



In NOME del POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE di ROMA SEZIONE Sez.XIII°

N. RG.82089-15 sent.7090-2021

REPUBBLICA ITALIANA

Il Giudice **dott. cons. Massimo Moriconi**

nella causa tra

N.B.(avv.to A.M.)  
attrice

E

Casa Generalizia XXX in concordato preventivo  
convenuto

E

S.C.(avv.XXXXXXXXXX)  
convenuto

E

Spa Assicuratrice XXX in persona del suo legale rappresentante pro tempore (avv. ti  
XXXXXXXXX)  
terza chiamata

ha emesso e pubblicato, ai sensi dell'art. 281 sexies cpc, all'udienza del 26.4.2021  
facente parte integrale del verbale di udienza, la seguente

S E N T E N Z A

letti gli atti e le istanze delle parti,

osserva:

La motivazione che segue è stata redatta ai sensi dell'art.16-bis, comma 9-octies  
(aggiunto dall'art. 19, comma 1, lett. a, n. 2-ter, D.L. 27 giugno 2015, n. 83, convertito,  
con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2015, n. 132) decreto-legge 18 ottobre 2012, n.  
179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 secondo cui  
*gli atti di parte e i provvedimenti del giudice depositati con modalita' telematiche sono  
redatti in maniera sintetica.*

Poiché già la novella di cui alla l. 18 giugno 2009, n. 69 era intervenuta sugli artt.132 cpc e 118 att.cpc , prevedendo che la sentenza va motivata con una **concisa e succinta** esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione, occorre attribuire al nuovo intervento un qualche significato sostanziale, che tale non sarebbe se si ritenesse che l'innovazione ultima sia puramente ripetitiva - mero sinonimo- del concetto già precedentemente espresso.

La necessità di smaltimento dei ruoli esorbitanti e le prescrizioni di legge e regolamentari (cfr. Strasburgo 2) circa la necessità di contenere la durata della causa, impongono pertanto applicazione di uno stile motivazionale **sintetico** che è stile più stringente di previgente alla disposizione dell'art. 19, comma 1, lett. a, n. 2-ter, d.l.83/2015.

\*

#### **-1- I Fatti**

Espono, N.B.di essersi ricoverata in data 5.2.2013 presso l'Ospedale convenuto, avendo riportato una lesione a causa di una caduta accidentale, refertata presso il F. come *"frattura dell'epifisi distale del radio con dorsalizzazione del frammento e verosimile coinvolgimento articolare. Concomitante frattura della stiloide ulnare"*; per il che il dott. S.C.di turno all'ospedale, procedeva a riduzione incruenta, e gli applicava apparecchio gessato.

Lamentava l'attrice errori e imperizia da parte del medico convenuto e dei sanitari che l'avevano seguita presso il predetto ospedale.

Chiedeva il ristoro di tutti i danni specificamente indicati, allegati e comprovati.

I convenuti si costituivano e chiedevano il rigetto, con varie articolazioni delle memorie (chiamata in causa da parte del medico dell'assicurazione, richiesta di rivalsa da parte dell'Ospedale).

L'assicurazione del medico sollevava anche una serie di eccezioni preliminari.

Il Giudice disponeva consulenza medica assegnando i seguenti quesiti:

...."premesse che l'allegazione posta a base della citazione (che soddisfa all'onere minimale imposto al presunto danneggiato ed al tempo perimetra insuperabilmente l'indagine sulla quale il Giudice compie accertamenti e decide la causa), consiste nell'assunto che *"alla paziente, diagnosticata frattura dell'epifisi distale del radio con*

*dorsalizzazione del frammento e verosimile coinvolgimento articolare e frattura della stiloide ulnare, veniva applicato dal dott. S.C.presso l’Ospedale FF. solo il 13.12.2017 un apparecchio gessato, in luogo di un intervento chirurgico di riduzione e stabilizzazione della frattura con osteosintesi metallica, senza intervenire in tal senso, da parte del personale dell’Ospedale deputato, verificando se e quando coinvolto il medico convenuto, neppure all’esito dei controlli effettuati nelle date successive e senza effettuare una TAC con verifica –ricostruzione in 3D del polso e della frattura di Colles, con conseguente algodistrofia di tipo Sudeck quale complicanza dell’immobilizzazione con gesso esaminati gli atti di causa e la documentazione sanitaria allegata, ed esperita ogni altra eventuale indagine specialistica accertino e descrivano con adeguata motivazione i CTU in relazione alla attività professionale prestata nei confronti dell’attrice presso il suddetto ospedale se la censura risulti etc.”..*

