



TRIBUNALE DI PESARO

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Pesaro, sezione prima, nella persona della dott.ssa Manuela Mari ha pronunciato, dopo rituale delibera, la seguente

SENTENZA

nella causa n.1818/2025 R.G. promossa

da

Parte_1, rappresentata e difesa dall'avv. Giovanni Luca Giardini;

ATTRICE

contro

Controparte_1, rappresentato e difeso dall'avv. Maurizio Valloni;

CONVENUTO

e contro

Controparte_2 in persona del legale rappresentante, rappresentata e difesa dall'avv. Stefano Zerbo;

CONVENUTA

posta in decisione all'udienza dell'8.7.2026 ex art.189 c.p.c. sulle seguenti conclusioni delle parti

per l'attrice come da foglio depositato il 15.5.2026

"Piaccia all'Ill.mo Tribunale di Pesaro, contrariis reiectis,

NEL MERITO

1) Accertare e dichiarare la responsabilità professionale del convenuto Dott.

Controparte_1 per l'inadempimento agli obblighi professionali assunti nei confronti dell'attrice in relazione agli interventi di mastoplastica additiva eseguiti

in data 16.10.2019 e 13.11.2019, con conseguente condanna dei convenuti al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dall'attrice;

2) Accertare e dichiarare il nesso causale tra la condotta colposa del convenuto e i danni riportati dall'attrice, come accertati nella consulenza tecnica d'ufficio espletata nel procedimento promosso nei confronti della Salus Medica S.r.l., qui prodotta ed utilizzabile quale prova atipica ai sensi del consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità;

3) Per l'effetto, condannare i convenuti, in solido tra loro e nei limiti della garanzia assicurativa quanto alla convenuta Controparte_2 ed eventualmente in concorso con la soc. Salus Medica s.r.l. già condannata in separato giudizio, al pagamento in favore dell'attrice:

- del danno biologico permanente nella misura accertata dai CTU pari all'8-9% dell'integrità psicofisica, da liquidarsi secondo le Tabelle del Tribunale di Milano vigenti al momento della decisione, con adeguata personalizzazione del danno in ragione:*

della natura estetica del pregiudizio;

della compromissione della percezione della propria immagine corporea;

del persistente disagio psicologico correlato alla sfera intima e sessuale;

della incidenza negativa sui rapporti relazionali ed affettivi dell'attrice;

della permanenza degli esiti deturpanti anche in caso di eventuale futuro intervento correttivo, che secondo il CTU potrebbe soltanto ridurre significativamente gli esiti senza eliminarli integralmente;

- del danno biologico temporaneo nella misura accertata in atti e risultante dalla consulenza tecnica d'ufficio;*

- del danno morale conseguente alla sofferenza soggettiva patita dall'attrice per il peggioramento permanente della propria integrità psico-fisica e della propria immagine femminile;*

- delle spese mediche già sostenute;*

- delle spese mediche future necessarie per l'intervento chirurgico correttivo indicato dal CTU, quantificate in euro 9.000,00 o nella maggiore o minore somma ritenuta di giustizia;*

- delle spese sostenute dall'attrice nel precedente giudizio per:
consulenza tecnica medico-legale di parte;*

CTU posta a carico dell'attrice;

trattandosi di esborsi causalmente conseguenti all'illecito sanitario ed indispensabili per l'accertamento del danno;

4) Accertare e dichiarare che l'obbligo risarcitorio del convenuto Dott.

Controparte_1 è coperto dalla polizza di responsabilità civile professionale stipulata con Controparte_2 con conseguente condanna della compagnia assicuratrice al pagamento diretto nei confronti dell'attrice nei limiti del massimale di polizza;

5) Condannare i convenuti, in solido tra loro, al pagamento delle spese e compensi del presente giudizio, oltre rimborso spese generali, IVA, CPA ed accessori di legge.”

per il convenuto CP_1 ome da foglio depositato il 15.5.2026

“voglia l'Ecc.mo Tribunale di Pesaro,

- disattesa ogni contraria e diversa istanza, eccezione e deduzione,

- emesse le più opportune pronunce e declaratorie,

- per i motivi di cui in premessa, In via preliminare:

- accertata la vigenza della clausola compromissoria inserita tra le parti in causa nei contratti con consenso informato del 16.10.2019 e del 13.11.2019, dichiarare la propria incompetenza e rimettere la presente controversia ad Arbitri dell' Controparte_3 per l'Arbitrato e, per l'effetto, dichiarare la improponibilità/inammissibilità della domanda con condanna alle spese, funzioni ed onorari di lite,

- accertata la intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento del danno così come richiesto da parte attrice, dichiarare la prescrizione di tale diritto e la conseguente decadenza di parte attrice dall'azione proposta con il presente giudizio,

In via principale e nel merito:

- accertare e dichiarare l'assenza di responsabilità della parte convenuta Dr.

Controparte_1 ;

- rigettare le richieste formulate da parte attrice.

In via subordinata:

- per la denegata e non creduta ipotesi che il Tribunale adito dovesse ritenere di accogliere una o più eccezioni sollevate da controparte, condannare la parte

convenuta al pagamento in favore di parte attrice della somma che sarà accertata in corso di causa anche alla luce della eventuale espletanda CTU.

