

N. R.G. 8215/2011



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di CATANIA
V SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Giuseppe Artino Innaria
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. 8215/2011 promossa da:

██████████ (C.F. ██████████) con il patrocinio dell'avv. ██████████
ATTORE/I

contro

CASA DI CURA ██████████), con il patrocinio dell'avv. ██████████
██████████

██████████ (C.F. ██████████), con il patrocinio dell'avv. ██████████
CONVENUTO/I

██████████ A., già ██████████ (C.F. ██████████) con il
patrocinio dell'avv. ██████████
TERZO CHIAMATO

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza del 25 febbraio 2019.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

In sede di ricovero, il ██████████ ha sottoscritto una dichiarazione, su carta intestata della casa di cura, del seguente tenore:

“Dichiaro che il chirurgo e l'equipe che procederanno all'intervento sono professionisti di mia scelta che non hanno con la Casa di Cura ██████████ alcun rapporto di dipendenza gerarchico-funzionale e/o di consulenza professionale.

Dichiarò, altresì, di essere a conoscenza che la Casa di Cura ██████████ fornisce nei miei confronti servizio di tipo ospedaliero soltanto in relazione all'uso della sala operatoria, alla degenza, alla somministrazione dei farmaci ed alla assistenza infermieristica.

Pertanto, con la presente intendo escludere, come in effetti escludo, ogni e qualsiasi responsabilità della Casa di Cura ██████████ e del suo staff medico in relazione al buon esito e alle conseguenze dell'intervento chirurgico cui devo sottopormi, ai rischi delle tecniche operatorie adottate, nonché ai postumi operatori”.

Il rapporto contrattuale intercorso tra il ██████████ e la casa di cura convenuta esclude espressamente la responsabilità di quest'ultima per i rischi dell'intervento chirurgico ed i suoi postumi, sicché va rigettata la domanda proposta nei suoi confronti.



Diversa è la conclusione a cui deve pervenirsi verso il sanitario.

I c.t.u. hanno esposto le seguenti considerazioni medico-legali:

Con specifico riferimento al caso giunto alla nostra osservazione, l'odierno attore, ██████████ nato a Catania il 31.10.1947, presenta talune menomazioni in citazione dedotte, come sarà successivamente meglio rappresentato.

Circa la evoluzione delle lesioni stesse e i relativi trattamenti praticati, la vicenda clinica del ██████████ è stata caratterizzata, come da citazione introduttiva a suo dire da un insuccesso dell'intervento primario di protesizzazione del ginocchio sinistro eseguito in data 22.1.2008 all'odierno convenuto (Prof. ██████████) nella struttura convenuta (casa di Cura ██████████), con peggioramento della sintomatologia algica al ginocchio sinistro così come della articolari, pur nei limiti della sua condizione preesistente di emiparesi in soggetto con reliquati neuromotori di meningoencefalite.

A tal proposito, onde poter affrontare le problematiche correlate al presente giudizio, appare necessario, una breve succinta nota sulla chirurgia protesica del ginocchio.

La protesi di ginocchio può essere:

A) Monocompartimentale

B) Bicompartimentale

*C) Tricompartimentale (come nel nostro caso) **In base al grado di vincolo:***

A) Non vincolata B) Semivincolata C) Vincolata In riferimento alla fissazione:

A) Cementata

B) Non cementata

C) Ibrida

***In base alla tipologia di inserto:** A) Piatto rotante*

B) Piatto fisso

A. Il presente accertamento clinico e medico legale, deve necessariamente muovere del resto, attraverso la rivisitazione critica dei sottoelencati giudizi circa:

- *A) Se vi era indicazione all'intervento chirurgico*
- *B) protesi a piatto fisso o mobile*
- *C) Se il secondo intervento di ulteriore resezione ossea fosse necessario*
- *D) Se era indicato intervento di protesi da revisione nel 1° o 2° intervento*
- *E) Se era necessario ulteriore intervento di revisione.*

A) Se era necessario intervento chirurgico

Tutte le indagini eseguite dal signor ██████████ in particolare quelle indicate come di seguito:

– RX del 18/08/2001;

- *– †RX del 06/02/2003;*



- – †TAC del 22/05/2003;
- – †RX del 16/06/2003;
- – †RMN del 12/12/2003;
- – †RX del 15/09/2005;
- – †RX del 29/11/2006;
- – †RX del 21/01/2008,

evidenziano un progressivo peggioramento del quadro artrosico a carico del ginocchio sinistro con piena giustificazione della esecuzione di un intervento chirurgico di artroprotesi totale. Le immagini radiografiche ultime del 21/01/2008 e l'esame clinico (a dire il vero scarno, eseguito all'atto del ricovero del 21/01/2008) in cui si parla di un "ginocchio sinistro in valgo e limitato nei movimenti", non giustificano assolutamente la necessità di eseguire il primo intervento con una protesi da revisione.

B) Protesi a piatto mobile o fisso;

Scopo di utilizzare un piatto mobile è quello di ricreare la distribuzione dei carichi articolari aumentando la superficie di contatto (è stato calcolato in prove sperimentali che la superficie di contatto in protesi a piatto fisso è di circa 250 mm, mentre nelle protesi a piatto mobile è di circa 300-1000 mm).

Si avrà quindi una più ampia distribuzione del carico sul polietilene. Inoltre un piatto rotante compensa un difetto rotazionale dei componenti, permettendone un allineamento, evitando problematiche di conflitto tra componente femorale e il polietilene.

Il piatto mobile inoltre migliora la funzionalità della femora rotulea con riduzione del dolore anteriore.

In ogni caso il piatto mobile non modifica assolutamente la stabilità articolare [# BAKTIR' A.,' KARAASLAN' F.,' YURDAKUL' E.,' KARAOGLU' S.' "Mobile5versus& fixed5 bearing(total(knee(arthroplasty:(a(prospective(randomized(controlled(triale(feauturing*65105!years&follow5up.\$Acta%Orthop%Traumatolo%Turc%2016;%50%(1):159;##!! AGLIETT&P.,&BALDINI&A.,&BUZZI&R.,&LUP&D.,&DE&LUCA&L.,&"Comparison&of&mobile5bearing(and\$ fixed5bearing(total(knee(arthroplasty:(a(prospective(randomized(study.(J.(Arthroplasty+ 2005;+ 20:145553;\$# BAILEY' O.,' FERGUSON' K.,' JAMES' P.,' MAY' PA' "No' clinical& difference" between" fixed5and\$ mobile5bearing(cruciate5retaining(total(knee(arthroplasty:+a+prospective+randomized+study. Knee\$Sur\$Sports\$Traumatol\$Arthrosc.\$ 2015%Jn;%23(6):165359]. (Tra l'altro attualmente le protesi da revisione vincolate sono a piatto mobile)

Come detto, infiniti sono i lavori che testimoniano che non vi sono differenze tra protesi a piatto fisso o mobile, lasciando ampia libertà al chirurgo in base alla propria esperienza, oggi, così come all'epoca dei fatti di cui alla citazione introduttiva.

Quindi: nessun errore tecnico nella scelta dell'inserito mobile è stato posto in essere ad opera del chirurgo operatore (prof. [redacted] odierno convenuto).

Veniamo al punto se via sia stato un errore di tecnica operatoria nel 1° intervento.

In questa problematica purtroppo non abbiamo il conforto di radiografie del tutto soddisfacenti eseguite nell'immediato post operatorio in quanto quelle presenti in fascicolo mostrano un ginocchio atteggiato in flessione senza avere un quadro per nulla chiaro in proiezione antero posteriore (possibilmente per la flessione forzata del ginocchio).



L'unico elemento che può essere colto, da un punto di vista radiografico è la constatazione di uno slope inverso e la "sensazione" che la componente femorale sia leggermente sovradimensionata.

Chiariamo innanzi tutto cosa sia lo slope.

Per SLOPE TIBIALE si intende l'angolo di inclinazione in 34 antiversione della tibia. La slope tibiale è di grande importanza per la biomeccanica del ginocchio, sia per quel che riguarda la funzione legamentosa, sia per la funzione cinematica.

