N. R.G. 7020/2013

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di RIMINI

Sezione Unica Civile

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Costanza Perri, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. **7020/2013** promossa da:

Parte_1 , [redacted] elettivamente [redacted] presso lo studio degli Avv.ti [redacted] e [redacted] che la rappresentano e difendono in forza di mandato a margine dell'atto di citazione

ATTRICE

contro

CP_1 , in persona del legale rappresentante *pro tempore* *CP_2* elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che la rappresenta e difende in forza di procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta con chiamata in causa del terzo

CONVENUTA

nonché

CP_3 elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che lo rappresenta e difende in forza di mandato in calce alla comparsa di costituzione con contestuale chiamata di terzo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

Controparte_4 , elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] giusta procura in calce all'atto di costituzione di nuovo difensore

Controparte_5 in persona del Presidente e legale rappresentante *Controparte_6* elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] che la rappresenta e difende in forza di procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta depositata in data 25/9/2014

Controparte_7 in persona del legale rappresentante *pro tempore* dott. *Controparte_8* elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] in forza di mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione per chiamata di terzo

Controparte_9 in persona del Procuratore dott. *CP_10* elettivamente [redacted] presso lo studio degli Avv.ti [redacted] che la rappresentano e difendono in forza di mandato inserito nel fascicolo telematico in allegato alla comparsa di costituzione e risposta

TERZI CHIAMATI

Controparte_11 in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede a Verona [redacted]

TERZA CHIAMATA contumace

OGGETTO: risarcimento del danno da morte del prossimo congiunto.

CONCLUSIONI:

parte attrice ha concluso come da foglio depositato telematicamente in data 10/02/2017, chiedendo: "*Nel merito ed in via di grado, - per i motivi contenuti in atto di citazione e nei successivi atti depositati nell'interesse della Sig.ra* *Parte_1* *, da intendersi qui come integralmente*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

trascritti e riportati, accertare e dichiarare la grave responsabilità della Parte_2 *nella causazione dell'evento-morte della Sig.ra* Persona_1 Parte_3 *per fatti a sé imputabili e/o per fatti imputabili ai terzi di cui si sia avvalsa e/o ai propri dipendenti; per l'effetto, condannare la società* CP_1 *- in persona del l.r.p.t – al risarcimento di tutti i danni descritti in narrativa pari a € 153.600,00 a titolo di danno patrimoniale e € 340.000,00 a titolo di danno morale e così per complessivi € 493.600,00, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal* [redacted] *e/o dalla debenza al saldo; in subordine, accertare e dichiarare la grave responsabilità della* Parte_2 [...] *nella causazione dell'evento-morte della Sig.ra* Persona_2 *per fatti a sé imputabili e/o per fatti imputabili ai terzi di cui si sia avvalsa e/o ai propri dipendenti; per l'effetto condannare comunque la società convenuta al risarcimento di quelle diverse somme maggiori o minori (per danno morale e patrimoniale) che risulteranno eque e di giustizia ed accertate in corso di causa, oltre a interessi legali e rivalutazione dal* [redacted] *e/o della debenza al saldo; - in ogni caso con vittoria di spese di giudizio*".

Parte convenuta ha precisato le conclusioni come da comparsa di costituzione e risposta, chiedendo: "*Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, deduzione, domanda ed eccezione, in via principale, respingere la domanda attorea infondata in fatto ed in diritto per tutti i motivi indicati in narrativa; in via subordinata, nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento anche parziale della domanda di parte attrice, quantificare la minor somma, rispetto alla richiesta di parte attrice, dovuta a titolo di risarcimento e ritenere, dichiarare e condannare i terzi chiamati in causa dott.* CP_3 [...] *dott.* Controparte_4 *, società* Controparte_7 *in persona del l.r.p.t.,* Controparte_5 [...] *in persona del l.r.p.t. e società* Controparte_9 *in persona del* CP_12 *ciascuno in ragione del rispettivo titolo e grado di responsabilità, tenuti a manlevare, tenere indenne e garantire, anche parzialmente, e comunque a rimborsare la convenuta società* CP_1 *le somme che quest'ultima fosse in ipotesi condannata e costretta al pagamento all'attrice in forza del presente*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

giudizio, oltre ad interessi e rivalutazione monetaria; in ogni caso con vittoria di spese, funzioni ed onorari di lite, maggiorate di oneri di legge".

Il terzo chiamato *CP_3* ha precisato le conclusioni come da foglio depositato in data 10/02/2017, chiedendo: "*Voglia l'Ecc.mo Giudice adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e difesa, rigettare la domanda dell'attrice Sig.ra Parte_1 , nei confronti del Dott. CP_3 siccome infondata in fatto ed in diritto. Nella denegata ipotesi in cui l'adito Giudice dovesse ritenere anche in parte fondata la domanda di parte attrice dichiarare tenuta al pagamento la terza chiamata [...] Controparte_13 come in atti meglio identificata, in qualità di impresa assicuratrice per la responsabilità professionale del Dott. CP_3 Con vittoria di spese diritti ed onorari*".