In tale subordinata ipotesi, ossia nella denegata ipotesi di parziale o totale accoglimento della domanda attorea, voglia l'adito Tribunale dichiarare la convenuta società Controparte_4 tenuta a garantire e manlevare il Dr. Controparte_1 da qualunque statuizione di condanna fosse eventualmente pronunciata nei suoi confronti.

- condannare parte attrice ex art. 96 c.p.c. al risarcimento dei danni da "lite temeraria" da liquidarsi d'ufficio in via equitativa per aver – con dolo o quanto meno con colpa grave - proposto la presente azione giudiziaria anziché avviare la procedura arbitrale prevista dalla clausola compromissoria sottoscritta dalle parti,

- in ogni caso, con vittoria di spese, funzioni ed onorari di lite."

per la convenuta CP_2 come da foglio depositato il 14.5.2026

"Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, contrariis rejectis,

- in via preliminare nel rito: autorizzare per le ragioni esposte in parte narrativa la chiamata in causa e l'estensione del contraddittorio nei confronti di Salus Medica S.r.l. (C.F. e P.IVA P.IVA_1 – PEC Email_1 , con sede a Pesaro (PU), in via degli Abeti 5/A, in persona del legale rapp.te p.t., e, a tal fine, differire ex art. 269 cpc l'udienza di prima comparizione delle parti per consentirne la citazione ex art. 106 cpc ai fini dell'accoglimento delle domande di regresso e di manleva svolte nei confronti della citata clinica da parte di Controparte_2

- ancora in via preliminare nel rito: qualora, ai fini dell'estensione del contraddittorio, il Giudice dovesse ravvisare la necessità di notificare la domanda riconvenzionale trasversale nei confronti del Dott. CP_1 autorizzare, per le ragioni di cui in parte narrativa, la chiamata in causa e l'estensione del contraddittorio verso il medico e a tal uopo, differire ex art. 269 c.p.c., l'udienza di prima comparizione delle parti per consentirne la citazione ex art.106 c.p.c. nel rispetto dei termini di legge e l'esercizio nei suoi confronti del diritto di ripetizione delle somme che la stessa CP_2 dovesse essere costretta a riconoscere alla Sig.ra Pt_1 ella denegata e non creduta

ipotesi di inopponibilità ad essa delle eccezioni e delimitazioni di inoperatività della garanzia comunque opponibili e valide verso il Dott. CP_1

- nel merito del rapporto principale, rigettare tutte le domande proposte dalla Sig.ra Pt_1 ei confronti di Controparte_2 per le ragioni esposte di inoperatività della copertura assicurativa e, in particolare, per l'esistenza di "fatto noto" all'assicurato, ai sensi dell'art. 1892 c.c.; limitare in ogni caso l'obbligo indennitario di CP_2 entro il massimale di polizza, ferme le altre delimitazioni derivanti dalla copertura assicurativa e la franchigia a carico dell'assicurato, come meglio esposte in narrativa;

- ancora nel merito del rapporto principale: rigettare tutte le domande proposte dalla Sig.ra Pt_1 nei confronti di CP_2 e del Dott. CP_1 in quanto infondate in fatto e in diritto;

- in subordine nel rapporto principale, nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte attrice, accertare e dichiarare in ogni caso la responsabilità comunque esclusiva della Salus Medica S.r.l. ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. anche rispetto all'operato del Dott. CP_1 comunque l'obbligo di Salus Medica a tenere indenne il Dott. CP_1 a mente di quanto stabilito dall'art. 10 comma 1 L. 24/2017;

- in via di ulteriore subordine, salvo gravame, dichiarare, ai sensi dell'art. 2055 c.c., la sussistenza di una responsabilità solidale tra Salus Medica e il Dott. CP_1 affermando, quanto ai rapporti interni, una quota di responsabilità preponderante a carico della struttura;

- In via ulteriormente subordinata e salvo gravame: nella denegata e non creduta ipotesi di condanna di Controparte_2 a riconoscere direttamente somme in favore dell'attrice riconoscere il diritto di CP_2 a ripetere nei confronti della Salus Medica quanto versato alla Sig.ra Pt_1 in dipendenza della responsabilità di tale clinica e, in ogni caso, del suo obbligo a prestare manleva in favore del Dott. CP_1

- Sempre in via ulteriormente subordinata e salvo gravame, nell'ipotesi di riconoscimento di un qualsivoglia obbligo indennitario e/o risarcitorio in capo a CP_2 in favore della Sig.ra Pt_1 per inopponibilità dell'eccezioni di inoperatività della garanzia e delle delimitazioni opposte e opponibili invece al Dott. CP_1 accertare il relativo diritto di Controparte_2 ad

ottenere dal Dott. CP_1 la restituzione delle predette somme e condannare quest'ultimo al corrispondente risarcimento in favore della medesima [...]

Controparte_2

- In ogni caso, limitare il risarcimento ai sensi degli artt. 1223, 1225 e 1227 c.c.;
- Con vittoria delle spese di lite”.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione notificato il 15.10.2025 Parte_1 ha convenuto in giudizio dinanzi al Tribunale di Pesaro il medico chirurgo dott. [...]