Successivamente al deposito della relazione il Giudice formulava con ordinanza del 16.1.2020 proposta ex art. 185 bis cpc nella quale fra l’altro così argomentava :

*“In tale contesto, le parti potranno prendere in considerazione, in un ambito di determinazione equitativa dei danni, i seguenti fattori:*

- 1. esiti della CTU ben motivata e quindi base consistente e condivisibile di ragionamento;*
- 2. applicazione ex art.3, co. 1, del decreto legge del 13 settembre 2012, n. 158 delle tabelle per le micropermanenti;*
- 3. I.T. : €. 6.800;*
- 4. I.P.: differenziale quanto al calcolo del danno bio permanente quale maggior danno (8% rispetto al 4 % ). Secondo la giurisprudenza del Tribunale di Roma – di recente validata dalla S.C. cfr. sentenza 28986/2019 del 11.11.2019 - sul c.d. danno incrementativo differenziale (per una chiara comprensione del significato e delle implicazioni della locuzione cfr. ex multis: <https://www.adrmedyapro.it/> ordinanza 10.5.2018 Trib.Roma RG 74223-13 giudice Moriconi, ordinanza 4.2.2019 Trib. Roma RG 70234/15 giudice Moriconi; <http://www.altalex.com/documents/news/2017/07/05/condotte-medico-sanitarie-evento-dannoso> ; in questo caso senza scostamento alcuno del risultato;*
- 5. applicazione di un incremento di 1/5 dei suddetti importi, a titolo di ristoro per danno soggettivo;*
- 6. rimborso delle spese e del lucro cessante (anche ma non solo mediche in un range da €. 23.000 a €.30.000);*
- 7. responsabilità solidale dei convenuti; con ripartizione interna al 50%; e regresso a favore di chi spetti per l’eventuale eccesso di quota pagata;*
- 8. contributo dei convenuti, in pari misura, alle spese di causa dell’attrice per €.12.000 (compensi) + spese vive e accessori di legge, e per intero quanto alla CTU*

### 9. obbligo della spa Assicuratrice XXX per la misura del 50% degli importi”

L'accordo non è stato raggiunto in dipendenza della condotta dell'Assicuratrice XXX che ha ritenuto non negoziabili le sue trancianti eccezioni.

### **-2- Le ragioni dell'accoglimento**

Le ragioni dell'accoglimento delle domande dell'attrice, per quanto di giustizia, e del rigetto delle eccezioni ex adverso, nonché dell'Assicurazione chiamata, sono le seguenti:

Attraverso un'accurata indagine, culminata in altrettanta scrupolosa e completa relazione, ben motivata, tanto che sono mancate contestazioni di spessore ad opera dei consulenti delle parti, è stato accertato dai C.T.U. quanto segue:

*“La scelta terapeutica di ricorrere al trattamento incruento era legittima all'inizio, in quanto la riparazione incruenta della frattura, se gestita in maniera corretta, avrebbe ottenuto il risultato di evitare lo stress chirurgico con inevitabile (seppur modesto) pregiudizio estetico legato all'esito cicatriziale dell'intervento.*

*Quella che viceversa si ritiene di dover criticare è la gestione successiva della paziente in quanto la frattura in questione, nonostante la fissurazione del gesso, si complicò precocemente con un edema importante della mano e del polso. Tale edema indusse i sanitari, e in particolare il Dott. S.C., a ridurre precocemente l'apparecchio gessato da braccio antibraccio metacarpale ad antibraccio metacarpale e successivamente a rimuovere completamente il gesso con applicazione di tutore. La precoce riduzione e la precoce asportazione dell'apparecchio gessato comportò una troppo rapida mobilizzazione della zona fratturata con conseguente scomposizione dei frammenti, il che determinò l'attuale condizione dismorfica e favorì l'insorgere di una algodistrofia di Sudeck. La sindrome di Sudeck è una patologia algodistrofica a genesi multifattoriale; il fattore scatenante è rappresentato spesso da traumi ai quali sono seguite manovre riduttive ripetute, ovvero prolungata/insufficiente immobilizzazione in gesso, o insufficiente riduzione, o ritardata consolidazione.*