RX I

Nella Rx n. I si nota come vi sia uno slope inverso di pochissimi gradi, mentre sarebbe stato auspicabile uno slope posteriore di circa 3°- 5° al fine di realizzare un ginocchio meglio bilanciato poiché lo slope riduce la tensione dei collaterali soprattutto per le ginocchia flesse in pre operatorio (tuttavia manca nella documentazione la dimostrazione che vi fosse un atteggiamento in flessione in pre operatorio) [#! Cerbo& M,& Fella& D,& Jefferson& T,& Migliore(A,(Paone(S,(Perrini(MR,(Velardi(L(-! Agenas' 5! ! Report' di' ' HTA' -! Le# protesi# per# la# sostituzione)primaria)totale)del)ginocchio)in)Italia)Roma,)Luglio)2009].%

Nel diario clinico non si colgono elementi validi che testimonino la condizione clinica del ginocchio se non la sintomatologia dolorosa. E' lecito pensare anche leggendo il referto radiologico del 04/02/2008 (dopo il secondo intervento) che il ginocchio fosse atteggiato in flessione (non possiamo sapere quanti gradi) perché lo slope inverso e il sovradimensionamento della componente femorale hanno sicuramente portato ad un ginocchio "serrato".

C) Se il secondo intervento di ulteriore resezione ossea fosse necessario

Ad avvalorare quanto sopra (cioè che il ginocchio fosse "serrato" a causa dello slope inverso e del sovradimensionamento della componente femorale) è il fatto che dopo circa una settimana è stato eseguito un nuovo intervento con resezione della parte femorale di 5 mm nel tentativo di aumentare lo spazio in estensione senza tuttavia reimpiantare un nuovo scudo di minore dimensione come sarebbe stato più auspicabile.

A pag. 8 il consulente di parte scrive "...reinsierimento della sintesi momentaneamente mobilizzata". Non si tratta assolutamente della mobilizzazione della componente femorale, ma del tentativo da parte del chirurgo, come detto, di aumentare lo spazio in estensione.

Intervento che viene stimato "necessario" ma non risolutivo perché la componente tibiale, con il suo slope inverso, è rimasta inalterata e lo scudo femorale è rimasto sovradimensionato.

D) Se era indicato intervento di protesi da revisione nel 2° intervento

In occasione del 2° intervento, considerata la sintomatologia dolorosa, sarebbe stato opportuno impiantare una protesi da revisione senza tuttavia dire che l'ulteriore resezione femorale di 5 mm sia stata una soluzione azzardata e priva di fondamento scientifico. Si è trattato di una scelta che alla fine si è rivelata fallimentare anche per quanto sopra esposto.

E) Se era necessario ulteriore intervento di revisione.

In considerazione del quadro clinico, appare nettamente giustificato l'intervento di revisione eseguito in data 26/06/2009, non tanto perché un esame scintigrafico eseguito in data 13/05/2009 evidenziava un "...processo infiammatorio dell'artropotesi del ginocchio sinistro, in atto verosimilmente con una scarsa o nulla componente settica", quanto perché la clinica (il dolore, la mancata ripresa del range articolare nonostante abbia eseguito intenso trattamento riabilitativo...) lo imponeva.

Tenuto conto delle premesse documentali avanti esposte nonché sulla base del criterio clinico-anamnestico è da ritenere che le menomazioni residue all'odierno attore ██████████ abbiano sicuramente cagionato un peggioramento delle generali condizioni del soggetto rispetto a quelle preesistenti anamnesticamente note e di riferita disabilità neuromotoria correlata agli esiti di una meningoencefalite con emiparesi sinistra.

Infatti, quale conseguenza della condotta professionale inadeguata posta in essere dall'odierno convenuto nell'esecuzione del primo intervento del 22/1/2008, tale non condivisibile condotta, nell'ambito delle scelte terapeutiche poste in essere,



condizionò anche la necessità di eseguire un secondo intervento in data 29/1/2009 di reimpianto della stessa protesi dopo riduzione di mm 5 del femore, nonché un terzo intervento di revisione protesica del 29/6/2009, terzo intervento eseguito da altro operatore.