CP_1 e la compagnia di assicurazione Controparte_2.

L'attrice, premesso che nel corso del 2019 – volendo correggere un difetto estetico di ipomastia e leggera asimmetria mammaria - si era sottoposta a due interventi chirurgici eseguiti dal dott. Controparte_1 presso la clinica Salus Medica srl di Pesaro, allegava l'inadempimento del medico sia nella fase pre-operatoria, sia nella prestazione del consenso informato, sia nella fase esecutiva degli interventi. Lamentava un danno biologico temporaneo oltre ad un danno permanente, consistente in una deformità mammaria bilaterale e in esiti cicatriziali - i seni risultavano non allineati, i capezzoli non erano simmetrici, erano presenti vistose cicatrici - cagionati dall'errata prestazione sanitaria.

Aggiungeva che si era già svolta una causa, promossa dalla Salus Medica srl, la quale aveva adito le vie legali per ottenere da Parte_1 il pagamento del corrispettivo; nell'ambito di quel processo Parte_1 [...] aveva chiesto in via riconvenzionale la risoluzione contrattuale e il risarcimento dei danni. Con la sentenza n.823/2024 il Tribunale di Pesaro aveva accertato l'inadempimento della struttura sanitaria (di cui [...] CP_1 era il legale rappresentante) e aveva condannato la clinica a risarcire a Parte_1 i danni; tuttavia la condanna era rimasta ineseguita a causa della insolvenza della società.

La parte attrice chiedeva quindi la condanna del medico e della sua assicurazione a risarcirle i danni: danno biologico permanente, danno biologico temporaneo, danno morale, spese mediche sostenute e future.

- Si costituiva Controparte_1, il quale in primo luogo eccepiva l'inammissibilità dell'azione, per effetto della clausola compromissoria

sottoscritta da *Parte_1*, contenuta nei moduli di consenso informato.

Nel merito il convenuto negava l'esistenza di un rapporto di natura contrattuale con l'attrice: *Controparte_1* rimarcava che il contratto era stato concluso tra la clinica Salus Medica srl e *Parte_1*; non contestava di avere eseguito le prestazioni sanitarie e precisava che il suo rapporto con la paziente era di natura extracontrattuale. Eccepiva quindi la prescrizione quinquennale del credito risarcitorio.

In subordine chiedeva di essere manlevato dalla convenuta [...] *Controparte_2* con cui era assicurato per la responsabilità civile.

- Si costituiva la *Controparte_2*, la quale eccepiva di non avere obblighi risarcitori diretti verso l'attrice. Sosteneva che *Controparte_1*, al momento della sottoscrizione della polizza nel marzo 2021, aveva taciuto l'esistenza del sinistro di cui egli all'epoca aveva già conoscenza, pertanto la copertura assicurativa era esclusa. La copertura assicurativa era esclusa anche in forza di altre specifiche clausole e limitazioni previste nelle condizioni di polizza, per danni da risultato, danni da informazione, obblighi restitutori. Eccepiva l'esistenza di un massimale di euro 1.000.000,00 e di una franchigia di euro 10.000,00. Contestava comunque che fosse ravvisabile una responsabilità del medico chirurgo per le prestazioni svolte e per gli asseriti danni.

- La *Controparte_2* chiedeva di chiamare in causa la clinica Salus Medica srl. L'istanza veniva respinta per i motivi indicati nel decreto del 16.12.2025, che viene qui integralmente confermato.

Procedendo alla decisione della causa, il Tribunale osserva quanto segue.

- È documentato che nel corso del 2019 *Parte_1* si sottoponeva presso la clinica privata Salus Medica srl a due interventi di chirurgia estetica, eseguiti dal medico chirurgo *Controparte_1*. L'attrice ha depositato le cartelle cliniche rilasciate dalla Salus Medica srl (doc. 10 e 11 dell'attrice). Il primo intervento di mastoplastica additiva veniva eseguito il 16.10.2019 per correggere un difetto estetico di ipomastia mammaria e leggera asimmetria mammaria. Il secondo veniva eseguito il 13.11.2019 perché il

risultato del primo intervento non era soddisfacente e l'asimmetria tra i due seni risultava accentuata.

Va puntualizzato che nel caso di specie il rapporto tra paziente e medico non può essere qualificato come rapporto contrattuale, si tratta bensì di rapporto extracontrattuale. Infatti dall'esame della documentazione medica e fiscale (v. cartelle cliniche e fatture) emerge che il contratto per la erogazione delle prestazioni sanitarie è stato concluso tra la clinica privata Salus Medica srl (di cui *Controparte_1* era il legale rappresentante, oltre che materiale esecutore delle prestazioni) e *Pt_1* *Parte_1*. Non solo le fatture per il pagamento del corrispettivo per le prestazioni sanitarie sono state emesse dalla Salus Medica srl, ma la circostanza che il contratto fosse stato stipulato con la clinica non era mai stata messa in discussione prima dall'attrice, la quale – anzi - nell'azione giudiziale promossa contro di lei dalla struttura sanitaria aveva chiesto espressamente che fosse dichiarata la risoluzione dei contratti conclusi con la clinica (v. conclusioni della parte *Parte_1* riportate nella sentenza del Tribunale, doc. 13 dell'attrice).

