivace vita sociale, frequentava locali e ristoranti più volte durante la settimana e frequentava locali da ballo. Le menomazioni riportate hanno comportato l'ablazione delle attività sociali e associative della danneggiata, con il conseguente pregiudizio al mantenimento delle relazioni sociali, di intrattenere nuove relazioni amicali, di avere una vita relazionale per quella danneggiata che aveva quelle specifiche e uniche passioni, cessate forzosamente per le conseguenze dannose del trattamento sanitario. La danneggiata oggi non frequenta più i locali da ballo, ha cessato di recarsi in ristoranti e tende ad evitare ogni manifestazione sociale al fine di non sentirsi sottoposta allo sguardo indiscreto di amici e passanti"). La sig.ra C. a tale riguardo ha evidenziato che allo stato è costretta a utilizzare un'unica acconciatura che le consenta di "nascondere nella misura maggiore possibile le evidenti cicatrici site nella regione sita tra l'orecchio e l'attaccatura dei capelli, nonché tra l'orecchio e il mento".

Orbene, la personalizzazione del risarcimento del danno alla salute consiste in una variazione in aumento (ovvero, in astratta ipotesi, anche in diminuzione) del valore standard del risarcimento, per tenere conto delle specificità del caso concreto; la L. n. 124 del 2017 – che ha modificato gli artt. 138 e 139 Codice delle assicurazioni private – discorre espressamente di incidenza rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali.

Occorre a riguardo evidenziare che la personalizzazione complessiva della liquidazione del danno non patrimoniale – mediante l'applicazione della percentuale di aumento dei valori medi previsti dal sistema tabellare – è subordinata alla verifica dell'incidenza dei postumi dell'evento lesivo su attività, abitudini e, più in generale, profili della personalità del danneggiato diversi ed ulteriori da quelli comuni alla generalità dei soggetti appartenenti al contesto sociale di riferimento (la cui compromissione è già contemplata nei valori tabellari). Il grado di invalidità permanente espresso da un baréme medico legale esprime la misura in cui il pregiudizio alla salute incide su tutti gli aspetti della vita quotidiana della vittima, restando preclusa la possibilità di un separato ed autonomo risarcimento di specifiche fattispecie di sofferenza patite dalla persona, quali il danno alla vita di relazione e alla vita sessuale, il danno estetico e il danno esistenziale.

In proposito, giova richiamare, anzitutto, principi ribaditi dalla Corte di legittimità nelle sentenze del cd. progetto sanità del giorno 11 novembre 2019 (Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 28988 del 11.11.2019) secondo cui la misura standard del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (oggi secondo il sistema c.d. del punto variabile) nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegate e provate dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna personalizzazione in aumento.

Va, difatti, rammentato, sul versante della personalizzazione del danno, che le circostanze di fatto che ne giustificano il riconoscimento integrano un fatto costitutivo della pretesa, sicché devono essere allegate in modo circostanziato già nell'atto introduttivo del giudizio e non possono risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche (Cass. Civ., 18.11.2014, n. 24471). In tale prospettiva, quindi, occorre ribadire che l'orientamento, ormai consolidato, della giurisprudenza di legittimità è nel senso che il danno biologico, rappresentato dall'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato, è pregiudizio ontologicamente diverso dal cd. danno morale soggettivo, inteso come sofferenza interiore patita dal soggetto in conseguenza della lesione del suo diritto alla salute; esso, ordinariamente liquidato con il metodo c.d. tabellare in relazione a un barème medico legale che 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, può essere incrementato 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 condizione di salute (Cass. civ., 7 maggio 2018, n. 10912; Cass. civ., 30 ottobre 2018, n. 27482; Cass. civ., 11 novembre 2019, n. 28988; Cass. civ., 10 novembre 2020, n. 25164).

Le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'id quod plerumque accidit (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento.

La perduta possibilità di continuare a svolgere una qualsiasi attività, in conseguenza d'una lesione della salute, o costituisce una conseguenza normale del danno (cioè indefettibile per tutti i soggetti che abbiano patito una menomazione identica), ed allora sarò compensata con la liquidazione del danno biologico; ovvero è una conseguenza peculiare, ed allora dovrà essere risarcita adeguatamente

aumentando la stima del danno biologico (c.d. personalizzazione: così già Cass. civ., Sez. III, Sentenza n. 17219 del 29.7.2014).

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

Ma ciò, come pure recentemente rilevato dalla S.C. (Cass. civ., sez. III, 10.02.2021, n. 3310) non perché abbiano inciso, sic et simpliciter, su aspetti dinamico relazionali: non rileva infatti quale aspetto della vita della vittima sia stato compromesso, ai fini della personalizzazione del risarcimento; rileva, invece, che quella conseguenza sia straordinaria e non ordinaria, perché solo in tal caso essa non sarà ricompresa nel pregiudizio espresso dal grado percentuale di invalidità permanente, consentendo al giudice di procedere alla relativa personalizzazione in sede di liquidazione (così già, ex multis, Cas. Civ., Sez. III, Sentenza n. 21939 del 21.09.2017; Cass. civ., Sez. III, Sentenza n. 23778 del 07.11.2014).

In conclusione, non è pertanto sufficiente, ai fini del riconoscimento della cd. personalizzazione, che le conseguenze di una menomazione incidano con altrettanta gravità sulla vita quotidiana e sugli aspetti dinamico-relazionali del danneggiato se tale incidenza è quella, normale e inevitabile, che subisca chiunque abbia riportato lo stesso tipo di lesione, poiché in questo caso la valutazione della gravità delle conseguenze dannose dell'illecito è già compresa nella liquidazione tabellare.

Soltanto qualora si tratti di conseguenze specifiche, straordinarie e del tutto eccezionali patite altrettanto specificamente ed eccezionalmente da quel singolo danneggiato a causa della sua peculiare situazione, non essendo queste comprese nella liquidazione tabellare che tiene conto solo dell'id quod plerumque accidit, il danno ulteriore va liquidato attraverso la personalizzazione in quanto soltanto in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate dal danneggiato, le quali rendano il danno concreto più grave, sotto gli aspetti indicati, rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età, è consentito al giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione (Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 23778 del 07.11.2014; Cass. Civ. Sez. III, Sentenza n. 24471 del 18.11.2014, ma da ultimo Cass. civ., sez. III, 07.02.2025, n. 3114).