Il terzo chiamato dott. *Controparte_4* ha precisato le conclusioni come da foglio depositato telematicamente in data 02/02/2017, chiedendo: "*Voglia l'Ill.mo Sig. Giudice adito, in via principale respingere le domande da chiunque svolte nei confronti del dottor Controparte_4 per quanto infondate e/o non provate; in via subordinata, nella denegata e non creduta ipotesi di ritenuta responsabilità del dottor Controparte_4 , previa determinazione della quota della stessa, ridurre l'entità del risarcimento a quanto risulterà di giustizia, con l'esclusione del cumulo tra interessi e rivalutazione, se non nei limiti di cui alla nota Sentenza n. 1712 del 17 febbraio 1995 della Suprema Corte di Cassazione a Sezioni Unite. Con vittoria di spese e compensi professionali oltre ad accessori*".

La difesa di *Controparte_14* ha precisato le conclusioni come da foglio depositato telematicamente in data 10/02/2017, chiedendo: "*Disattesa ogni contraria istanza azione od eccezione voglia l'Ill.mo Tribunale adito: nel merito, accertare e dichiarare che la terza chiamata società [...] CP_7 , in persona del legale rappresentante pro tempore, è totalmente esente da ogni e qualsivoglia responsabilità in ordine ai fatti di causa e per l'effetto respingere integralmente le domande tutte, nessuna esclusa, svolte nei confronti della terza chiamata società Controparte_7 ,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

poiché infondate sia in fatto che in diritto. In ogni caso con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio, oltre IVA e CPA come per legge. Salvezze illimitate".

La terza chiamata *Controparte_5* ha precisato le conclusioni come da comparsa di costituzione e risposta, chiedendo: "*In via principale e nel merito, Voglia l'Ill.mo Tribunale di Rimini, ogni contraria istanza disattesa, dichiarare il difetto di legittimazione passiva e/o il difetto di titolarità passiva del rapporto giuridico per cui è causa in capo alla* *Controparte_5* *e respingere la domanda del chiamante in causa, con vittoria delle spese di causa e del compenso dell'avvocato oltre al rimborso delle spese generali come per legge I.V.A. e C.P.A. In via subordinata, graduare ai sensi dell'art. 2055 c.c. le responsabilità fra la convenuta e tutti i chiamati in causa, ripartendo nei rapporti interni fra le parti l'obbligazione risarcitoria in proporzione alla gravità delle rispettive colpe ed entità delle conseguenze che ne sono derivate*".

La terza chiamata *CP_15* ha così precisato le conclusioni: "*Voglia l'Ecc.mo Tribunale: - previa, occorendo, remissione della causa in istruttoria al fine di convocare a chiarimenti il CTU, in contraddittorio con i consulenti di parte, su quale siano le qualifiche e le competenze sanitarie del personale alle dipendenze della* *Parte_2* *; - in via principale, rigettare la domanda attrice e comunque quelle da chiunque proposte contro* *Controparte_16* *- in via subordinata, nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda attrice, graduate le colpe delle varie parti in causa, liquidato in danno nei limiti del legittimo e del provato, dichiarare* *CP_15* *tenuta a garantire la* *CP_1* *nei limiti ed alle condizioni di cui alla polizza assicurativa polizza n.* [redacted] *e relative condizioni generali; - in ogni caso, con spese ed onorari come per legge*".

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Con atto di citazione notificato in data 05/12/2013, *Parte_1* , in proprio e in qualità di erede della compianta madre *Persona_2* ha convenuto in giudizio *CP_1* in persona del legale rappresentante *pro tempore*, per ottenerne la condanna al risarcimento di tutti i danni

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

patiti e *patiendi*, a causa della negligenza, imperizia ed imprudenza, con le quali erano state affrontate e trattate, nonostante il loro progressivo aggravarsi fino al decesso, le condizioni di salute della madre, ricoverata, a far data dal settembre 2007, presso la struttura protetta *Parte_2* di [redacted] di Rimini, di proprietà della società convenuta.

L'attrice ha esposto che la sig.ra *Per_1* già affetta da demenza clinicamente riscontrata nel 2004 e degenerata sino alla privazione delle sue facoltà intellettive superiori (con conseguente dichiarazione di interdizione giudiziale nel 2010), a causa della incrinatura del femore era stata sottoposta, nel febbraio 2013, ad un intervento di osteosintesi all'arto sinistro, presso l *Org_1* di Rimini. Dimessa il 23/02/13, l'anziana faceva rientro in struttura ove, nei giorni immediatamente successivi all'intervento, perdurando lo stato febbrile, le venivano somministrati antibiotici. A distanza di un mese circa dall'operazione, la signora *Per_1* veniva nuovamente ricoverata all' *Org_1* di Rimini per arrossamento cutaneo con gemizio purulento della ferita chirurgica ed alterazione osteostrutturale nella sede del chiodo endovis. A causa della infezione, l'anziana veniva operata per la rimozione del chiodo e l'asportazione della testa femorale, con posizionamento di uno spaziatore. All'esito degli esami eseguiti, veniva riscontrata la presenza nel sangue del batterio *Escherichia Coli*, sintomo che l'infezione doveva ormai essersi propagata a tutto l'organismo. Nei giorni successivi, la paziente si aggravava ulteriormente sino al [redacted]