La circostanza che *Parte_1* si sia rapportata pressoché esclusivamente con *Controparte_1* e che quest'ultimo abbia programmato, eseguito e gestito gli interventi chirurgici non sconfigge l'esistenza del contratto con la clinica, di cui *Controparte_1* era il legale rappresentante.

- L'eccezione di inammissibilità dell'azione sollevata dal convenuto [...] *CP_1* non può essere accolta.

La clausola compromissoria inserita in calce ai moduli del consenso informato è nulla e inefficace, come tempestivamente eccepito dalla parte attrice. Tale clausola – che prevede che tutte le controversie avrebbero dovuto essere decise da un arbitro secondo le procedure del regolamento di arbitrato *CP_3* – ha natura vessatoria ed è nulla, non tanto perché non sarebbe stata sottoscritta in modo specifico e separato, bensì perché non risulta sia stata preceduta da una specifica trattativa individuale come esige la normativa a tutela del consumatore (v. artt.33 e seg. D.Lg. n.206/2005; Cass. n.497/2021). Al fine di superare la presunzione di vessatorietà il convenuto – a norma dell'art.34 comma 4 D.Lgs. n.206/2005 - avrebbe dovuto allegare e dimostrare l'esistenza di una specifica trattativa individuale come prevede l'art.34 comma 4

D.Lgs. n.206/2005 (specificamente sull'onere posto dall'art.34 comma 4 D.Lgs. n.206/2005 v. Cass. n.8268/2020). Tale onere non è stato assolto dal convenuto.

- È infondata l'eccezione di prescrizione del diritto sollevata da [...] CP_1 .

Pur qualificando il rapporto tra la paziente e il medico come rapporto extracontrattuale, soggetto a prescrizione quinquennale, nel caso di specie il diritto al risarcimento non è prescritto in quanto trova applicazione l'art.1310 comma 1 c.c.: l'atto interruttivo compiuto nei confronti di uno degli obbligati in solido ha effetto anche nei confronti degli altri obbligati.

Dalla lettura degli atti e dei documenti emerge che Parte_1 ha preso contezza del fatto dannoso qualche mese dopo il secondo intervento; nell'atto di citazione si legge che a gennaio 2020 contattava la segretaria dello studio medico per denunciare l'errata prestazione sanitaria e il danno subito. Il 5.1.2021 Parte_1 notificava alla Salus Medica srl l'atto di citazione in opposizione a decreto ingiuntivo e formulava domanda di risarcimento; in applicazione dell'art.1310 c.c., tale atto interrompeva il decorso della prescrizione anche nei confronti di Controparte_1 (v. Cass. n.13143/2022, Cass. n.26711/2024). A distanza di meno di 5 anni da quell'atto interruttivo, precisamente nel maggio 2025, Parte_1 convocava Controparte_1 per il procedimento di mediazione e quindi nell'ottobre 2025 notificava l'atto di citazione introduttivo di questa causa.

L'eccezione di prescrizione è quindi infondata.

- L'errata prestazione sanitaria di Controparte_1 è provata, come emerge dalla relazione di CTU redatta dal collegio peritale nella causa tra Parte_1 [...] e la Salus Medica srl e dalla sentenza n.823/2024 emessa sulla base di quella consulenza (doc. 15 e 13 dell'attrice).

Nel vigente ordinamento processuale, improntato al principio del libero convincimento del giudice, la decisione può fondarsi anche su prove non espressamente previste dal codice di rito, purché idonee a fornire elementi di giudizio sufficienti, se ed in quanto non smentite dal raffronto critico con le altre risultanze del processo.

Secondo l'orientamento consolidato della giurisprudenza di legittimità, le prove assunte in altri processi tra le stesse parti o tra altre parti, possono essere utilizzate come prove atipiche anche nei confronti del soggetto che non ha partecipato a quel processo. In particolare, è utilizzabile come prova atipica la CTU assunta in un altro processo, purchè sia stata introdotta ritualmente nel nuovo processo e le altre parti abbiano avuto la possibilità di esercitare il contraddittorio (v. Cass. n.8459/2020, Cass. n.342/2026, Cass. n.8496/2023, Cass. n.5947/2023, Cass. n.13229/2015, Cass. n.25162/2020, Cass. n.31312/2021). Nella motivazione della sentenza n.8496/2023 si legge *“La parte del giudizio di merito che non abbia partecipato allo svolgimento dell'accertamento tecnico ante causam, non può utilmente disinteressarsene per il solo fatto di non aver preso parte al procedimento culminato nella sua formazione (v. Cass. n. 8459 del 2020, là dove segnala che la categoria dell'inutilizzabilità prevista ex art. 191 c.p.p. in ambito penale non rileva in quello civile, nel quale le prove atipiche sono comunque ammissibili, poiché il contraddittorio è assicurato dalle modalità tipizzate di introduzione della prova nel giudizio). Essa dispone di tutti gli strumenti processuali per prendere posizione e difendersi in relazione ad esso, confutandone l'attendibilità e la concludenza, richiedendo se del caso una consulenza tecnica per approfondire ulteriormente, alla luce delle proprie osservazioni, i profili tecnici di rilievo, o articolando altri mezzi istruttori, in relazione agli altri presupposti richiesti dalla legge per l'accoglimento delle domande avversarie”*.