Pertanto, alla personalizzazione del danno può procedersi soltanto nell'ipotesi in cui il caso concreto presenti peculiarità che vengano allegate e provate (anche in via presuntiva) dal danneggiato.

Nel caso di specie, non sussistono i presupposti per procedere alla personalizzazione del danno biologico. La sig.ra C., infatti, non ha allegato né provato l'esistenza di conseguenze ulteriori, specifiche ed eccezionali rispetto a quelle ordinariamente riconducibili ai postumi accertati e, in particolare, alla cicatrice residuata all'inesatta esecuzione dell'intervento di lifting. Non è stato dimostrato, in altri termini, che la lesione abbia inciso sulla vita della danneggiata con modalità e intensità diverse e più gravi rispetto a quelle che, secondo l'id quod plerumque accidit, avrebbe subito qualsiasi altro soggetto portatore della medesima menomazione. Le dichiarazioni rese nel corso della udienza del 20 marzo 2025 dal sig. M.Z., datore di lavoro della ricorrente, il quale si è limitato a riferire che la

stessa prova vergogna per il proprio aspetto fisico e che, dopo l'intervento, sarebbe apparsa cambiata nel carattere e nelle abitudini, non valgono a integrare la prova di peculiari ripercussioni dinamico-relazionali eccedenti quelle normalmente comprese nella valutazione tabellare del danno biologico. Tali circostanze attengono, piuttosto, come si vedrà nel successivo paragrafo, alla sofferenza interiore e al turbamento soggettivo, profili rilevanti ai fini della liquidazione del danno morale, ma non idonei, di per sé soli, a giustificare una personalizzazione del danno biologico in assenza della prova di conseguenze eccezionali e specifiche sulla sfera dinamico-relazionale della danneggiata.

In conclusione, ritiene l'adito Tribunale che i postumi riscontrati non hanno inciso sulla vita dell'odierna ricorrente in maniera speciale ovvero in modo più grave, anomalo, inusuale, eccezionale rispetto alla incidenza che quella medesima invalidità avrebbe avuto su tutte le altre persone con conseguente esclusione della personalizzazione.

SUL DANNO MORALE

Parte ricorrente ha dedotto che deve costituire oggetto di risarcimento il danno morale e il pregiudizio per la sofferenza interiore, correlato all'errore medico nella esecuzione dell'intervento di lifting. A riguardo la sig.ra C., ferma la categoria di detta tipologia di pregiudizio rispetto a quello biologico, ha dedotto che: "Questa condotta derivante dal negligente trattamento terapeutico subito induce nella lesa un grave sentimento di vergogna verso gli altri, nell'esporre il proprio volto agli sguardi indiscreti di passanti e amici, la lesa prova un grave senso di autosvalutazione personale e di disistima personale".

Preliminarmente giova ricordare che la natura onnicomprensiva del danno non patrimoniale deve essere interpretata, sul piano delle categorie giuridiche, rispettivamente nel senso che il giudice di merito, deve tenere conto, a fini risarcitori, di tutte le conseguenze (modificative in pejus della precedente situazione del danneggiato) derivanti dall'evento di danno, nessuna esclusa, con il concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici, e procedendo, a seguito di articolata, compiuta ed esaustiva istruttoria, ad un accertamento concreto e non astratto del danno, all'uopo dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, ivi compresi il fatto notorio, le massime di esperienza, le presunzioni. Nel procedere all'accertamento ed alla quantificazione del danno risarcibile, il Giudice di merito, deve congiuntamente, ma distintamente, valutare la reale fenomenologia della lesione non patrimoniale e, cioè, tanto l'aspetto interiore del danno sofferto (c.d. danno morale, sub specie del dolore, della vergogna, della disistima di sé, della paura, della disperazione), quanto quello dinamico-relazionale (destinato ad incidere in senso peggiorativo su tutte le relazioni di vita esterne del soggetto).

Nella valutazione del danno alla salute, in particolare non diversamente che in quella di tutti gli altri danni alla persona conseguenti alla lesione di un valore/interesse costituzionalmente protetto il Giudice deve, pertanto, valutare tanto le conseguenze subite dal danneggiato nella sua sfera morale – che si collocano nella dimensione del rapporto del soggetto con sé stesso – quanto quelle incidenti sul piano dinamico- relazionale della sua vita che si dipanano nell'ambito della relazione del soggetto con la realtà esterna, con tutto ciò che, in altri termini, costituisce altro da sé.

Nel caso di lesione della salute, non costituisce duplicazione risarcitoria la differente autonoma valutazione compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal soggetto in conseguenza della lesione del suo diritto alla salute.

Con particolare riferimento all'uso delle presunzioni in materia di danno morale alle quali la medesima ricorrente ha fatto rinvio ("il danno morale – ove correttamente allegato – può essere provato anche solo per presunzioni, derivando dal notorio della lesione che, anche nei casi di lieve entità, ove sia provata, può condurre il giudice a ritenere comprovato il pregiudizio morale"), occorrerà sottrarsi ad ogni prassi di automaticità nel riconoscimento di tale danno in corrispondenza al contestuale riscontro di un danno biologico, attesa l'esigenza di evitare duplicazioni risarcitorie destinate a tradursi in un'ingiusta locupletazione del danneggiato, laddove quest'ultimo si sia sottratto a una rigorosa allegazione e prova di fatti secondari idonei a supportare, sul piano rappresentativo, la prospettata sofferenza di conseguenze dell'illecito rilevabili sul piano del proprio equilibrio affettivo-emotivo.

Sul piano probatorio del danno morale la giurisprudenza di Cassazione ha affermato che la possibilità di invocare il valore rappresentativo della lesione psico-fisica (in sé considerata come danno biologico) alla stregua di un elemento presuntivo suscettibile di (concorrere a) legittimare, in termini inferenziali, l'eventuale riconoscimento di un coesistente danno morale dovrà ritenersi tanto più limitata quanto più ridotta, in termini quantitativi, si sia manifestata l'entità dell'invalidità riscontrata, attesa la ragionevole e intuibile idoneità di fatti lesivi di significativa ed elevata gravità a provocare forme di sconvolgimento o di debordante devastazione della vita psicologica individuale rispetto alla corrispettiva idoneità delle conseguenze limitate a un danno biologico di modesta entità ad assorbire, secondo un criterio di normalità (e sempre salva la prova contraria), tutte le conseguenze riscontrabili sul piano psicologico, ivi comprese quelle misurabili sul terreno del c.d. danno morale (Cass. civ., n. 6444 del 2023).