*Considerando che il 26.2.2013 la B. aveva effettuato un riscontro di PS per “edema importante mano sinistra” e l’1.3.2013 il Dott.S.C. aveva evidenziato nel controllo radiografico “scomposizione della frattura in proiezione laterale”, dobbiamo ritenere che in quel periodo, invece di procedere alla rapida asportazione dell’apparecchio gessato (8.3.2013), sarebbe stato opportuno approfondire le indagini radiografiche con esame TAC per rivalutare la bontà della scelta terapeutica fino a quella data perseguita, optando per una riduzione chirurgica della frattura che avrebbe risolto il problema dell’ingravescente scomposizione e della insoddisfacente consolidazione della frattura, consentendo al contempo la completa mobilitazione della mano in modo da contrastare l’edema ingravescente.”*

Si deve affermare che dalla consulenza medica di ufficio, immune da errori o vizi tecnico-logico-giuridici, emerge con certezza la responsabilità per colpa (non grave) del medico convenuto.

Va subito chiarito che vi è un equivoco, nel quale è incorsa la difesa del dott. S.C. sul concetto di **COMPLICANZA** (a questo allude a proposito degli esiti infausti della sua condotta) che viene da taluni adoperata, inconsapevolmente, quasi come un talismano, una parola magica dal potere di annullare qualsiasi evento avverso al paziente.

La **complicanza**, ove correttamente inteso il termine, costituisce **un evento avverso che seppure prevedibile non sempre è evitabile, posto che la scienza medica come quella chirurgica non è in grado, allo stato attuale delle conoscenze, di condurre sempre e comunque alla guarigione, alla salvezza ed alla risoluzione delle patologie dei pazienti, in assenza di condotte medico sanitarie censurabili per via commissiva o omissiva.**

**Se l’evento avverso, in quanto prevedibile sia anche prevenibile con condotte medico-sanitarie accorte, perite, appropriate e prudenti (in questo caso mancate) si è fuori della complicanza nella sua corretta accezione: come nel caso di specie.**

Se l’evento avverso, in quanto prevedibile sia anche prevenibile (e certamente lo è il dover evitare una *precoce riduzione e una precoce asportazione dell’apparecchio*

gessato) con condotte medico-sanitarie accorte, perite, appropriate e prudenti, si è fuori della complicità nella sua corretta accezione: come nel caso di specie.

Ed invero costituisce saldo e costante principio giurisprudenziale quello secondo cui *il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento; in particolare restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.*

Il medico convenuto è soccombente non solo in quanto non ha dimostrato di aver eseguito diligentemente la prestazione sanitaria, ma poiché dalla consulenza medica di ufficio la responsabilità del predetto emerge con assoluta chiarezza.

### **-3- Danni e spese.**

A N.B. spetta in primo luogo, il rimborso delle spese affrontate per il lungo percorso di terapia e cura, per l'importo documentato e ritenuto, in sintonia con le conclusioni dei CTU, appropriato congruo e coerente, di €.24.498,00, mentre vanno escluso per la ragione inversa le richieste relative al *part time*, essendo da escludere che la patologia dalla quale la B. è stata attinta abbia sicuro collegamento causale con la sua libera scelta di modificare il suo orario e tempo di lavoro; e alle presunte spese per collaborazione domestica, del tutto indimostrate e comunque non pertinenti per la medesima ragione testé esposta).

Il danno biologico, come quello morale che va sicuramente riconosciuto, nella misura massima di un quinto come previsto dalla legge (si applicano infatti in questo caso, in ragione della percentuale di IP, le tabelle per le micropermanenti), attese le prolungate sofferenze, stress e patimenti subiti, è dovuto.

Per quanto concerne il calcolo del danno biologico (temporaneo e permanente) invero, la liquidazione del danno va effettuata con l'applicazione delle tabelle ministeriali elaborate per le micropermanenti e non quelle del tribunale.

Ed invero la legge prevede che per i danni da collocare entro il tetto del 9% la liquidazione debba essere effettuata non in base alle tabelle dei tribunali ma in

base alle stringenti, calmierate e non modulabili dal giudice (se non in maniera fissa e contenuta, aumento max 1/5) micropermanenti, di cui ai decreti ministeriali emanati ai sensi delle disposizioni in tema di RCA (cfr. art.3 comma terzo d.l.13.09.2012 n° 158 convertito dalla L. 189/2012).