Nel caso di specie il collegio peritale composto dal dott. *Per_1* e dal dott. *Per_2* nominati dal Tribunale nella causa n.2878/2021 RG, sulla base di un attento studio della documentazione medica e di approfondita visita peritale, hanno verificato che:
nel settembre 2019 *Controparte_1* ha eseguito un primo intervento di mastoplastica additiva,
l'intervento è stato eseguito per motivi morfologici estetici,
l'indicazione all'intervento era corretta,
i moduli di consenso informato erano sufficientemente esaustivi e tali da consentire una scelta consapevole,

il risultato dell'intervento è stato considerato insoddisfacente dal punto di vista morfologico, per cui veniva programmato ed eseguito un secondo intervento, il secondo intervento è stato effettuato a ottobre 2019 per correggere la asimmetria volumetrica, con inserimento di nuove protesi, è ravvisabile un errore nella fase esecutiva del secondo intervento.

Nelle conclusioni della relazione si legge: *“il risultato attuale è insufficiente rispetto a quanto mediamente ottenuto in questi casi. In particolare, il risultato è da considerare scadente a sinistra: la cicatrice è molto lateralizzata, ben visibile nella proiezione di $\frac{3}{4}$, debordante verso l'ascella ed aderente al piano costale nella porzione esterna; la mammella ha complessivamente un aspetto ovalare con polo inferolaterale sfuggente e non arrotondato, il capezzolo è lateralizzato rispetto alla salienza del cono mammario. Infine, le due protesi, di volume importante, sono molto avvicinate sulla linea mediana con un aspetto clinico di sinmastia. Il risultato a destra può essere considerato mediamente soddisfacente, pur in presenza di una cicatrice localizzata al di sopra del solco sottomammario. In definitiva, il risultato insoddisfacente è da mettere in relazione ad un errore di esecuzione della tecnica chirurgica a sinistra con errato posizionamento dell'incisione ed inadeguato allestimento della tasca di alloggiamento della protesi.”* (pag.45 e 46 della relazione peritale)

Il collegio peritale ha quantificato un periodo di inabilità temporanea totale di 5 giorni, inabilità temporanea parziale al 50% di 15 giorni e al 25% di 15 giorni, un danno biologico permanente dell'8-9% per il pregiudizio estetico alla mammella sinistra (*“aspetto complessivo ovalare con polo inferolaterale sfuggente e non arrotondato, capezzolo lateralizzato rispetto alla salienza del cono mammario e cicatrice molto lateralizzata, ben visibile nella proiezione di $\frac{3}{4}$, debordante verso l'ascella ed aderente al piano costale nella porzione esterna”*).

Le conclusioni a cui è giunto il collegio peritale risultano chiare, esaustive, congruamente motivate; è significativo che nessuno dei ctp presentò osservazioni alla bozza peritale (v. pag. 50 della relazione).

Nel presente processo Controparte_1 non ha formulato alcuna tempestiva contestazione con riferimento alla suddetta relazione peritale, né a proposito della sua utilizzabilità, né con riferimento al contenuto, alle argomentazioni tecnico-scientifiche e alle conclusioni a cui il collegio era giunto.

La *Controparte_2* si è limitata genericamente a contestare la utilizzabilità di quella consulenza, in quanto la compagnia di assicurazione non aveva partecipato a quella causa. Tuttavia non ha avanzato alcuna censura nel merito rispetto al contenuto della relazione, alle questioni tecnico-scientifiche esaminate dal collegio e al modo in cui il collegio le aveva valutate e risolte.

In mancanza di specifiche doglianze, applicato l'insegnamento della Corte Cass. sent. n.8496/2023 sopra citata, questo Tribunale ritiene che la CTU redatta dai dott. *Per_3* e *Per_4* costituisca prova sufficiente della errata prestazione sanitaria e del danno biologico che ne è derivato.

Ne consegue la condanna di *Controparte_1* a risarcire a *Parte_1* [...] il danno.

- Trattandosi di lesione micro-permanente cagionata da trattamento sanitario, la liquidazione va fatta applicando l'art.139 Cod. Assicurazioni a cui rinvia l'art.7 della Legge Gelli-Bianco, quindi attualmente il D.M. 18.7.2025.

Pertanto viene liquidato l'importo di euro 912,93 per il periodo di inabilità temporanea (euro 56,18 per ciascun giorno di inabilità totale, l'importo va proporzionalmente ridotto per ciascun giorno di inabilità parziale). Viene liquidato l'importo di euro 15.534,83 per il danno biologico permanente (importo medio tra 8-9%; età della attrice al momento del fatto: 38 anni). Complessivamente euro 16.447,76 (912,93+15.534,83).