Pertanto, il danno morale – quale voce di danno non patrimoniale – va liquidato solo se il danneggiato alleghi tutte le circostanze utili ad apprezzare la concreta incidenza della lesione patita in termini di sofferenza/turbamento e provi tali circostanze.

Orbene facendo applicazione dei principi sopra enunciati al caso di specie ritiene il presente Tribunale che debba riconoscersi il danno morale, risultando provata l'esistenza di una sofferenza interiore effettiva e apprezzabile conseguente agli esiti dell'intervento. Sul punto assumono particolare rilievo le dichiarazioni testimoniali acquisite nel corso della udienza del 20 marzo 2025, dalle quali è emerso che la sig.ra C. prova un persistente sentimento di vergogna e rabbia correlato alle alterazioni estetiche riportate, percepibile nei suoi atteggiamenti quotidiani da chi la conosce da molti anni e ne ha potuto osservare il cambiamento successivo all'intervento ("la C.V. la conosco da diversi anni; confermo che prova vergogna e rabbia adr: io la vedo tutte le mattine, la vedo dagli atteggiamenti, la conoscevo anche prima dell'intervento"). Tali elementi trovano ulteriore conferma nella natura stessa della lesione, consistita in una cicatrice permanente al volto, ossia in una compromissione dell'aspetto esteriore destinata a incidere in modo particolarmente significativo sulla percezione di sé e sul proprio equilibrio emotivo. Del resto, la stessa scelta della ricorrente di sottoporsi a un intervento di chirurgia estetica consente di desumere la particolare attenzione da essa riservata alla propria immagine personale, sicché appare del tutto ragionevole ritenere, secondo criteri di normalità e massime di esperienza, che la presenza di un esito cicatriziale visibile sul volto abbia generato sentimenti di disagio, mortificazione e sofferenza ogniqualvolta la stessa si sia confrontata con la propria immagine riflessa. In tale contesto, il fatto riferito dal teste secondo cui la ricorrente, in alcune occasioni, preferisce evitare di uscire costituisce un ulteriore indice sintomatico del descritto vissuto di vergogna, confermando l'esistenza di una componente di sofferenza interiore autonoma rispetto alle sole

ripercussioni dinamico-relazionali della lesione e, pertanto, meritevole di autonoma considerazione risarcitoria.

Né conduce a diverse conclusioni il fatto che il collegio peritale abbia escluso la sussistenza di un danno psichico in senso medico-legale (si legge a pagina 53 della relazione: "Allo stato attuale, come già scritto, non è identificabile la presenza di un disturbo psichico"). Tale accertamento, infatti, non è incompatibile con il riconoscimento del danno morale, atteso che quest'ultimo non richiede necessariamente la presenza di una patologia psichica clinicamente apprezzabile, ma consiste nella sofferenza interiore, nel sentimento di vergogna, mortificazione e disagio soggettivamente patiti in conseguenza dell'illecito.

Da quanto esposto consegue che il citato pregiudizio debba costituire oggetto di ristoro e il risarcimento che verrà determinato nel successivo paragrafo sarà calcolato in misura percentuale rispetto al pregiudizio biologico.

SUL DANNO DA VIOLAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Parte ricorrente con riferimento al danno da lesione del suo diritto alla autodeterminazione ha dedotto di non essere stata affatto informata circa i rischi dell'intervento, sulle possibili conseguenze pregiudizievoli per il proprio senso estetico nonché per le menomazioni che sarebbero reliquate in maniera permanente. A tale riguardo la sig.ra C. ha argomentato che "qualora fosse stata adeguatamente informata circa la sussistenza di simili rischi, anche in termini di nefasto esito estetico della procedura chirurgica, non si sarebbe sottoposta all'intervento chirurgico ovvero avrebbe optato per differente opzione chirurgica".

In punto di diritto, il consenso informato costituisce espressione del fondamentale diritto all'autodeterminazione del paziente, autonomo e distinto rispetto al diritto alla salute, trovando fondamento negli artt. 2, 13 e 32 Cost. e configurandosi quale condizione essenziale di liceità del trattamento sanitario (Corte Cost., 23.12.2008, n. 438; Cass. civ., sez. III, 12.06.1982, n. 3604). La manifestazione di un consenso libero e consapevole presuppone che il paziente sia stato compiutamente informato circa la natura dell'intervento, le modalità di esecuzione, i rischi prevedibili, le possibili complicanze, le alternative terapeutiche e gli esiti conseguibili, gravando sul sanitario l'onere di provare l'avvenuto adempimento di tale obbligo informativo mediante informazioni chiare, specifiche e personalizzate, non essendo sufficiente la mera sottoscrizione di moduli generici o standardizzati (Cass. civ., sez. III, 18.08.2025, n. 23504; Corte d'Appello di Perugia sez. I, 22.10.2025, n. 563).

La giurisprudenza di legittimità è ormai consolidata nell'affermare che la violazione dell'obbligo informativo può assumere rilevanza causale sia con riguardo alla lesione del diritto alla salute sia con riguardo alla lesione del diritto all'autodeterminazione, ovvero con riferimento ad entrambi i profili, trattandosi di interessi giuridici distinti e autonomamente tutelati (Cass. civ., sez. III, 25.06.2019, n. 16892; Cass. civ. sez. III, 05.09.2022, n. 26104; Cass. civ., sez. III, 12.06.2023, n. 16633). In particolare, qualora il paziente deduca un danno alla salute causalmente collegato all'omessa informazione, egli è tenuto a dimostrare, anche mediante presunzioni, che, ove adeguatamente informato, avrebbe verosimilmente rifiutato il trattamento o optato per differenti scelte terapeutiche (Cass. civ., sez. III, 09.02.2010, n. 2847; Cass. civ. sez. III, 16.02.2016, n. 2998; Cass. civ. sez. III, 18.08.2025, n. 23504).