Sulla scorta degli accertamenti medico-legali condotti dal proprio consulente, parte attrice contesta ed imputa alla convenuta una duplice responsabilità: da un lato, un ritardo diagnostico in relazione alla frattura femorale, verosimilmente provocata, in quanto evento traumatico, dal personale medico e/o paramedico, che provvedeva a sollevare e spostare l'anziana, impossibilitata a camminare; dall'altro, una non corretta valutazione della secrezione che fuoriusciva dalla ferita chirurgica, causa dell'infezione generale e del progressivo deperimento organico, che portarono al decesso dell'anziana.

Per tali motivi, la difesa di parte attrice ha concluso per l'accertamento della grave responsabilità della convenuta nella causazione dell'evento mortale della signora *Per_1* chiedendone

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

conseguentemente la condanna al risarcimento del danno patrimoniale, morale e tanatologico, come individuati e quantificati in citazione, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dalla data dell'evento al saldo.

La convenuta si è costituita in giudizio, contestando e respingendo ogni addebito di responsabilità mosso nei propri confronti dall'attrice, in quanto infondato sia in fatto che in diritto. Più precisamente, la difesa di *CP_1* ha esposto che *Per_1* *Persona_2* al momento del suo ricovero presso *Parte_2* nell'ottobre 2007, mostrava già le prime avvisaglie di demenza mista di tipo Alzheimer, con manifestazioni *Woondering*; che, col tempo, tale patologia si era aggravata, sino a provocare afasia ed altri disturbi psichici e fisici nell'anziana, soggetta a frequenti svenimenti e cadute; che, per questo problema, noto ai familiari, la figlia della sig.ra *Per_1* odierna attrice, aveva chiesto espressamente al personale della struttura di posizionare la madre in carrozzina, con l'utilizzo di cintura e pettorina, unitamente alla contenzione notturna per evitare il rischio di cadute a terra; che la signora *Per_1* a causa dell'aggravarsi delle proprie patologie, necessitava di ripetuti ricoveri in ospedale; che, in particolare, nel 2011 la stessa veniva sottoposta a mastectomia radicale del seno sinistro, con metastasi linfonodale; che la frattura del femore veniva tempestivamente diagnosticata dal personale di *Parte_2* in data 18 febbraio 2013, avendo l'anziana manifestato sofferenza durante le attività di igiene e che, prima di allora, nessun sintomo era stato riscontrato; che a seguito dell'intervento di osteosintesi, il dott. *CP_3* MMG della sig.ra *Per_1* stante il perdurare dello stato febbrile e di assopimento dell'anziana, ne aveva caldeggiato più volte il ricovero in ospedale, malgrado l'opposizione della figlia.

La convenuta ha, quindi, negato la propria responsabilità, tanto in ordine al presunto ritardo diagnostico della frattura femorale (correttamente riscontrata, a suo dire, dal personale di *Parte_2* con conseguente tempestivo ricovero dell'anziana in ospedale), quanto in merito all'infezione, essendosi trattato di infezione nosocomiale priva di segnali evidenti, almeno sino alla sua manifestazione in superficie.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

La difesa della convenuta ha, inoltre, eccepito la natura eminentemente socio-assistenziale delle prestazioni contrattualmente offerte agli ospiti di *Parte_2* in quanto casa di riposo per anziani idonea ad ospitare utenti autosufficienti o parzialmente tali; che l'assistenza sanitaria contrattualmente garantita all'interno della struttura si limita alla sola assistenza infermieristica diurna per la somministrazione dei farmaci ed il monitoraggio degli ospiti, mentre quella medica viene prestata dal medico di base, al quale è consentito l'accesso in struttura per la cura dei propri pazienti. La convenuta, infine, ha contestato la quantificazione del danno così come *ex adverso* operata e ha evidenziato come, nonostante la sig.ra *Per_1* nei suoi ultimi giorni di vita, fosse stata sottoposta a visita da parte di un medico incaricato dalla famiglia, questi non ne consigliò il ricovero, salvo poi imputare la ritardata diagnosi della infezione al personale della struttura convenuta.

CP_1 ha, pertanto, concluso, in via principale, per il rigetto della domanda attorea, previa chiamata in causa, ai fini del regresso, da un lato dei medici e del personale infermieristico e socio assistenziale che ebbero in cura l'anziana al tempo in cui si svolsero i fatti; dall'altro, di *Controparte_9* ai fini della garanzia assicurativa di cui alla polizza RCD prodotta in atti.