Considerata la data del fatto e l'età di N.B. spetta alla medesima il ristoro dei **danni biologico permanente differenziale e temporaneo aumentati di 1/5 per danno soggettivo** causati dal medico convenuto rapportato ad una invalidità permanente del 4% (differenziale rispetto all'8% come chiarito nell'ordinanza di invio in mediazione riportata *supra*) e invalidità temporanea al 25% di gg.330 .

Invero il calcolo di tali interessi è stato effettuato in virtù della sentenza del 17.2.1995 n.1712 della Suprema Corte procedendo prima alla devalutazione della somma alla data del fatto, importo già rivalutato alla data della sentenza; e successivamente calcolando sull' importo rivalutati anno per anno i relativi interessi legali ai tassi stabiliti per legge anno per anno, senza alcuna capitalizzazione.

Interessi sulle spese.

**In definitiva quindi all'attrice spetta complessivamente, per i titoli suindicati (spese, IP, IT, danno soggettivo), la somma di €39.000,00 al cui pagamento i convenuti in solido vanno condannati.**

**La condanna riguarda evidentemente anche la struttura ospedaliera.**

Ciò, alla luce della granitica giurisprudenza della S.C. fatta propria anche da questo Tribunale, secondo la quale la prestazione della struttura privata e quella dei medici sono collegate così strettamente da configurare **un'obbligazione soggettivamente complessa con prestazione indivisibile ad attuazione congiunta**, con la conseguenza che l'inadempimento contrattuale, o la responsabilità extracontrattuale, anche di uno soltanto dei coobbligati, obbliga anche gli altri al risarcimento; che trova nuova ed espressa linfa nella disposizione, sia pure non retroattiva, e tuttavia utile a confermare la sostanziale condivisibilità dell'assunto giurisprudenziale, dell'art.7 della l.8.3.2017 n.24 (*Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria*) secondo cui

*1. 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 ancorche' non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.*

*2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attivita' di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonche' attraverso la telemedicina.*

Affinché sia ben chiaro che la responsabilità solidale della struttura sanitaria *non è di natura oggettiva* dovendo sempre prestarsi ossequio al principio di civiltà *della necessaria colpevolezza* del condannato (anche in sede civile), va evidenziato che ciò che va rimproverato al Nosocomio è la mancanza di un livello esigibile di diligenza , che riguarda:

1. la selezione e la scelta del medico, che devono essere accurate e attente alla presenza dei requisiti di competenza e professionalità che è giusto pretendere da parte della collettività,

2. l'organizzazione strutturata del lavoro medico-sanitario che consenta la presenza ed il coordinamento, secondo le circostanze e la complessità del singolo caso, delle competenze,

3. l'attenta vigilanza e la costante e fattiva verifica della qualità del lavoro, desunta anche ma non solo dai risultati delle prestazioni, e, in definitiva, della appropriatezza dei professionisti che operano, a qualsiasi titolo, al suo interno (questo è il preciso significato peraltro della disposizione secondo cui *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* art. 7 co.l° l.24/2017)



**Nei rapporti interni la responsabilità fra i convenuti, la responsabilità va allocata nella misura, ritenuta appropriata viste tutte le circostanze del caso, del 90% a carico del medico e del restante 10% a carico del Nosocomio.**

E' appena il caso di ricordare che l'ordinanza di invio in mediazione, come nella stessa espressamente avvertito era (anche) ispirata all'equità, sicché non vi è nessuna contraddizione nella attuale decisione emessa in punto di diritto.

#### **-4- La manleva della spa Assicuratrice XXX – La rivalsa della Struttura Sanitaria.**

Il dott. S.C. con la chiamata in causa, ha attivato alle due polizze stipulate con la spa Assicuratrice XXX in data 2/10/2009 n. 777029187786 e in data 2/10/2014 n. 777029588963.

Le molteplici eccezioni sollevate dalla compagnia di assicurazione per inferire l'inoperatività della polizza stipulata il 2/10/2014 n. 777029588963, sono infondate.