Diversamente, la lesione del diritto all'autodeterminazione può integrare un'autonoma fonte di danno risarcibile anche nell'ipotesi in cui l'intervento sia stato correttamente eseguito e finanche terapeuticamente necessario, poiché l'omessa informazione priva il paziente della possibilità di esercitare consapevolmente tutte le opzioni relative alla propria persona e alle proprie scelte terapeutiche (Cass. civ., sez. III, 12.06.2015, n. 12205; Cass. civ., sez. III, 05.07.2017, n. 16503; Cass. civ. sez. III, 15.05.2018, n. 11749). Nondimeno, tale danno non può ritenersi sussistente in re ipsa, richiedendo l'allegazione e la prova di specifiche conseguenze pregiudizievoli, patrimoniali o non patrimoniali, derivanti dalla compromissione della libertà di autodeterminazione, potendo tale prova essere fornita anche per presunzioni, da valutarsi alla luce della gravità delle condizioni del paziente, della natura dell'intervento e delle concrete circostanze del caso (Cass. civ., sez. III, 14.11.2017, n. 26827).

Ne consegue che, accertata l'omessa o inadeguata acquisizione del consenso informato e dimostrate le conseguenze dannose derivatene, al paziente compete il risarcimento del danno da lesione del diritto all'autodeterminazione, autonomamente cumulabile con quello eventualmente riconosciuto per la lesione del diritto alla salute, senza che ciò comporti alcuna duplicazione risarcitoria.

Calando i principi sopra richiamati nella fattispecie concreta, il Tribunale ritiene che la domanda di risarcimento del danno da lesione del diritto all'autodeterminazione non possa trovare accoglimento.

Sul punto, il Collegio peritale, chiamato ad accertare se i moduli di consenso informato sottoscritti dalla paziente contenessero un'informazione chiara, dettagliata e completa in ordine alle caratteristiche dell'intervento, alla tecnica di esecuzione, agli esiti prevedibili, ai rischi correlati, nonché alle eventuali alternative terapeutiche e ai relativi esiti invalidanti, ha concluso nel senso dell'inadeguatezza della documentazione acquisita. In particolare, i consulenti hanno rilevato che i moduli di consenso informato sottoscritti in data 21.09.2020 per l'intervento di lifting del volto e in data 29.03.2021 per l'intervento di revisione della cicatrice risultano formulati in termini estremamente generici e privi di indicazioni specifiche circa le caratteristiche del trattamento, le modalità esecutive, gli esiti prevedibili, i rischi connessi, le possibili complicanze e le alternative terapeutiche praticabili.

Deve, pertanto, ritenersi accertata la violazione dell'obbligo informativo gravante sul sanitario e, conseguentemente, la lesione del diritto della paziente ad esprimere un consenso pienamente consapevole. A tal fine non possono ritenersi sufficienti clausole generiche quali quelle contenute nei moduli sottoscritti dalla ricorrente, ove si afferma che l'intervento "non è esente da complicazioni" ovvero che "vi sono potenziali rischi associati a procedure chirurgiche", trattandosi di formule stereotipate e prive di qualsiasi indicazione concreta circa la natura e l'entità delle specifiche complicanze cui la paziente avrebbe potuto andare incontro. Affinché il consenso possa considerarsi validamente prestato, è infatti necessario che il paziente venga posto nelle condizioni di conoscere in modo puntuale e comprensibile i rischi prevedibili e le possibili conseguenze dell'intervento proposto.

Ciò nondimeno, la domanda risarcitoria non può essere accolta per difetto di allegazione e prova delle conseguenze dannose derivanti dall'accertata violazione dell'obbligo informativo. La ricorrente, infatti, non ha allegato né dimostrato che, ove adeguatamente informata, avrebbe verosimilmente rifiutato di sottoporsi all'intervento chirurgico. Invero, la stessa si è limitata ad affermare che, qualora fosse stata compiutamente informata, avrebbe optato per un diverso intervento, senza tuttavia indicare quale concreta alternativa terapeutica avrebbe scelto né fornire elementi dai quali desumere

la praticabilità e la plausibilità di tale diversa opzione, sicché tale deduzione si risolve in una mera affermazione assertiva e del tutto indimostrata. Parimenti, non risultano dedotti né provati specifici pregiudizi, patrimoniali o non patrimoniali, ulteriori e distinti rispetto a quelli già riconosciuti in conseguenza dell'erronea esecuzione dell'intervento, idonei a configurare un'autonoma lesione del diritto all'autodeterminazione suscettibile di risarcimento.

Ne consegue che, pur dovendosi riconoscere l'inadempimento dell'obbligo informativo e la conseguente lesione del diritto all'autodeterminazione della paziente, difetta la prova delle concrete conseguenze pregiudizievoli che da tale lesione sarebbero derivate, sicché la domanda di risarcimento del danno formulata sotto tale profilo deve essere rigettata.

Il rigetto della suddetta voce di danno rende superfluo l'esame dell'ulteriore questione concernente l'operatività della copertura assicurativa con riferimento alla responsabilità da omesso o inadeguato consenso informato, eccepita dalla terza chiamata.

SULLA QUANTIFICAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE SPETTANTE ALLA SIG.RA C.

Ciò premesso e venendo alla specifica liquidazione dei pregiudizi così individuati, vertendosi nell'ambito di lesioni c.d. macropermanenti, per la quantificazione del danno non patrimoniale alla persona da lesione dell'integrità psico-fisica, soccorre il c.d. criterio tabellare, con conseguente applicazione dei parametri fissati nelle tabelle adottate dal Tribunale di Milano – assunte dalla Corte di Cassazione quale "parametro in linea generale attestante la conformità della valutazione equitativa del danno in parola alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056, primo comma, cod. civ." (sul punto Cass. n. 12408/2011).