Si sono, quindi, costituiti in giudizio, quali terzi chiamati:

- i dott.ri *CP_3* e *Controparte_4* , eccependo che alcuna responsabilità in ordine alla causazione della morte della signora *Per_1* può essere loro imputata. La difesa dei predetti ha fatto propria la linea difensiva della convenuta *CP_1* contestando la ricostruzione dei fatti esposti in citazione e la documentazione ad essa allegata. Più in particolare, il dott. *CP_3* *[...]* ha dedotto di essersi recato periodicamente, in qualità di medico di base della signora *Per_1* a far visita alla paziente e di aver più volte sollecitato la figlia, odierna attrice, a richiedere il ricovero dell'anziana madre per i più opportuni ed adeguati accertamenti, incontrando, ciò malgrado, le resistenze della *Parte_1* . In merito al ritardo diagnostico della frattura, egli ha asserito di aver potuto visitare la signora *Per_1* alcuni giorni prima del suo intervento di osteosintesi, constatando, in quella occasione, come la stessa deambulasse

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

regolarmente, seppur con l'ausilio del personale di *Parte_2* I medici hanno evidenziato, altresì, come il focolaio infettivo che ha cagionato la morte della paziente sia stato generato da un batterio nosocomiale contratto durante l'intervento chirurgico di osteosintesi ed esso si sia sviluppato in sede ossea, senza possibilità, pertanto, di essere riscontrato e diagnosticato attraverso la ferita. I medici hanno, così, concluso per il rigetto della domanda di parte attrice, previa integrazione del contraddittorio nei confronti delle rispettive compagnie di assicurazione ai fini della manleva.

- *Controparte_14* contestando la sussistenza del nesso di causalità fra la dinamica degli eventi riferiti in citazione e l'attività meramente infermieristica prestata dai propri collaboratori dipendenti. La difesa della terza chiamata ha, quindi, eccepito che alcuna diagnosi medica poteva essere richiesta al proprio personale infermieristico, al quale, conseguentemente non può essere ascritta nessuna colpa, negligenza o imperizia, neppure in via marginale o residuale.

Controparte_17 eccependo il difetto di legittimazione passiva e/o di titolarità passiva del rapporto giuridico di cui è causa, essendo le condotte attive ed omissive descritte in citazione riferite a prestazioni di natura medico/infermieristica a carattere sanitario, in quanto tali estranee all'attività della *Controparte_5* Essa ha, pertanto, chiesto il rigetto della domanda attorea ed il rigetto della azione di regresso spiegata da *CP_1* in difetto di nesso causale fra il decesso della signora *Per_1* e l'attività di natura eminentemente socio assistenziale posta in essere dai propri operatori;

- *Controparte_9* la quale si è interamente associata alla linea difensiva della convenuta *CP_1* ed ha conseguentemente concluso, in via principale, per il rigetto della domanda attrice; in via subordinata, previa graduazione delle colpe ai sensi dell'art. 2055 c.c., per la liquidazione del danno nei limiti del legittimo e del provato, dichiarando *CP_15* tenuta a garantire l'assicurato nei limiti e alle condizioni di cui alla polizza assicurativa n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

[redacted] e delle relative condizioni generali.

La causa, istruita mediante prove orali e consulenza tecnica medico-legale, alla udienza del 14/02/2017 è stata trattenuta in decisione sulle conclusioni rassegnate dalle parti ed in epigrafe trascritte, previa assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

***

Va previamente dichiarata la contumacia di *Controparte_18* la quale non si è costituita in giudizio, nonostante la regolarità della notifica da parte del proprio assicurato.

***

Tanto premesso, il Tribunale osserva.

SULLA NATURA DELLA RESPONSABILITA' DELLA CONVENUTA E DEI TERZI CHIAMATI.

CP_1 è la società titolare dell'autorizzazione al funzionamento di *Parte_2* struttura residenziale socio-assistenziale per anziani, che ha sede a [redacted] di Rimini.

La struttura offre svariati servizi, che vanno dalle prestazioni alberghiere a quelle socio-assistenziali, infermieristiche e di riabilitazione.

Secondo la tesi della convenuta, *Parte_2* quale *Parte_2*, può ospitare solo utenti autosufficienti o parzialmente tali, offrendo loro un'assistenza infermieristica diurna per la somministrazione dei farmaci ed il monitoraggio, accanto ad una assistenza sanitaria limitata ai soli accessi in struttura del *Parte_* e alle analisi cliniche del sangue, anche se con i tempi di un normale ambulatorio dislocato sul territorio.