In atto, pertanto, il [REDACTED] risulta essere affetto da **“ESITI DI INTERVENTO DI REVISIONE PROTESI TOTALE GINOCCHIO SINISTRO DEL 2009 PER GINOCCHIO SERRATO QUALE POSTUMO DI DUPLICE INTERVENTO DI PROTESI TOTALE GINOCCHIO SU PIATTO ROTANTE DEL 22/1/2008 E DI REIMPIANTO STESSA PROTESI (29/1/2008) DOPO RIDUZIONE DI MM 5 DEL FEMORE, IN SOGGETTO CON ESITI NEUROMOTORI DI EMIPLEGIA SPASTICA SINISTRA PER MENINGOENCEFALITE INFANTILE”**.

Pertanto, si ritiene, quale conseguenza della condotta professionale oggetto di censura e riconducibile all'odierno convenuto in fase terapeutica [intervento del 22/1/2008, con realizzazione di uno slope inverso e il sovradimensionamento della componente femorale che hanno sicuramente portato ad un ginocchio “serrato”.], si sia realizzato un periodo di Danno Biologico Temporaneo cosiddetto iatrogeno rappresentato dalle necessità terapeutiche che si sono appalesate in ordine al maggior impegno terapeutico del II e III intervento, II e III intervento cui l'assicurato non si sarebbe sottoposto, qualora il I fosse stato condotto secondo le regole dell'arte medica.

Ne è derivato quindi una quota di **Danno Biologico Temporaneo**, che nei limiti della scarna documentazione prodotta, può essere rappresentato da:

1) Danno Biologico Temporaneo iatrogeno al 100%: 30 giorni;

2) Danno Biologico Temporaneo al 50%: giorni 30.

3) **Danno Biologico Permanente** di natura iatrogena nella sola **componente statica del danno biologico [danno biologico puro]** da valutarsi nella misura dell'**8% (OTTO PERCENTO)** (soggetto affetto da emiparesi sinistra e titolare indennità accompagnamento per instabilità statico-dinamica) [# Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni “LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DEL DANNO ALLA PERSONA IN AMBITO CIVILISTICO. Giuffrè Editore. 2016]

Tali postumi permanenti sono da ritenersi oramai cristallizzati e quindi non suscettibili di miglioramento, atteso il tempo trascorso dai fatti per cui è causa nonché in ordine alle preesistenze da cui risulta essere affetto l'attore.

Ciò posto, i c.t.u. hanno concluso nel modo seguente:

1. Alla luce delle indagini effettuate in corso del presente accertamento tecnico collegiale, possiamo affermare che l'odierno attore [REDACTED] risulta essere affetto in via principale e prevalente da: **“ESITI DI INTERVENTO DI REVISIONE PROTESI TOTALE GINOCCHIO SINISTRO DEL 2009 PER GINOCCHIO SERRATO QUALE POSTUMO DI DUPLICE INTERVENTO DI PROTESI TOTALE GINOCCHIO SU PIATTO ROTANTE DEL 22/1/2008 E DI REIMPIANTO STESSA PROTESI (29/1/2008) DOPO RIDUZIONE DI MM 5 DEL FEMORE, IN SOGGETTO CON PREESISTENZA DI EMIPLEGIA SPASTICA SINISTRA PER MENINGOENCEFALITE INFANTILE”**;
2. Sulla base del quadro clinico e diagnostico strumentale riportato nella cartella clinica della struttura convenuta, appare corretta l'indicazione al trattamento chirurgico di protesi totale di ginocchio del 22/1/2008, intervento che pur complesso rappresentando chirurgia ortopedica maggiore, costituisce intervento routinario per quell'operatore sanitario che si occupa di chirurgia protesica dell'arto inferiore, non costituendo intervento che comporta la soluzione di particolare complessità e/o difficoltà;
3. Condivisibile la scelta posta in essere dell'odierno convenuto in occasione del primo intervento del 22/1/2008 di utilizzare una protesi da primo impianto con piatto mobile.
4. Censurabile è da ritenersi tuttavia la condotta terapeutica posta in essere nel corso del suddetto intervento per avere eseguito uno slope inverso e nell'inserire uno scudo femorale sovradimensionato.