Il sistema tabellare si ispira ad una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale biologico e di ogni altro danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute, in ossequio all'insegnamento della Suprema Corte secondo cui "il danno non patrimoniale da lesione della salute costituisce una categoria ampia ed omnicomprensiva, nella cui liquidazione il giudice deve tenere conto di tutti i pregiudizi concretamente patiti dalla vittima, ma senza duplicare il risarcimento attraverso l'attribuzione di nomi diversi a pregiudizi identici" (Cass. SU n. 26972, 26973, 26974 e 26975 dell'11.11.2008). Al fine di armonizzare a tale principio la liquidazione del danno non patrimoniale, il predetto sistema prevede una tabella di valori monetari "medi", corrispondenti al caso di incidenza della lesione in termini "standardizzabili", in quanto frequentemente ricorrenti, per quel che attiene sia agli aspetti anatomo-funzionali, sia agli aspetti relazionali, sia agli aspetti di sofferenza soggettiva. Più in particolare, quanto alla liquidazione del danno permanente da lesione all'integrità psico fisica, le Tabelle predisposte a seguito delle suindicate pronunce delle Sezioni Unite individuano il nuovo valore del c.d. punto partendo dal valore di cui alle tabelle precedenti – relativo alla sola componente di danno non patrimoniale anatomo – funzionale, c.d. danno biologico permanente – aumentato di una percentuale ponderata in riferimento all'inserimento nel valore di liquidazione medio anche della componente di danno non patrimoniale relativa alla "sofferenza soggettiva". Allo stesso modo, anche i valori in passato liquidati a titolo di c.d. danno biologico e morale temporaneo sono stati rivisitati, proponendo una liquidazione congiunta dell'intero danno non patrimoniale temporaneo derivante da lesione alla persona. Nel sistema così congegnato, pertanto, la liquidazione del danno non patrimoniale sulla base del punto tabellare risulta già comprensiva degli aspetti anatomo-funzionali, relazionali e di sofferenza soggettiva, con la conseguenza che la liquidazione autonoma e separata di ulteriori voci di danno darebbe luogo ad una inammissibile duplicazione risarcitoria.

Tali caratteristiche che connotano il sistema di liquidazione del danno non patrimoniale non risultano modificate all'esito dell'aggiornamento delle Tabelle adottate dal Tribunale di Milano nel 2021 in quanto, così come esplicitato nei "Criteri orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da lesione all'integrità psico – fisica e dalla perdita – grave lesione del rapporto parentale" – elaborati dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano-, è stata operata una rivisitazione grafica delle tabelle al fine di esplicitare per comodità del lettore gli addendi monetari delle singole componenti del danno non patrimoniale già compresi nell'importo totale ivi indicato. La Tabella 2021 è stata, quindi, oggetto di una rivisitazione che "ha natura meramente grafica e non modifica in alcun modo i valori monetari, la struttura della Tabella e l'andamento della curva delle liquidazioni" (in tal senso i "Criteri orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da lesione all'integrità psico – fisica e dalla perdita – grave lesione del rapporto parentale"). Di recente – all'esito della riunione del 21.05.2024 dell'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano – i valori di liquidazione della Tabella sono stati aggiornati secondo gli indici Istat, senza alcuna modifica nel merito.

A tale ultima versione della Tabella occorre far riferimento in questa sede in quanto, così come costantemente affermato dalla giurisprudenza di legittimità, "il giudice deve applicare la tabella elaborata dall'osservatorio presso il Tribunale di Milano vigente al momento della liquidazione, pur non sussistendo un obbligo di riconvocazione qualora tra la data della camera di consiglio e quello della pubblicazione della sentenza sia resa pubblica una nuova versione delle dette Tabelle" (Cass. civ., n. 20381/2016; Cass. civ., n. 33770/2019).

Fermi i summenzionati criteri di determinazione del danno non patrimoniale, giova sottolineare che, come evidenziato dal Collegio peritale, nel caso di specie viene in rilievo un'ipotesi di danno biologico differenziale, posto che anche in presenza di un intervento eseguito secondo le regole dell'arte sarebbe comunque residuata in capo alla paziente una menomazione permanente quantificabile nella misura del 2%, mentre l'invalidità permanente complessivamente accertata all'esito dell'erronea esecuzione dell'intervento risulta pari al 13-14%. Ne consegue che il pregiudizio causalmente imputabile alla condotta del sanitario deve essere individuato esclusivamente nel maggior danno derivante dall'aggravamento della condizione psicofisica della paziente, quantificato dai consulenti nella misura dell'11-12%. In applicazione dei principi affermati dalla giurisprudenza di legittimità, la liquidazione del danno differenziale deve essere effettuata secondo i criteri della causalità giuridica, mediante valorizzazione economica dell'invalidità permanente complessiva accertata e successiva detrazione del valore monetario corrispondente alla menomazione che sarebbe comunque residuata indipendentemente dall'errore medico, posto che il danno risarcibile coincide esclusivamente con il maggior pregiudizio eziologicamente riconducibile alla condotta colposa (Cass. civ., sez. III, 30.07.2024, n. 21261).

In particolare, la Suprema Corte ha precisato che il danno differenziale deve essere liquidato "per sottrazione", detraendo dal valore economico dell'invalidità complessiva quello corrispondente alla quota di invalidità non imputabile all'illecito, tenendo conto della progressione geometrica del valore del punto di invalidità.

Ne consegue che nel caso in esame il risarcimento non va commisurato all'11-12% considerato isolatamente, bensì alla differenza tra il valore monetario dell'invalidità permanente complessiva del 13-14% e quello dell'invalidità del 2% che sarebbe comunque residuata in caso di corretta esecuzione dell'intervento.

Orbene, tenuto conto dell'età della danneggiata alla data del sinistro (43 anni), la percentuale di invalidità residua da determinarsi secondo i criteri sopra indicati, già comprensiva dell'ammontare dell'invalidità temporanea parziale, si perviene all'individuazione di un danno biologico risarcibili pari ad euro 30.397,75, derivante dalla sottrazione dell'importo corrispondente al punto di invalidità del 13% (Euro 32.736,75) e l'importo corrispondente al punto di invalidità del 2% (Euro 2.339,00). Su tale importo andrà calcolato il danno morale (sub specie di frazione del danno biologico) che viene equitativamente stabilito in euro 7.891,00.

Pertanto, l'importo complessivo che spetta alla sig.ra C. a titolo di risarcimento di tutti i pregiudizi non patrimoniali conseguenti alla inesatta esecuzione dell'intervento è pari a euro 38.288,75.

SULLA DOMANDA DI RISOLUZIONE NEGOZIALE E SULLA CONSEGUENTE DOMANDA DI RIPETIZIONE EX ART. 1458 C.C.