Il richiamo all'art. 16 punti 2 e 3 c.g.a. e all'art. 2 del contratto per inferirne il secondo rischio ( *...all'interno di A.S.L .Casa di Cura, Ente Ospedaliero o altra Struttura Sanitaria, tenuti egualmente in responsabilità...*) è non solo erroneo ma fuorviante (come conclama la locuzione *egualmente in responsabilità* che mette fuori gioco l'eccezione della spa Assicuratrice XXX).

E' ciò in quanto la difesa della spa Assicuratrice XXX ha citato solo una parte delle difese della Struttura Ospedaliera convenuta la quale, per contro, ha evidenziato fin dalla sua prima difesa che non esiste alcun contratto di assicurazione dalla medesima stipulato a favore del dott. S.C. per la semplice ragione che il predetto NON era un dipendente della Struttura stessa.

Erronea perché, come non può essere ben noto anche alla A.M., è da tempo che la giurisprudenza ha chiarito che " *affinché un contratto di assicurazione possa operare in eccesso*" rispetto ad un'altra polizza assicurativa, è necessario che i due contratti coprano **il medesimo rischio.**"

"*Se un medico operante all'interno di una struttura sanitaria ha stipulato una "assicurazione personale", questa non può che coprire la responsabilità civile del*

*medico stesso mentre l'assicurazione della responsabilità civile del medico operante all'interno di una struttura sanitaria ha ad oggetto un rischio del tutto diverso rispetto a quello coperto dall'assicurazione della responsabilità civile dalla struttura in cui il medico si trova ad operare” ex multis da Cass. n. 4936 del 2015.<sup>1</sup>*

Quindi, nessun secondo rischio.

Quanto al richiamo all'art. 1898 cc e all'art. 5 c.g.a. esso è grandemente e manifestamente erroneo.

Per una ragione che la stessa Assicurazione espone (...”ora pur volendo considerare le due polizze come tra loro consequenziali, quindi stipulate senza soluzione di continuità”...) ma alla quale non dà il giusto significato.

Per usare le condivisibili appropriate ed esatte parole dell'ottimo difensore del dott. C. :

*“ l'obbligo ex art. 1898 c.c., non concerne qualsiasi mutamento sopravvenuto nello stato delle cose ma esclusivamente i mutamenti nella situazione oggettiva o soggettiva da cui deriva un aumento della probabilità che l'evento si realizzi.*

*Dal punto di vista oggettivo, il rischio assunto dall'assicuratrice non è mutato proprio perché l'attività svolta dal medico coincide esattamente con quella assicurata, ossia quella di Medico che pratica la chirurgia nelle branche della medicina ortopedica e traumatologica.*

*Per quanto concerne i mutamenti soggettivi, la percezione da parte del medico di un mutamento del rischio, potrebbe avvenire esclusivamente attraverso la richiesta di risarcimento danni pervenuta da soggetto che assume essere stato lesa.*

*Delle doglianze dell'attrice, in ottemperanza all'ar. 17 del contratto di assicurazione, il Dott.S.C., in data 12/05/2015 (all. 4), ha puntualmente informato l'assicurazione, avendone avuto conoscenza solamente a seguito di richiesta di risarcimento danni pervenuta in data 27/04/2015, cui è seguita la denuncia del sinistro”.*

---

<sup>1</sup> Peraltro – e per quanto assorbita l'eccezione ut supra dimostrato – e come il Giudice ha affermato in altre sentenze, la previsione della mancata garanzia fino a escussione del patrimonio della struttura ove si è svolta l'attività del sanitario è palesemente viziata per innumerevoli profili attinenti alla causa e all'oggetto del contratto, nonché per la indeterminatezza della previsione (che vuol dire la frase “per la sola ipotesi di insolvenza del medesimo ente” , che il danneggiato deve escutere l'ente inutilmente, che il medico assicurato deve escuterlo inutilmente ?? Sic)

La struttura sanitaria convenuta ha il pieno diritto a rivalersi, nel caso dovesse essere costretta, per la solidarietà passiva, a pagare al danneggiato un importo superiore al 10% della somma per la quale vi è condanna, per ogni somma superiore, nei confronti del dott. S.C. e per esso nei confronti della sua Assicurazione.

Anche le eccezioni su questo punto sollevate dalla spa Assicuratrice XXX sono prive di pregio.