Va riconosciuto all'attrice il danno morale – inteso come patema d'animo conseguente alla lesione della salute - quantificato in via equitativa in misura pari a 1/3 del danno biologico, in quanto deve ritenersi provata – per presunzioni – la profonda sofferenza interiore patita da *Parte_1* poichè il danno estetico interessa il seno, cioè una parte intima del corpo femminile e, ripercuotendosi sulla intimità sessuale della giovane donna, verosimilmente provoca una grave sofferenza interiore. Si ottiene quindi l'importo di euro 21.875,52 (16.447,76+33%).

Non viene applicato un ulteriore aumento per la personalizzazione. Secondo l'insegnamento della Corte di Cassazione (v. Cass. n.5984/2025), *"in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (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 allegare e provare dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento". Inoltre, gli aspetti specifici valutati dal giudice per il riconoscimento del danno morale (nel caso di specie il disagio nell'intimità) non possono essere nuovamente valutati per applicare anche un aumento per la personalizzazione o si avrebbe una indebita duplicazione (sul rischio concreto di duplicazione del risarcimento nelle lesioni micro-permanenti per applicazione di personalizzazione e danno morale v. Cass. n.13383/2025).

La domanda di risarcimento delle spese mediche non viene accolta in quanto è stata formulata dall'attrice genericamente, senza una quantificazione e non è supportata da specifiche e tempestive allegazioni assertive.

La domanda di risarcimento di spese mediche future per un ipotetico nuovo intervento chirurgico correttivo non viene accolta, in quanto non è stato tempestivamente allegato e dimostrato che l'attrice si sia sottoposta ad un intervento correttivo e quale costo abbia sostenuto; va aggiunto che qualora

Parte_1 decidesse di affrontare un intervento chirurgico correttivo, il danno biologico permanente risarcibile non sarebbe più quello quantificato dai CTU.

Per quanto riguarda il consenso informato, va osservato che l'attrice non ha formulato una specifica domanda di risarcimento del danno per lesione del diritto al consenso informato. Né ha allegato che non avrebbe eseguito l'intervento se avesse ricevuto una informazione di contenuto diverso o in un momento diverso. Va aggiunto che i CTU non hanno ravvisato una carenza di consenso informato.

Le spese che *Parte_1* ha affrontato nella causa n.2878/2021 R.G. per il costo della CTU (compensi al collegio peritale e ai ctp, genericamente allegati dall'attrice senza specificare il *quantum*) non possono essere qualificate come danno risarcibile in questo giudizio, trattandosi di esborsi processuali inerenti quella causa, già regolati – o da regolare - nella sentenza che ha definito quel processo.

Per i motivi sopra esposti *Controparte_1* viene condannato a risarcire a *Parte_1* i danni liquidati in complessivi euro 21.875,52. L'importo è stato quantificato applicando l'ultimo D.M. emanato in attuazione dell'art.139 cod.assicurazioni, pertanto non necessita di rivalutazione. Sull'importo liquidato decorrono gli interessi legali a far data dalla presente pronuncia fino al saldo (sulla decorrenza degli interessi, viene applicato l'insegnamento espresso dalla Corte di Cassazione nella pronuncia n.6351/2025: *"Nell'obbligazione risarcitoria da fatto illecito, che costituisce tipico debito di valore, è possibile che la mera rivalutazione monetaria dell'importo liquidato in relazione all'epoca dell'illecito, ovvero la diretta liquidazione in valori monetari attuali, non valgano a reintegrare pienamente il creditore, il quale va posto nella stessa condizione economica nella quale si sarebbe trovato se il pagamento fosse stato tempestivo: in tal caso, è onere del creditore provare, anche in base a criteri presuntivi, che la somma rivalutata (o liquidata in moneta attuale) sia inferiore a quella di cui avrebbe disposto, alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo. Tale effetto dipende prevalentemente, dal rapporto tra remuneratività media del denaro e tasso di svalutazione nel periodo in considerazione, essendo ovvio che in tutti i casi in cui il primo sia inferiore al secondo, un danno da ritardo non è normalmente configurabile; ne consegue, per un verso che gli interessi cosiddetti compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno da ritardo nei debiti di valore; per altro verso che non sia configurabile alcun automatismo nel riconoscimento degli stessi."*; conf. Cass. n.18564/2018; Cass. n.1111/2020).

- Va accolta la domanda di manleva avanzata da *Controparte_1* verso la *Controparte_2*.

L'esistenza della polizza assicurativa sottoscritta da *Controparte_1* con la *Controparte_2* non è contestata ed è comunque documentata. Si tratta di una assicurazione per la responsabilità professionale, prodotto *"doctors silver 11/2017 versione 6/18"*, con rinnovo annuale; è documentato il rinnovo del 2021 con quietanza emessa a dicembre 2020 e anche quello del 2025 con quietanza emessa a novembre 2024 (doc. 1-3 della *CP_2*). La polizza ha

ad oggetto l'attività di "chirurgia estetica plastica", con retroattività fino al 31.8.2018, come riportato nelle quietanze.

La Controparte_2 ha negato di essere obbligata all'indennizzo nel caso di specie, in quanto in applicazione della clausola 4.3 delle condizioni di polizza e dell'art.1892 c.c. sarebbero escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento conseguenti a fatti noti all'assicurato al momento della stipula e non dichiarati.