La sig.ra C. ha domandato la risoluzione del rapporto contrattuale intercorso con i resistenti, deducendo l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria e chiedendo, per l'effetto, la restituzione delle somme corrisposte per l'intervento, pari a complessivi Euro 7.415,41.

In via preliminare, giova richiamare i principi elaborati dalla giurisprudenza di legittimità in tema di risoluzione per inadempimento. Costituisce infatti orientamento consolidato quello secondo cui lo scioglimento del contratto consegue ad una pronuncia costitutiva che presuppone l'accertamento della non scarsa importanza dell'inadempimento, avuto riguardo all'interesse dell'altra parte. Tale valutazione deve essere condotta alla luce di un duplice criterio: da un lato, mediante un parametro oggettivo, volto a verificare se l'inadempimento abbia inciso in misura apprezzabile sull'economia complessiva del rapporto, alterando in modo significativo il sinallagma contrattuale; dall'altro, attraverso la considerazione di eventuali elementi soggettivi desumibili dal comportamento delle parti, idonei ad attenuare o aggravare il giudizio di gravità dell'inadempimento (Cass. civ., 07.02.2001, n. 1773; Cass. civ., 28.03.2006, n. 7083).

Con specifico riferimento alla materia della responsabilità sanitaria, la Corte di Cassazione ha altresì precisato che il giudizio sulla gravità dell'inadempimento non può prescindere dalla valutazione dell'interesse concretamente perseguito dal paziente. In particolare, è stato affermato che, ai fini della risoluzione del contratto, il giudice deve tenere conto di tutte le circostanze oggettive e soggettive dalle quali sia possibile desumere l'alterazione dell'equilibrio contrattuale, con la conseguenza che, nell'ipotesi di un intervento chirurgico avente finalità prevalentemente estetiche, non è consentito svalutare aprioristicamente l'insuccesso dell'operazione ove esso si sia verificato proprio con riferimento al risultato estetico che costituiva l'interesse principale perseguito dal paziente. In applicazione di tale principio, la Suprema Corte ha cassato la decisione di merito che aveva escluso la gravità dell'inadempimento sul presupposto che l'intervento avesse comunque prodotto alcuni effetti utili, omettendo tuttavia di valutare il mancato conseguimento del risultato estetico perseguito dalla paziente (Cass. civ., sez. VI, 24.03.2021, n. 8220).

Alla luce di tali principi, nel caso di specie non può attribuirsi carattere secondario all'insuccesso dell'intervento, atteso che la prestazione sanitaria cui si è sottoposta la ricorrente era finalizzata principalmente al conseguimento di un risultato estetico. Pertanto, la valutazione della gravità dell'inadempimento deve essere compiuta avendo riguardo proprio al mancato raggiungimento di tale risultato e all'effettiva incidenza dell'inesatta esecuzione dell'intervento sull'interesse concreto perseguito dalla sig.ra C..

Alla luce delle considerazioni che precedono, la domanda di risoluzione del contratto deve essere accolta. L'inadempimento del sanitario, la cui sussistenza è stata accertata dal collegio peritale nei termini già illustrati nei precedenti paragrafi, presenta infatti carattere di gravità sia sotto il profilo oggettivo sia sotto quello dell'interesse perseguito dalla creditrice/paziente.

Sotto il primo aspetto, assumono rilievo la colpa grave ravvisata nell'esecuzione della prestazione e le significative conseguenze pregiudizievoli che ne sono derivate, consistite nella necrosi cutanea conseguente alla complicanza vascolare e nei permanenti esiti cicatriziali residuati all'intervento di revisione.

Sotto il secondo profilo, deve osservarsi che la sig.ra C. si era sottoposta ad un intervento avente finalità eminentemente estetiche e che, pertanto, l'interesse contrattuale da essa perseguito coincideva con il conseguimento di un miglioramento del proprio aspetto fisico. Tale interesse è rimasto integralmente insoddisfatto, atteso che il risultato perseguito non è stato raggiunto e che l'inesatta esecuzione della prestazione ha, per contro, determinato un esito peggiorativo rispetto alla situazione preesistente. Ne consegue che l'inadempimento accertato non può essere qualificato di scarsa importanza ai sensi dell'art. 1455 c.c., con conseguente pronuncia di risoluzione del rapporto contrattuale intercorso tra le parti.

La pronuncia di risoluzione del contratto comporta, ai sensi dell'art. 1458 c.c., il sorgere dell'obbligo restitutorio delle prestazioni eseguite in attuazione del rapporto negoziale, con conseguente diritto della ricorrente alla restituzione delle somme versate a titolo di corrispettivo dell'intervento, venuta meno, per effetto dell'accertato grave inadempimento, la causa giustificativa dell'attribuzione patrimoniale.

Con riferimento alla quantificazione dell'esborso dall'esame delle fatture allegate in atti emerge che il complessivo importo corrisposto in favore dei resistenti da parte della sig.ra C. in correlazione all'intervento è pari a euro 7.415,51 (cfr. doc. 1 allegato al ricorso introduttivo).

A tale riguardo si rende necessario esaminare la eccezione sollevata dalla terza chiamata relativa alla inoperatività della polizza e del conseguente obbligo di manleva con riferimento alla restituzione dei compensi pagati al medico dai suoi pazienti ("l'assicurazione non comprende le restituzioni di compensi pagati al medico dalla paziente, compensi che l'assicurato dovesse essere condannato a restituire nella ipotesi di accoglimento della domanda di risoluzione del contratto").

Il Dott. L. con riferimento alla clausola in questione ne ha eccepito la nullità in quanto contraria al principio secondo il quale l'obbligo indennitario deve comprendere l'intera obbligazione risarcitoria senza limitazioni.

Ritiene il presente Tribunale che l'eccezione di nullità della clausola non sia meritevole di accoglimento.

Deve, invero, osservarsi che l'obbligazione restitutoria conseguente alla risoluzione del contratto non integra una posta risarcitoria in senso proprio, ma costituisce un effetto restitutorio derivante dal venir meno della causa giustificativa delle attribuzioni patrimoniali eseguite in forza del rapporto contrattuale. In tale prospettiva, il professionista non è chiamato a risarcire un danno arrecato al paziente, bensì a restituire le somme percepite in esecuzione di un contratto successivamente risolto per inadempimento.