Il dott.S.C. risponde (in solido e per intero verso l'attrice) e nei rapporti interni con la Struttura Ospedaliera nella misura del 90%.

Per tale 90% spa Assicuratrice XXX ha l'obbligo di manleva.

Ai sensi dell'art. 1299 cc e 2055 cc il debitore solidale ha diritto a rivalersi di quanto abbia pagato in eccesso rispetto al dovuto (in questo caso del 10%) nei confronti del medico. Ed in tal caso potrà agire anche nei confronti della spa Assicuratrice XXX che appunto deve garantire fino al 90% il debito del medico.

#### **-5- La condanna per responsabilità aggravata.**

Ritiene il Giudice che la condotta della spa Assicuratrice XXX meriti l'applicazione dell'art. 96 co.III° il quale così dispone :

*I° se risulta che la parte soccombente ha agito o resistito in giudizio con mala fede o colpa grave, il giudice, su istanza dell'altra parte, la condanna, oltre che alle spese, al risarcimento dei danni, che liquida, anche di ufficio, nella sentenza.*

*II° Il giudice che accerta l'inesistenza del diritto per cui è stato eseguito un provvedimento cautelare, o trascritta domanda giudiziaria, o iscritta ipoteca giudiziale, oppure iniziata o compiuta l'esecuzione forzata, su istanza della parte danneggiata condanna al risarcimento dei danni l'attore o il creditore procedente, che ha agito senza la normale prudenza. La liquidazione dei danni è fatta a norma del comma precedente.*

E per quel che qui interessa:

**III° In ogni caso, quando pronuncia sulle spese ai sensi dell'articolo 91, il giudice, anche d'ufficio, può altresì condannare la parte soccombente al pagamento, a favore della controparte, di una somma equitativamente determinata**

La norma del terzo comma introdotta dalla l.18.6.2009 n.69 ed entrata in vigore dal 4.7.2009 ha cambiato completamente il quadro previgente con alcune importanti novità:

- in primo luogo non è più necessario allegare e dimostrare l'esistenza di un danno che abbia tutti i connotati giuridici per essere ammesso a risarcimento essendo semplicemente previsto che il giudice condanna la parte soccombente al pagamento di un *somma di denaro* ;
- non si tratta di un risarcimento ma di un indennizzo (se si pensa alla parte a cui favore viene concesso) e di una punizione (per aver appesantito inutilmente il corso della giustizia, se si ha riguardo allo Stato), di cui viene gravata la parte che ha agito con imprudenza, colpa o dolo;
- l'ammontare della somma è lasciata alla discrezionalità del giudice che ha come unico parametro di legge l'equità per il che non si potrà che avere riguardo, da parte del giudice, a tutte le circostanze del caso per determinare in modo adeguato la somma attribuita alla parte vittoriosa;
- a differenza delle ipotesi classiche (primo e secondo comma) il giudice provvede ad applicare quella che si presenta né più né meno che come una sanzione d'ufficio a carico della parte soccombente e non (necessariamente) su richiesta di parte;
- infine, la possibilità di attivazione della norma non è necessariamente correlata alla sussistenza delle fattispecie del primo e secondo comma.

Come rivela in modo inequivoco la locuzione *in ogni caso* la condanna di cui al terzo comma può essere emessa sia nelle situazioni di cui ai primi due commi dell'art. 96 e sia in ogni altro caso. E quindi in tutti i casi in cui tale condanna, anche al di fuori dei primi due commi, appaia ragionevole.

Veniva richiesta, benché non previsto dalla norma, la sussistenza del dolo o della colpa grave , ma più di recente la giurisprudenza, [cfr. Cass. ord. Sez.III 29.5/10.9.2018 n.21943 ha condivisibilmente affermato che è sufficiente per la condanna una condotta pretestuosa](#), poiché se non è ragionevole che possa essere sanzionata la semplice soccombente, che è un fatto fisiologico alla contesa giudiziale, non è richiesta dalla legge la colpa grave (o il dolo) ma solo un disvalore

maggior rispetto alla semplice soccombenza, esattamente come nel caso di specie; dove la spa Assicuratrice XXX si è sottratta ai suoi obblighi contrattuali nei confronti dell'assicurato con eccezioni gravemente infondate, palesemente prive del benché minimo pregio.