5. *Il secondo intervento del 29/1/2008, è stato eseguito nel tentativo di ricreare maggior spazio posteriormente (tentativo solo parzialmente riuscito) ma ritenuto anche esso oggetto di censura poiché è stato eseguito senza modificare i componenti ma effettuando una riduzione di mm 5 del femore;*
6. *L'intervento di revisione protesica (il III eseguito da altro Sanitario il 29/6/2009) è stato eseguito secondo best practice; tale intervento era indispensabile non perché vi sia stata una mobilitazione delle componente protesiche ma perché la sintomatologia lo imponeva.*
7. *Quale conseguenza della condotta professionale oggetto di censura attribuibile all'odierno convenuto [nell'esecuzione dell'intervento del 22/1/2008, con realizzazione di uno slope inverso e il sovradimensionamento della componente femorale che hanno sicuramente portato ad un ginocchio "serrato"], si è realizzato un periodo di Danno Biologico Temporaneo iatrogeno rappresentato dalle necessità terapeutiche che si sono appalesate in ordine al maggior impegno terapeutico del II e III intervento, II e III intervento cui l'assicurato non si sarebbe sottoposto, qualora il I fosse stato condotto secondo le regole dell'arte medica.*
8. *8. A tale non condivisibile condotta posta in essere dall'odierno convenuto nell'esecuzione dell'intervento del 22/1/2008 di Protesi totale Ginocchio sinistro, è derivato un Danno Biologico Temporaneo, che nei limiti della scarsa documentazione prodotta, può essere rappresentato da:*

il Danno Biologico Temporaneo iatrogeno al 100%: 30 giorni;

il Danno Biologico Temporaneo al 50%: giorni 30.

*il **Danno Biologico Permanente di natura iatrogena** nella sola componente statica del danno biologico [danno biologico puro] (soggetto affetto da emiparesi sinistra e titolare indennità accompagnamento per instabilità statico- dinamica) VALUTABILE NELLA MISURA DEL **8% (OTTO PERCENTO)** [Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni "LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DEL DANNO ALLA PERSONA IN AMBITO CIVILISTICO. Giuffrè Editore. 2016].*

il Tale valutazione tiene conto della sola limitazione funzionale residua nella componente statica del danno biologico, compreso il maggior esito cicatriziale osservato, atteso che comunque il soggetto sarebbe stato portatore di protesi al ginocchio (indicazione al I intervento vi era) ma che in astratto, non avrebbe avuto quella riduzione di escursione articolare che si è osservata e residua, qualora il I e anche il II intervento fossero stati condotti secondo le regole dell'arte medica.

9. Tali postumi permanenti sono da ritenersi oramai cristallizzati e quindi non suscettibili di miglioramento, atteso il tempo trascorso dai fatti per cui è causa nonché in ordine alle preesistenze da cui risulta essere affetto l'attore.

Questo decidente può aderire alle conclusioni formulate dai c.t.u., dal momento che esse sono sorrette da argomentazioni congrue sul piano logico e tecnico-scientifico.

Le sopravvenute discipline, di cui al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. legge Balduzzi) e alla legge 8 marzo 2017 n. 24, non si applicano retroattivamente a eventi risarcitori avvenuti antecedentemente (come nel caso di specie), con conseguente applicabilità della responsabilità contrattuale al rapporto col medico, tanto più che, nel caso di specie, come sopra si è visto, lo stesso [REDACTED] aveva rilasciato alla casa di cura dichiarazione, nella quale asseriva che "il chirurgo e l'equipe che procederanno all'intervento sono professionisti di mia scelta che non hanno con la Casa di Cura [REDACTED] alcun rapporto di dipendenza gerarchico-funzionale e/o di consulenza professionale" (con ciò presupponendosi l'instaurazione di un contratto d'opera professionale tra il paziente ed il chirurgo).