Ne consegue che l'obbligo di restituzione del compenso professionale non rientra nell'ambito della responsabilità civile per danni verso terzi, che costituisce l'oggetto tipico della copertura assicurativa, ma trova il proprio titolo in un'autonoma obbligazione restitutoria derivante dagli effetti della risoluzione contrattuale. La clausola che esclude dalla garanzia le somme dovute a tale titolo non determina, pertanto, alcuno squilibrio dell'assetto negoziale né si pone in contrasto con la causa del contratto assicurativo, limitandosi a delimitare il rischio trasferito all'assicuratore e l'oggetto della prestazione di garanzia.

Deve, pertanto, escludersi la dedotta nullità della clausola, la quale costituisce legittima espressione dell'autonomia negoziale delle parti e risulta coerente con la funzione propria dell'assicurazione della responsabilità civile professionale, destinata a tenere indenne l'assicurato dalle conseguenze patrimoniali del danno cagionato a terzi e non anche dalle obbligazioni restitutorie derivanti dalla risoluzione del rapporto contrattuale.

Conseguentemente, la garanzia assicurativa e l'obbligo di manleva non può ritenersi operante con riferimento alle somme che il sanitario sarà tenuto a restituire al paziente in esecuzione della pronuncia di risoluzione del contratto.

SUL DANNO PATRIMONIALE SUB SPECIE DI SPESE MEDICHE E ASSISTENZA STRAGIUDIZIALE

Parte ricorrente ha dedotto di aver sostenuto esborsi in conseguenza della inesatta esecuzione dell'intervento per un ammontare complessivo pari a euro 2.354,00 e ne ha chiesto il relativo rimborso.

Al riguardo, va rilevato che, secondo quanto determinato dalla consulenza medico legale le spese assistenziali sono state quantificate nell'importo così come richiesto da parte ricorrente ("Euro 2.354,00 (duemilatrecentocinquantaquattro/00) sono relativi all'onorario per la consulenza medico-legale della Dr.ssa Alampi, per la relazione psichiatrica del Prof. C. e per la visita specialistica del Chirurgo Plastico Dr. V."). Si precisa che il collegio peritale ha escluso la presenza di ulteriori spese per trattamenti medici o chirurgici.

La sig.ra C. ha altresì chiesto, a titolo di danno patrimoniale emergente, il rimborso delle spese sostenute per l'attività stragiudiziale svolta dal suo difensore.

Al riguardo, va rilevato come la giurisprudenza di legittimità abbia precisato che "il rimborso delle spese di assistenza stragiudiziale ha natura di danno emergente, consistente nel costo sostenuto per l'attività svolta da un legale in detta fase pre-contenziosa. L'utilità di tale esborso, ai fini della possibilità di porlo a carico del danneggiante, deve essere valutata ex ante, cioè in vista di quello che poteva ragionevolmente presumersi essere l'esito futuro del giudizio. Da ciò consegue il rilievo che l'attività stragiudiziale, anche se svolta da un avvocato, è comunque qualcosa d'intrinsecamente diverso rispetto alle spese processuali vere e proprie. Ne deriva che, se la liquidazione deve avvenire necessariamente secondo le tariffe forensi, essa resta soggetta ai normali oneri di domanda, allegazione e prova secondo l'ordinaria scansione processuale, al pari delle altre voci di danno emergente. Il che comporta che la corrispondente spesa sostenuta non è configurabile come danno emergente e non può, pertanto, essere riversata sul danneggiante quando sia, ad esempio, superflua ai fini di una più pronta definizione del contenzioso, non avendo avuto in concreto utilità per evitare il giudizio o per assicurare una tutela più rapida risolvendo problemi tecnici di qualche complessità" (Cass. SU n. 16990/2017).

Nel caso di specie, l'utilità dell'attività stragiudiziale deve ritenersi adeguatamente dimostrata alla luce della concreta attività svolta dall'Avv. Leardini, il quale ha gestito i rapporti tra la propria assistita, il sanitario e la struttura sanitaria, provvedendo altresì all'inoltro di formale richiesta risarcitoria a mezzo PEC (cfr. doc. 5 allegato al ricorso introduttivo) e all'avvio delle relative trattative volte alla definizione bonaria della controversia. Il fatto che tali interlocuzioni non abbiano condotto ad una composizione stragiudiziale della lite non vale ad escludere la risarcibilità del relativo esborso, posto che il mancato raggiungimento di un accordo non è dipeso dall'inutilità o superfluità dell'attività professionale svolta, bensì dall'inerzia dei resistenti, i quali non hanno fornito alcun riscontro alla richiesta risarcitoria formulata dalla ricorrente. Ne consegue che le spese sostenute per l'assistenza prestata nella fase precontenziosa, risultando funzionali alla tutela delle ragioni della danneggiata e al tentativo di evitare il giudizio, integrano un danno emergente risarcibile in conformità all'orientamento sopra espresso.

Può, dunque, riconoscersi alla sig.ra C. il rimborso delle spese sostenute per l'attività stragiudiziale, da quantificarsi facendo applicazione del D.M. n. 55 del 2014, non essendo vincolante, nella liquidazione del danno, la somma determinata dal difensore con il cliente in quanto le regole che disciplinano la quantificazione del compenso nel rapporto tra professionista e cliente non possono venire in rilievo qualora si debba procedere a determinare l'entità del pregiudizio da riversare sul danneggiante.

L'importo spettante alla sig.ra C., quindi, si determina in euro 2.410,00, corrispondente al compenso medio previsto dal DM 55/2014 – vigente al tempo in cui l'attività è stata svolta – per lo scaglione di valore indeterminabile, complessità bassa – al quale si ritiene opportuno fare riferimento in ragione dell'impossibilità di predeterminare l'entità del risarcimento nel corso della fase stragiudiziale – comprensivo di IVA e CPA.

SUL CALCOLO DEGLI INTERESSI SULLE SOMME DOVUTE A TITOLO DI RISARCIMENTO DEL DANNO NON PATRIMONIALE E DEL DANNO PATRIMONIALE

L'importo totale dei danni correlati al sinistro è pari a euro 38.288,75 a titolo di risarcimento di tutti i danni non patrimoniali e euro 12.179,51. a titolo di risarcimento di tutti i danni patrimoniali, per una somma complessiva di euro 50.468,26.