Al di là della classificazione formale quale *Parte_2*, piuttosto che *Org_2* o *Orga*, e delle prestazioni ad essa ricollegabili sulla scorta della DGR n. 564/2000, nella fattispecie in esame assumono rilievo, ai fini della corretta individuazione e qualificazione dei servizi offerti e delle prestazioni contrattualmente garantite dalla convenuta nei confronti dei propri utenti, segnatamente della compianta Sig.ra *Per_1* da un lato la circostanza (riferita dalla stessa difesa di *CP_1* che "la struttura *Parte_2* sebbene non vi fosse tenuta, garantiva alcuni accessi di un medico

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

consulente", dall'altro che, sin dal proprio ingresso in casa di riposo, la sig.ra *Per_1* presentava problematiche fisiche e psichiche, ulteriormente aggravatesi nel tempo, tali da farla ritenere, conformemente alle indicazioni di cui alla già citata DGR n. 564/2000, anziana non autosufficiente "*con bisogni assistenziali di diversa intensità (disturbi comportamentali, elevati bisogni sanitari correlati ad elevati bisogni assistenziali, disabilità severe e moderate*)".

Ciò porta a ritenere che nel caso di specie, accanto alle prestazioni regolarmente offerte dalle strutture tecnicamente classificabili come *Organizzazione_4* abbia di fatto garantito alla sig.ra *Per_1* ulteriori servizi di natura medico-sanitaria, comprensivi di prestazioni medico-generali, infermieristiche, riabilitative e di somministrazione di farmaci.

Ciò lo si ricava, anche, dalla lettura del diario sanitario e della scheda integrata personalizzata, di cui agli allegati 2 e 4 di parte convenuta, dai quali si evince che, all'interno della struttura, l'anziana, a causa delle diverse patologie psico-fisiche da cui era affetta, veniva frequentemente sottoposta a visite mediche, da parte ora del *Parte_* dott. *CP_3* ora del consulente medico di *Parte_2* dott. *Controparte_4* , nonché ad un quotidiano monitoraggio da parte del personale infermieristico.

La circostanza che *Parte_2* fosse solita garantire ai propri utenti la consulenza di un medico-libero professionista, al fine di offrire agli anziani ospiti visite ulteriori rispetto a quelle erogate dai rispettivi MMG, è indicativa della natura e della tipologia di servizi assicurati all'interno della struttura, evidentemente non limitati a mere prestazioni socio-assistenziali, ma estesi a prestazioni di tipo anche infermieristico e di medicina generale, con conseguente assunzione da parte della convenuta delle relative obbligazioni.

Preme, ad ogni buon conto, evidenziare come la tesi di parte convenuta, secondo cui la sig.ra *Per_1* era stata ricoverata presso *Parte_2* per fruire di prestazioni residenziali, socio-assistenziali e riabilitative più che sanitarie, non possa incidere sulla valutazione di una eventuale negligenza e/o imperizia imputabile ai medici e al personale infermieristico che ebbero ad occuparsene all'interno della stessa struttura. La qualifica di *Parte_2* quale mera Casa di Riposo non può, infatti,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

esonerarla dall'obbligo di usare opportuna ed adeguata attenzione, diligenza e prudenza nel prendersi cura di una ospite anziana, gravemente ammalata, non autosufficiente ed affetta da grave deterioramento cognitivo sin dal proprio ingresso in struttura.

Infatti, come la costante giurisprudenza reputa, l'accettazione di un paziente abbisognevole di assistenza non soltanto fisica, ma anche sanitaria, presso complesso ospedaliero, anche se avvenuta non a titolo di ricovero per interventi e simili, ma per l'impossibilità di praticare convenientemente le cure prescritte in relazione al suo stato di salute a domicilio, importa, comunque, la conclusione di un contratto di spedalità, che fa sorgere, a carico della struttura ospitante, oltre all'obbligo di fornire le prestazioni latamente alberghiere, anche l'obbligo di prestare la dovuta assistenza medico sanitaria, richiesta in ragione dello stato di salute dell'ospite, adeguata al caso e diretta a preservare il suo stato di salute, necessariamente in evoluzione continua. Ciò, si aggiunga, quanto meno per quelle prestazioni sanitarie di base che, nel caso di specie, venivano di fatto garantite attraverso sia il personale infermieristico diurno sia il personale medico che accedeva regolarmente in struttura.

Così come per le strutture sanitarie pubbliche e private, anche le strutture residenziali che accolgono persone in tutto o in parte autosufficienti, offrendo loro servizi di varia natura, hanno nei confronti dei propri ospiti una responsabilità di natura contrattuale; in quanto tale essa può conseguire ai sensi dell'art. 1218 c.c. all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico ovvero ai sensi dell'art. 1228 c.c. all'inadempimento di prestazioni svolte direttamente dal proprio personale (medico, sanitario, infermieristico, socio assistenziale, fisioterapico …) quale ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato (cfr. per le cliniche pubbliche e private, Cass. n. 8826/2007; n. 13066/2004; S.U. n. 581/2008; n. 1698/2006).