Alla luce delle superiori considerazioni, sussiste la responsabilità del sanitario, poiché sono stati rilevati profili di colpa nella esecuzione dell'intervento chirurgico (in occasione del primo intervento del 22 gennaio 2008, avere eseguito uno slope inverso e inserito uno scudo femorale sovradimensionato; nel secondo intervento del 29 gennaio 2008, avere tentato di ricreare maggiore spazio posteriormente,



tentativo solo parzialmente riuscito, perché eseguito senza modificare componenti ma effettuando una riduzione di 5 mm del femore). Inoltre, non può applicarsi la limitazione al dolo e alla colpa grave, di cui all'articolo 2236 c.c., posto che i c.t.u. hanno affermato che l'intervento, pur complesso rappresentando chirurgia ortopedica maggiore, era routinario per quell'operatore sanitario, che si occupa di chirurgia protesica dell'arto inferiore, non costituendo intervento che comporta la soluzione di particolare complessità e/o difficoltà.

Poiché l'età del danneggiato alla data dell'evento lesivo era di anni 60, il danno va liquidato, tenuto conto delle tabelle di liquidazione del danno biologico del Tribunale di Milano per l'anno 2018:

€ 13.546,00 per danno biologico complessivo da invalidità permanente all'8%, comprensivo anche del danno non patrimoniale;

€ 2.940,00 per danno, comprensivo anche del danno non patrimoniale, per giorni 30 di inabilità temporanea assoluta (€ 98,00 per ogni giorno);

€ 1.470,00 per danno, comprensivo anche del danno non patrimoniale, per giorni 30 di inabilità temporanea parziale al 50%.

Sulla somma complessiva di € 17.956,00 spettano gli interessi legali dal 22.1.2008 alla data della sentenza sulla somma devalutata alla data del 22.1.2008 e rivalutata annualmente secondo indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, nonché dalla data della sentenza fino al soddisfo sulla somma liquidata in sentenza.

Non può stimarsi una peculiarità degli esiti permanenti in termini anatomico-funzionali o relazionali o di sofferenza soggettiva, di gravità tale da giustificare l'aumento personalizzato del risarcimento del danno biologico, essendo sufficientemente coperta quella generica menomazione dalla componente non patrimoniale del risarcimento, poiché non si è in presenza di un pregiudizio estetico o esistenziale di straordinaria portata, tenuto conto che l'evento lesivo ha provocato un danno biologico solo dell'8%, aggravando in misura non particolarmente grave una preesistente disabilità motoria correlata agli esiti di una meningoencefalite con emiparesi sinistra.

Le spese sanitarie documentate e ritenute congrue dai c.t.u. ammontano ad € 697,12, da rivalutarsi dalla data dell'esborso fino a quella della sentenza secondo indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, oltre gli interessi legali dall'esborso alla liquidazione sulla somma rivalutata annualmente fino alla data della sentenza secondo indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, nonché dalla data della sentenza fino al soddisfo sulla somma rivalutata alla data della sentenza.

La ██████████ s.p.a. ha contestato l'operatività della garanzia, subordinata, ad ogni modo, alla prova, da parte dell'assicurato, del tempestivo pagamento dei premi e del rispetto delle clausole contrattuali, avuto particolare riguardo alla regolazione del premio. Se l'assicurazione contesta l'operatività della garanzia assicurativa, è onere dell'assicurato darne prova. In proposito, "In tema di assicurazione della responsabilità civile, qualora l'assicuratore, convenuto per l'adempimento del contratto, alleggi l'esclusione della garanzia, come delimitata alla luce dei criteri normativi di interpretazione del contratto, risolvendosi detta allegazione non nella proposizione di un'eccezione in senso proprio, ma nella mera contestazione della mancanza di prova del fatto costitutivo della domanda, egli non assume riguardo all'oggetto della copertura assicurativa alcun onere probatorio, che resta, perciò, immutato a carico dell'attore" (Cass. 16.3.2012 n. 4234). Ancora, Corte appello Napoli sez. IX, 14/02/2018, n.738: La contestazione da parte dell'assicuratore dell'**inoperatività** della **polizza** non è un'eccezione di merito bensì una semplice difesa, inerente l'interpretazione del contratto, con la quale si assume l'estraneità dell'evento dedotto al rischio ivi contemplato e, come tale, non configura un fatto impeditivo-estintivo all'esercizio del diritto dell'assicurato ma è circostanza costitutiva del diritto a essere manlevato, con conseguente onere a carico di quest'ultimo di fornire la prova dell'operatività della **polizza**. Cass., ez. 3, *Sentenza n. 15228 del 03/07/2014* (Rv. 631709 - 01): In tema di assicurazione della responsabilità