Su tale somma andranno corrisposti, previa devalutazione in ragione della stima fattane secondo criteri aggiornati, l'ulteriore rivalutazione, secondo gli indici ISTAT di categoria dalla data dell'intervento, ovvero dall'esborso (per le spese ivi compresi gli importi corrisposti in esecuzione del contratto di spedalità dichiarato risolto) alla presente pronuncia, e gli interessi legali, questi ultimi da calcolarsi sulle somme rivalutate anno per anno a decorrere dal sinistro, ovvero dall'esborso fino alla presente decisione (Cass. Sezioni Unite 1712/95).

Con riferimento alla disciplina inerente alla individuazione del saggio di interessi da applicarsi e alla operatività a partire dal momento della proposizione della domanda della disciplina ex art. 1284, comma 4, c.c., si ricorda che la Corte di Cassazione ha affermato che "gli interessi maggiorati previsti dall'art. 1284, quarto comma, c.c., non costituiscono un effetto automatico della mora, ma richiedono una domanda espressa da parte del creditore e una specifica pronuncia del giudice. In mancanza di tali elementi, il giudicato non può essere esteso a comprendere tali interessi e il creditore non ha diritto di esigerli in sede esecutiva" (Cass. Civ., 11 febbraio 2025 n. 3499).

Ritiene pertanto l'adito Tribunale che il saggio operante sino al momento della domanda è quello di cui al comma 1 dell'art. 1284 c.c., mentre a far data dal momento della proposizione della presente

domanda e sino all'effettivo soddisfo debba essere quello ex art. 1284, comma 4, c.c. (si precisa che il dies a quo di decorrenza del citato saggio è quello della notifica a controparte dell'atto introduttivo del presente procedimento e non del ricorso ex art. 696 bis c.p.c.); tale soluzione è infatti conforme a quanto affermato dall'ordinanza 3 gennaio 2023, n. 61, con la quale la Cassazione ha chiarito che gli interessi ex art. 1284, comma 4, c.c. si applicano a tutte le obbligazioni pecuniarie, indipendentemente dalla loro fonte.

SULLE SPESE LEGALI

Le spese di lite seguono la soccombenza e le stesse sono liquidate in dispositivo tenuto conto del valore della lite per come accertato in questa sede (deve escludersi l'aumento di cui all'art. 4, comma 1 bis, D.M. n. 55 del 2014 visto il mancato funzionamento dei collegamenti ipertestuali).

In relazione alle spese giudiziali inerenti al procedimento R.G. 1677/2022 introdotto con ricorso ex art. 696 bis c.p.c., anche queste seguono il principio della soccombenza, dovendo essere poste definitivamente a carico di parte resistente e sono liquidate come da dispositivo. Debbono essere altresì poste a carico di parte resistente i costi dei CTU.

Da ultimo, con riferimento alla richiesta di liquidazione delle spese correlate alla attività stragiudiziale giova evidenziare che la relativa disciplina è già stata esaminata nei precedenti paragrafi ed alla stessa si fa rinvio.

Quanto ai rapporti tra il Dott. L. e la compagnia assicuratrice, sussistono giusti motivi per disporre la compensazione integrale delle spese di lite, avuto riguardo al complessivo esito del giudizio tra le predette parti e alla reciproca soccombenza ravvisabile con riferimento alle questioni dedotte in causa.

P.Q.M.

Il Tribunale di Rimini, definitivamente pronunciando sulle cause di cui in epigrafe, ogni altra istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

– Accerta e dichiara la nullità della clausola limitativa della responsabilità del Dott. L. nei casi di colpa lieve;

– Accerta e dichiara la nullità della clausola di cui all'art. 3.2 Allegato Med nei termini e secondo le modalità di cui in parte motiva;

– Accerta l'inadempimento contrattuale del Dott. P.L. e della società F.P. S.R.L. e, per l'effetto, dichiara la risoluzione del contratto intercorso tra la sig.ra C. e il Dott. L. e la società F.P. S.R.L.;

– Accerta che il danno patito dalla sig.ra C. sia da ascrivere alla inesatta esecuzione dell'intervento del 21 settembre 2020 e, per l'effetto, condanna il Dott. L. e la società F.P. S.R.L., in via solidale tra loro, al pagamento della somma di euro 50.468,26, oltre interessi come in parte motiva;

– Condanna il Dott. L. e la società F.P. S.R.L. in solido tra loro alla refusione delle spese di lite che si liquidano in euro 759,00 per spese ed in euro 7.616,00 oltre IVA e CPA e rimborso forfetario (15%) come per legge per compensi professionali con distrazione ex art. 93 c.p.c. in favore dell'Avv. Stefano Leardini;

– Condanna il Dott. L. e la società F.P. S.R.L. in solido tra loro al pagamento delle spese correlate al procedimento R.G. 1677/2022 che si liquidano in euro 3.056,00 oltre IVA e CPA e rimborso forfetario (15%) come per legge per compensi professionali con distrazione ex art. 93 c.p.c. in favore dell'Avv. Stefano Leardini;

– Pone a carico del Dott. L. e della società F.P. S.R.L., in solido tra loro, le spese sostenute dalla sig.ra C. per il pagamento dei compensi del collegio peritale nell'ambito del giudizio R.G. 1677/2022 per come già liquidati dall'intestato Tribunale;

– Dichiara U.A. S.P.A. tenuta a manlevare, nei limiti e nelle condizioni di polizza ed escluse le obbligazioni aventi natura restitutoria così come in parte motiva, il Dott. L. di quanto lo stesso dovesse pagare in favore della sig.ra C. in conseguenza della presente sentenza di condanna e, per l'effetto, condanna la medesima compagnia a rifondere allo stesso quanto pagherà alla sig.ra C. in conseguenza della presente sentenza di condanna a titolo di capitale, interessi e spese di lite;

– Compensa le spese di lite tra il Dott. L. e U.A. S.P.A.

Si comunichi.

CONCLUSIONE

Così deciso in Rimini, il 3 settembre 2026.

Depositata in Cancelleria il 4 settembre 2026.