La responsabilità nei confronti dei pazienti ricoverati ha, quindi, natura contrattuale anche quando attiene al comportamento dei propri dipendenti/ausiliari ex art. 1228 c.c.; essa trova fondamento non già nella colpa in ordine alla scelta degli ausiliari o alla loro vigilanza, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (cfr. Cass. n. 4400/04; n. 6756/01; n.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

5329/03). Si tratta, nella sostanza, di una responsabilità fondata sul rischio correlato all'utilizzazione dei terzi nello svolgimento delle prestazioni. Il risultato non cambia se il medico sia "di fiducia" del paziente e sia stato da questi scelto: se il medico opera all'interno della struttura, si determina quel collegamento necessario e sufficiente ad estendere la responsabilità dal primo alla seconda (cfr. sul punto Cass., sentenza del 28/11/2008, n. 24742: "*Il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura (o ente ospedaliero) ha la sua fonte in una tipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal S.s.n. o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto*". In questo senso cfr. di recente anche Cass. n. 18610/15 e n. 6243/15).

Ciò detto sul regime di responsabilità della convenuta, occorre chiarire ora quale sia la natura della responsabilità dei terzi chiamati, cominciando con quella dei medici che hanno prestato la propria attività all'interno di *Parte_2* visitando ripetutamente la sig.ra *Per_1* sia prima sia dopo l'intervento di osteosintesi del 19 febbraio 2013.

E' opportuno evidenziare che il titolo e la natura delle responsabilità dei medici e del personale infermieristico e socio assistenziale coinvolti nei fatti di causa rilevano ai soli fini della domanda di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

regresso azionata dalla convenuta, non avendo parte attrice esteso la domanda principale nei confronti dei terzi chiamati.

Ciò premesso, si osserva come la vicenda in esame si collochi in data successiva alla entrata in vigore del decreto legge n. 158/2012, convertito con modifiche nella legge n. 189/2012. Come noto, recentemente la legge n. 24 dell'08/03/2017, entrata in vigore il 01/04/2017, ha abrogato l'art. 3, 1° comma, della legge Balduzzi, in ordine alla responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria e ha attribuito natura extracontrattuale alla responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria in strutture pubbliche o private, salvo che lo stesso abbia agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Si ritiene che il contenuto e la portata sostanziale della norma di cui all'art. 7, 3° comma, della Legge 24/17, con la quale è stata espressamente riconosciuta la natura extracontrattuale della responsabilità civile del medico, così definendo una questione giurisprudenziale intensamente dibattuta all'indomani della entrata in vigore della Legge Balduzzi, conduca necessariamente ad una interpretazione autentica della disposizione di cui all'art. 3 della legge 189/12, applicabile *ratione temporis* alla odierna fattispecie, nel senso di ritenere il medico responsabile ai sensi dell'art. 2043 c.c.

Ai sensi dell'art. 7 della Legge 24/17, risponde a tale titolo l'esercente la professione sanitaria che abbia svolto la propria attività all'interno di una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, anche se in regime di libera professione intramuraria o in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Pertanto, è al sistema della responsabilità extracontrattuale di cui all'art. 2043 c.c. che occorrerà fare riferimento ai fini dell'accertamento della sussistenza di eventuali comportamenti negligenti da parte dei medici chiamati in causa.

Per quanto attiene al rapporto fra la convenuta e la terza chiamata *Controparte_7* dalle allegazioni delle parti risulta che quest'ultima è l'impresa appaltatrice delle prestazioni di servizio infermieristico erogate all'interno di *Parte_2* Pacifica è la natura contrattuale del rapporto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

intercorrente fra le predette parti. Non revocabile in dubbio è, altresì, la natura contrattuale del rapporto fra la società erogatrice del servizio infermieristico e gli utenti di *Parte_2* : tale rapporto è così classificabile in quanto conforme al paradigma del contatto sociale qualificato, figura riconducibile alla categoria dei cosiddetti rapporti contrattuali di fatto, ovvero di quei rapporti che si informano ad una fattispecie contrattuale tipica, recependone la disciplina, ma che si costituiscono in assenza di una fonte negoziale, per effetto del contatto socialmente qualificato fra le parti, con il duplice corollario che la fonte della obbligazione è "ogni altro fatto idoneo" ex art. 1173 c.c., ovvero il contatto sociale, e che la relativa disciplina va mutuata dallo schema contrattuale di cui il rapporto presenta caratteristiche analoghe (nel caso di specie il contratto atipico di spedalità).

Tale qualificazione si informa ad un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, per il quale il sistema della responsabilità aquiliana presuppone l'assenza di qualsiasi legame o rapporto pregresso tra danneggiante o danneggiato, non adattandosi, pertanto, a quelle ipotesi nelle quali il danno è conseguenza di una situazione di contatto socialmente qualificato tra le parti interessate.