civile, l'eccezione di inoperatività della polizza assicurativa non costituisce un'eccezione in senso proprio, ma una semplice difesa volta a contestare il fondamento della domanda, assumendo l'estraneità dell'evento ai rischi contemplati nel contratto. Essa, pertanto, è deducibile per la prima volta in appello. Ne viene che la contestazione dell'operatività della garanzia assicurativa non integra una eccezione in senso proprio, attinente ad un fatto impeditivo-estintivo del diritto dell'assicurato, di cui deve dare prova l'assicuratore, bensì costituisce una mera difesa, che investe i fatti costitutivi della domanda dell'assicurato, cui, pertanto, incombe l'onere di dimostrare l'esistenza della polizza e la sua operatività, anche con riguardo all'avvenuto adempimento degli obblighi di pagamento dei premi. Poiché tale onere probatorio non è stato assolto dall'██████████, la domanda di manleva deve essere rigettata.

Le spese (comprendenti di quelle di mediazione e di quelle di c.t.p. - dott. ██████████ e dott. ██████████) che si riconoscono nella misura equitativa di € 600,00 complessivi per entrambe le consulenze, comprensive di IVA e CPA, avuto riguardo alle tariffe di cui al d.m. 30.5.2002), seguono la soccombenza e vengono liquidate ai sensi del DM 55/2014 come in dispositivo, in ragione del valore della controversia (avuto riguardo al valore attribuito con sentenza e non a quello domandato, anche ai fini del rimborso del contributo unificato), della natura delle questioni giuridiche trattate e dell'attività difensiva svolta, ponendo definitivamente le spese di c.t.u. a carico di ██████████

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando:

Condanna ██████████ a pagare a ██████████

€ 17.956,00, oltre interessi legali dal 22.1.2008 alla data della sentenza sulla somma devalutata alla data del 22.1.2008 e rivalutata annualmente secondo indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, nonché dalla data della sentenza fino al soddisfo sulla somma liquidata in sentenza;

€ 697,12, da rivalutarsi dalla data dell'esborso fino a quella della sentenza secondo indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, oltre gli interessi legali dall'esborso alla liquidazione sulla somma rivalutata annualmente fino alla data della sentenza secondo indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, nonché dalla data della sentenza fino al soddisfo sulla somma rivalutata alla data della sentenza.

Rigetta ogni altra domanda.

Condanna ██████████ a rimborsare a ██████████ le spese di lite, che si liquidano in € 1.236,07 per spese, € 4.835,00 per compensi, oltre rimborso forfetario delle spese generali pari al 15% sull'importo dei compensi, oltre i.v.a., c.p.a., con distrazione in favore dell'avv. ██████████

Pone definitivamente le spese di c.t.u. a carico di ██████████

Condanna ██████████ a rimborsare a ██████████ razioni s.p.a. le spese di lite, che si liquidano in € 4.835,00 per compensi, oltre rimborso forfetario delle spese generali pari al 15% sull'importo dei compensi, oltre i.v.a., c.p.a.

Condanna ██████████ a rimborsare a Casa di Cura ██████████ le spese di lite, che si liquidano in € 4.835,00 per compensi, oltre rimborso forfetario delle spese generali pari al 15% sull'importo dei compensi, oltre i.v.a., c.p.a.

Catania, 23 maggio 2019.

Il Giudice
dott. Giuseppe Artino Innaria