L'eccezione non può essere accolta. E' vero che Controparte_1 in qualità di legale rappresentante della Salus Medica srl almeno dal gennaio 2021 era a conoscenza della richiesta risarcitoria avanzata da Parte_1 verso la sola clinica, ma non risultano richieste di risarcimento stragiudiziali o giudiziali avanzate personalmente nei suoi confronti prima di maggio 2025.

Ad abundantiam va aggiunto che l'art.1892 c.c. e la clausola 4.3 delle condizioni di polizza non prevedono affatto il venir meno della copertura assicurativa per l'ipotesi di reticenza dell'assicurato su un fatto già noto al momento della sottoscrizione dell'assicurazione. Le conseguenze e i rimedi previsti dall'art.1892 c.c. sono altri, del pari della clausola 4.3: come chiarito dalla giurisprudenza di legittimità, *"L'equilibrio causale del contratto di assicurazione - la cui funzione consiste nel trasferire il rischio all'assicuratore, dietro versamento di un corrispettivo (c.d. premio) da parte dell'assicurato - può essere alterato sia in fase genetica, da dichiarazioni inesatte o reticenti dell'assicurato che traggono in inganno l'assicuratore sull'entità del rischio assicurato, che successivamente alla conclusione del contratto, allorquando, in sua pendenza, il rischio diminuisce o si aggrava; tali distinte fattispecie implicano conseguenze giuridiche diverse atteso che nella prima l'assicuratore, entro tre mesi dalla scoperta della inesattezza della dichiarazione o della reticenza, può: a) in caso di dolo o colpa grave dell'assicurato, ai sensi dell'art. 1892 c.c., chiedere l'annullamento del contratto e non pagare l'indennizzo se l'evento si verifica prima del decorso di detto termine; b) in mancanza di dolo o colpa grave, ex art. 1893 c.c., recedere dal contratto e versare un indennizzo inferiore a quello contrattualmente previsto ed adeguato al vero stato delle cose, per il sinistro verificatosi prima della scoperta; nella seconda, invece, l'assicuratore ha facoltà di recedere dal contratto, salvo che non preferisca, nel*

caso di diminuzione del rischio, ridurre l'entità del premio, ex art. 1897 c.c. o aumentarla, nel caso di aggravamento del rischio, ai sensi dell'art. 1898 c.c.” (v. Cass. n.32017/2024).

“In tema di contratto di assicurazione, la reticenza dell'assicurato è causa di annullamento allorché si verifichino simultaneamente tre condizioni: a) che la dichiarazione sia inesatta o reticente; b) che la dichiarazione sia stata resa con dolo o colpa grave; c) che la reticenza sia stata determinante nella formazione del consenso dell'assicuratore. L'onere probatorio in ordine alla sussistenza di tali condizioni, che costituiscono il presupposto di fatto e di diritto dell'inoperatività della garanzia assicurativa, è a carico dell'assicuratore.” (Cass. n.11115/2020)

Ammesso e non concesso che sia imputabile a *Controparte_1* una reticenza dolosa o colposa su un evento potenzialmente idoneo ad evolvere in una richiesta di risarcimento a carico del chirurgo, va osservato che nel caso di specie la *Controparte_2* non ha chiesto l'annullamento del contratto, né ha esercitato il recesso.

Pertanto, per tutti i motivi sopra esposti, l'eccezione così come formulata dalla assicurazione non viene accolta.

È infondata anche l'eccezione di inoperatività della polizza per i danni da *“mancato risultato”* della chirurgia estetica, prevista all'art.4.6 delle condizioni generali. Nel caso di specie il risarcimento ha ad oggetto un danno biologico cagionato da un errore nella esecuzione della prestazione sanitaria e non il semplice *“mancato risultato”*.

La limitazione prevista all'art.4.5 delle condizioni di polizza per i danni conseguenti alla violazione del consenso informato non è pertinente nel caso *de quo*, in quanto nessun risarcimento è stato attribuito all'attrice a tale titolo.

Va applicata la franchigia di euro 10.000,00, prevista nella polizza.

In conclusione la *Controparte_2* viene condannata a tenere indenne *Controparte_1* di tutte le somme che quest'ultimo deve versare a *Parte_1* in forza della presente sentenza, sia per sorte che per interessi e rifusione delle spese di lite, detratta la franchigia di euro 10.000,00. Di contro è infondata la contrapposta domanda della *CP_2* la quale ha formulato richiesta di regresso e ripetizione verso il suo stesso assicurato.

- Va esaminata anche la domanda di condanna diretta avanzata dall'attrice contro la Controparte_2 .

La cosiddetta azione diretta del paziente danneggiato nei confronti della assicurazione è stata introdotta dall'art.12 della L.24/2017 (legge Gelli-Bianco). Come puntualizzato da dottrina e giurisprudenza, la L. n.24/2017 prevede regimi assicurativi differenziati per le diverse categorie di sanitari. L'articolo 10 stabilisce che le strutture sanitarie pubbliche e private devono assicurarsi per i danni cagionati dal personale operante a qualunque titolo presso la struttura stessa. In alternativa alla assicurazione per la responsabilità civile, le strutture sanitarie possono scegliere di dotarsi di altre analoghe misure (sostanzialmente fondi di accantonamento). In ogni caso la norma non prevede alcuna sanzione per la struttura che non si assicura o non adotta altre analoghe misure.