Tale criterio di inquadramento della responsabilità è stato inaugurato da una sentenza della Corte di Cassazione del 1999 (segnatamente da Cass. sez. III, sentenza n. 589 del 22 gennaio 1999) con riferimento all'attività del medico dipendente della struttura ospedaliera, per poi essere confermata relativamente all'attività dell'insegnante da Cass. Sez. Unite sentenza n. 9346 del 27 giugno 2002. In presenza di situazioni di contatto sociale qualificato, caratterizzate cioè dalla particolare posizione del debitore e dall'affidamento nei suoi confronti da parte del soggetto creditore, soprattutto nelle ipotesi in cui siano in gioco diritti costituzionalmente garantiti come il diritto alla salute ed alla propria incolumità fisica, lo schema di riferimento è pertanto quello contrattuale.

Nel caso di specie, l'impresa affidataria del servizio infermieristico presso *Parte_2* è, quindi, da ritenersi investita, per la peculiare tipologia e rilevanza dell'attività prestata, di obblighi di protezione che le impongono l'adozione di tutte le cautele atte a tutelare l'incolumità fisica e la salute degli ospiti fruitori della relativa prestazione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

Natura contrattuale ha, infine, il rapporto fra la convenuta *CP_1* e la *CP_5* *CP_5* *[...]* stante il contratto sottoscritto fra le parti in data 01/10/2012, avente ad oggetto l'affidamento di attività socio assistenziali, animazione, cucina, ristorazione, pulizia e sanificazione degli ambienti da eseguirsi presso la residenza di *Parte_2* (cfr. doc. 1 di cui alla comparsa di costituzione di *[...]* *Controparte_19* . Quanto al rapporto fra la *Controparte_5* e gli utenti di *Parte_2* , valgano le medesime considerazioni dianzi svolte in ordine al rapporto da contatto sociale ed agli obblighi di protezione.

LA VICENDA CLINICA DI *Persona_2* .

Sulla scorta della documentazione medica in atti, la vicenda clinica viene, in sintesi, così descritta dal CTU.

In data 18 febbraio 2013 era richiesto l'intervento del 118 presso la *Parte_2* di [redacted] di Rimini, ove la Sig.ra *Per_1* si trovava degente, poiché la stessa lamentava forte dolore all'anca ed al femore sinistro, associato all'evidenza di extrarotazione dell'arto inferiore omolaterale. Trasportata presso il [redacted] di Rimini, la sig.ra *Per_1* veniva sottoposta ad accertamenti strumentali, che consentivano di porre diagnosi di frattura scomposta pluriframmentaria basicervicale del femore di sinistra, con risalita della massa trocanterica e deviazione in varismo cervico-diafisario. Trasferita quindi presso l'U.O. di Ortopedia del [redacted] riminese, la paziente veniva sottoposta, in data 19 febbraio 2013, ad intervento di osteosintesi con chiodo endomidollare. La *Per_1* permaneva degente presso il suddetto reparto fino al giorno 23 febbraio 2013, allorquando veniva dimessa e nuovamente trasferita presso la *Parte_2*

Seguiva degenza presso *Parte_2* fino al giorno 26 marzo 2013, allorquando, per deiscenza della ferita chirurgica e fuoriuscita di pus, la paziente era trasferita nuovamente presso il [redacted] di Rimini, ove era sottoposta ad accertamenti clinico-strumentali, che consentivano di porre diagnosi di osteomielite. Si prescriveva, quindi, terapia empirica con antibiotici ad ampio spettro

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

(teicoplanina + levofloxacina) in attesa del responso degli esami colturali. Il giorno successivo (precisamente il 27/03/2013) la Sig.ra *Per_1* era sottoposta ad intervento di rimozione dei mezzi di sintesi, con resezione cefalica e sostituzione con spaziatore antibiotato; gli esami colturali eseguiti su sangue ed essudato della ferita chirurgica evidenziavano positività per *Escherichia Coli*, per cui era iniziata terapia con Merrem 1 gr x 3. In data 30 marzo 2013 la paziente veniva trasferita presso il Reparto di Malattie Infettive del [redacted] riminese per il trattamento del quadro settico. Ivi permaneva in condizioni cliniche critiche, fino al [redacted] alle ore 20,15.

Così ricostruita e sintetizzata la vicenda clinica della sig.ra *Per_1* attentamente analizzata la documentazione sanitaria in atti, il CTU dott. *Persona_3* con una esposizione lineare, coerente e sorretta da puntuale richiamo alla dottrina specialistica di settore, ha:

- ricostruito la sequenza fisiopatologica, evidenziando come la sig.ra *Per_1* avesse contratto un'infezione del sito chirurgico in occasione dell'intervento di osteosintesi, con conseguente osteomielite, migrazione dei germi patogeni nel torrente circolatorio, decadimento multi-organo, sino al suo [redacted] "*Nella Sig.ra Per_1 lo stato settico trovava riscontro, oltre che nella clinica, nella positività ad Eschirichia Coli delle emocolture (effettuate in corso di ricovero su sangue periferico) e delle colture su essudato dalla ferita chirurgica. L'insufficienza multiorgano si concretizzava, nel caso di specie, in insufficienza renale (oligo-anuria refrattaria alla stimolazione con diuretico, anasarca), respiratoria e cardio-circolatoria (tachiaritmie ed instabilità emodinamica), insufficienza epatica. La disfunzione multiorgano deve dunque essere considerata, nel caso di specie, l'epifenomeno terminale di quel continuum di avvenimenti, tra loro concatenati, che l'evento iniziale (infezione del sito chirurgico) ha innescato e che si è evoluta nel tempo passando attraverso la condizione di SIRS, di sepsi, sepsi severa e shock settico3, portando il soggetto al decesso*";
- accertato la sussistenza di una relazione eziologica fra l'infezione nosocomiale e la sepsi quale causa diretta del decesso, evidenziando quali fattori dirimenti ai fini della relativa verifica: il