Va considerato che neppure a fronte dell'attivazione da parte del Giudice di un percorso conciliativo (ordinanza di invio in mediazione del 16.1.2020), la Compagnia di assicurazione si sia risolta a **dismettere una posizione processuale di ostinata pregiudiziale e irragionevole resistenza, non giustificata né *ab imis* né a maggior ragione dopo le indicazioni motivazionali fornite dal Giudice nel suddetto provvedimento, del tutto ragionevoli in quanto fondate su obiettivi riscontri e sulla corretta applicazione dei pertinenti principi della legge e della giurisprudenza.**

L'ammontare della somma deve essere rapportato :

a. Allo ***stato soggettivo*** del responsabile.

In questo caso è palese che la Compagnia di Assicurazione ha posto in essere – per le ragioni testé illustrate- con abuso del processo, una condotta assolutamente pretestuosa e irragionevole.

b. Alla ***qualifica ed alle caratteristiche del responsabile***, in questo caso persona giuridica dotata di elevata capacità organizzativa e dotazione tecnica, ben in grado volendo, di assumere condotte consapevoli (si tratta di un parametro che riguarda la scusabilità, ove esistente, in misura maggiore o minore, della condotta censurata).

c. ***Alla necessità che in relazione alle caratteristiche del soggetto responsabile, costituisca un efficace deterrente ed una sanzione significativa ed avvertibile.***

In questo caso si tratta di una società di indiscussa elevata capacità finanziaria e patrimoniale.

d. **Ad ogni altra peculiare e specifica caratteristica della fattispecie esaminata.**

Quanto a questo parametro non doveva e non poteva essere obliterato che:

a. **a fronte di elementi istruttori certi (e consacrati anche in una consulenza tecnica di ufficio del tutto ben motivata ed esente da errori o vizi**

tecnico-logico-giuridici), sussistevano danni ingiusti da indennizzare in via di manleva sulla base di un contratto di assicurazione che ha esattamente lo scopo di proteggere il medico nell'occasione nella quale ne abbia bisogno e non invece di rifuggire all'obbligo contrattuale di protezione dietro una serie di eccezioni del tutto prive di fondamento;

**b. quanto proposto dal giudice era assolutamente ragionevole e rispondente a diritto.**

Per la concreta determinazione della somma si ritiene di adottare, quale valido, usuale e predeterminato parametro di riferimento, le spese legali (compensi) liquidate anche, come nel caso presente, in multiplo.

In conclusione, soppesate tutte le circostanze oggettive e soggettive del caso, si ritiene equo e giusto liquidare, a favore del medico, una somma tripla rispetto a quella per la quale vi è soccombenza.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, ogni contraria domanda eccezione e deduzione respinta, così provvede:

**DICHIARA** la responsabilità del dott. S.C. per i danni causati all'attrice;

**CONDANNA** il dott. S.C. e la Casa Generalizia XXX in concordato preventivo, in solido, al risarcimento dei danni liquidati in favore di N.B. nella somma di **€.39.000,00** ( oltre interessi legali dalla data della sentenza al saldo);

**CONDANNA** il dott. S.C. e la Casa Generalizia XXX in concordato preventivo, in solido al pagamento delle spese di causa che liquida in favore di N.B. per compensi in complessivi **€.7.300,00** oltre €.500,00 per spese, oltre IVA, CAP e spese generali; oltre alle spese della consulenza di ufficio;

**CONDANNA** la spa Assicuratrice XXX in persona del suo legale rappresentante pro tempore al pagamento, ex art. 96 co. III° cpc, in favore del dott. S.C. della somma di **€.21.900,00** ;

**DICHIARA**, nei rapporti interni, la responsabilità al 90% a carico del dott. S.C. e al 10% a carico della Casa Generalizia XXX in concordato preventivo e il reciproco diritto di rivalsa esclusivamente contro il condebitore solidale e a favore del

soggetto che risultasse onerato dell'effettivo pagamento di una quota maggiore di quella di spettanza come testé indicata;

**CONDANNA** la spa Assicuratrice XXX in persona del suo legale rappresentante pro tempore a rimborsare al dott. S.C. ogni esborso eventualmente pagato in dipendenza della presente sentenza;

**SENTENZA** esecutiva.-

Roma lì 26.4.2021

***Il Giudice***  
***dott.cons.Massimo Moriconi***