I medici "strutturati" (cioè dipendenti o comunque operanti a qualunque titolo presso le strutture sanitarie) non hanno obbligo di assicurazione per la responsabilità verso i pazienti, essendo questa coperta dall'assicurazione della struttura, come chiarito dalla sentenza n.182/2023 della Corte Costituzionale; quest'ultimi devono invece stipulare una polizza assicurativa per colpa grave, finalizzata esclusivamente a garantire efficacia alle azioni di rivalsa della struttura sanitaria o di responsabilità amministrativa che si collocano "a valle" dell'azione risarcitoria del danneggiato.

Per i medici liberi professionisti, invece, *"resta fermo"* l'obbligo previsto da disposizioni normative previgenti; cioè:

"all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148;

all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137;

all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189."

L'art.12 Legge Gelli-Bianco prevede che il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanitarie e al medico libero professionista che abbia assunto una obbligazione contrattuale verso il paziente.

Pertanto nel caso di specie, in cui l'obbligazione del convenuto [...] CP_1 ha natura extra-contrattuale, l'azione diretta di Parte_1 [...] verso l'assicuratore del medico non è ammessa.

La domanda di condanna diretta dell'assicuratore non potrebbe comunque essere accolta per una ulteriore ragione.

Va ricordato che le disposizioni normative che consentono l'azione diretta contro l'assicurazione contenute nella legge CP_5 non sono immediatamente esecutive, ma – come espressamente prevede la legge stessa - la loro efficacia è subordinata alla adozione di regolamenti attuativi.

Il DM 232/2023 (*“Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati”*) emanato in esecuzione dell'art.10 della legge CP_5, pubblicato nella G.U. dell'1.3.2024, è entrato in vigore solo il 16.3.2024; l'art.18 del decreto fissa il termine di 24 mesi a decorrere dalla sua entrata in vigore per provvedere ad adeguare le polizze assicurative al contenuto previsto dallo stesso decreto. Pertanto le disposizioni del DM non possono considerarsi operative prima di tale ultima scadenza (16.3.2026).

Ne discende che alla data di introduzione della presente causa l'azione diretta non era ancora ammessa. Anche per tale ragione, in applicazione del principio generale *tempus regit actum*, non può essere accolta la domanda di condanna diretta proposta da Parte_1 con atto di citazione notificato il 15.10.2025.

- Ogni altra questione è assorbita. Sono inammissibili le domande riproposte al momento della precisazione delle conclusioni dalla CP_2 verso la Salus Medica srl, la cui chiamata in causa non è stata autorizzata (per le motivazioni del rigetto dell'istanza ex art.269 c.p.c. si rimanda al decreto del 16.12.2025).

- In applicazione del principio della soccombenza, il convenuto [...] CP_1 viene condannato a rifondere all'attrice Parte_1 le spese di questa causa, liquidate come in dispositivo ex DM n.55/2014, in base al valore accertato della lite e al contenuto della attività difensiva svolta (complessivi euro 5.077,00 per compenso del difensore).

La convenuta Controparte_2 viene condannata a rifondere al suo assicurato Controparte_1 le spese di questa causa, liquidate come in dispositivo ex DM n.55/2014, in base al valore accertato della lite e al contenuto della attività difensiva svolta (complessivi euro 4.300,00 per compenso del difensore, considerato che non sono state depositate le memorie integrative e istruttorie).

Le spese di lite della convenuta CP_2 restano a carico della stessa. Visto l'esito del giudizio, è infondata la domanda di condanna per lite temeraria avanzata dal convenuto CP_1 verso l'attrice Parte_1 .

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n.1818/2025 R.G. promossa

da

Parte_1 ;

ATTRICE

contro

Controparte_1 ;

CONVENUTO

e contro

Controparte_2 , in persona del legale rappresentante;

CONVENUTA

ogni altra domanda, eccezione ed istanza rigettata;

1) condanna Controparte_1 a risarcire a Parte_1 i danni quantificati in complessivi euro 21.875,52, oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;

2) condanna la Controparte_2 in persona del legale rappresentante, a tenere indenne Controparte_1 di tutte le somme che quest'ultimo dovrà versare a Parte_1 in forza della presente

sentenza, incluse le somme dovute a titolo di rifusione delle spese di lite, detratta la franchigia di euro 10.000,00;

3) condanna *Controparte_1* a rifondere a *Parte_1* le spese di lite liquidate in complessivi euro 5.077,00 per compenso del difensore, oltre spese generali nella misura del 15%, contributo unificato, IVA e CPA se dovuti come per legge;

4) condanna la *Controparte_2* in persona del legale rappresentante, a rifondere a *Controparte_1* le spese di lite liquidate in complessivi euro 4.300,00 per compenso del difensore, oltre spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA se dovuti come per legge;

5) le spese legali della *CP_2* restano a carico della stessa.

Pesaro, così deciso in data 10 luglio 2026.

Il Giudice

Manuela Mari

atto sottoscritto digitalmente