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

rilievo, in data 25 marzo 2013, di deiscenza della ferita chirurgica con "abbondante fuoriuscita di materiale purulento e sieroso"; l'evidenza radiografica (26 marzo 2013) di "aspetti di alterazione osteostrutturale a livello pertrocanterico e della regione diafisaria prossimale femorale" (osteomielite); l'ulteriore segnalazione, durante il re-intervento chirurgico eseguito in data 27 marzo 2013, di "fuoriuscita di materiale purulento"; l'identificazione, mediante esame colturale sul suddetto materiale, di *Persona_4* l'identificazione del medesimo patogeno su sangue (emocoltura positiva). "*Appare, dunque, incontrovertibilmente dimostrata la correlazione causale tra il primitivo focolaio infettivo, sostenuto da Escherichia coli e generatosi in seguito all'intervento ortopedico posto in essere in data 19 febbraio 2013 (infezione nosocomiale), ed il conseguente sviluppo di sepsi da parte della paziente*";

- verificato, infine, che "*la valutazione dell'iter clinico della Sig.ra* *Per_1* *a partire dal rientro presso la* *Parte_2* *di* [redacted] *di Rimini (RN), in data 23 febbraio 2013, evidenziava la presenza di un corteo di segni e sintomi tipici di un processo infettivo in atto e del relativo, successivo coinvolgimento sistemico. Facciamo infatti presente che, fin dal momento del re-ingresso presso la* *Pt_2* *Parte_2* *, la Sig.ra* *Per_1* *iniziava a presentare plurimi episodi febbrili (con puntate oltre i 38°C) nonostante il pressoché continuo ricorso a generosa terapia antipiretica (38,4°C in data 24 Febbraio 2013, 37,5°C in data 25 Febbraio 2013, 37,5°C in data 27 Febbraio 2013, 37,3°C in data 01 Marzo 2013, 38,2°C in data 05 Marzo 2013, 38,2°C in data 09 Marzo 2013, 37,6°C in data 10-11 Marzo 2013, 37,3°C in data 13 Marzo 2013). Seguiva, a partire dal giorno 17 marzo 2013, la comparsa di segni di risposta infiammatoria sistemica (SIRS), con persistenza di puntate febbrili oltre i 38°, frequenza cardiaca oltre gli 80 battiti al minuto (120 battiti per minuto in data 17 marzo 2013, 131 e 109 battiti per minuto in data 19 marzo 2013, 135 battiti per minuto in data 23 marzo 2013), respiro affannoso (17 marzo 2013) con frequenza respiratoria aumentata ("tachipnea" in data 19 marzo 2013, "tachipnoica per tutta la mattinata" in data 23 marzo 2013), segni di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

progressiva compromissione multi-organo. Infine, a partire dal giorno 24 marzo 2013 era registrata la presenza di deiscenza della ferita chirurgica e la fuoriuscita di materiale purulento".

SULLA RESPONSABILITA' DELLA CONVENUTA IN ORDINE AL DECESSO DELLA SIGNORA *Persona_2*

Rispetto a tali evidenze cliniche, direttamente constatate ed annotate in cartella sia dai medici che dal personale infermieristico che si occupò della paziente all'interno di *Parte_2*, il CTU, correttamente sotto il profilo sia medico legale che giuridico, in risposta ai quesiti formulati, si chiede e verifica se il suddetto corteo clinico dovesse allarmare il personale sanitario, se potessero essere assunte condotte diverse da quelle concretamente tenute e se fosse possibile giungere ad una diagnosi più tempestiva idonea ad evitare la morte per sepsi della paziente.

La risposta fornita dal CTU a tali quesiti è affermativa.

Egli ha accertato, infatti, come il quadro clinico mostrato dalla *Per_1* nel periodo di permanenza presso *Parte_2* successivamente alle dimissioni dall' *Org_1* di Rimini per l'intervento al femore (segnatamente dal 23 febbraio al 26 marzo 2013) non sia stato adeguatamente considerato dal personale sanitario, medico ed infermieristico, in forza presso la predetta struttura. Più precisamente, nell'elaborato peritale, il dott. *Per_* evidenzia che "*Qualora si obiettasse che il solo rilievo di febbre, durante il primo periodo analizzato (della durata di circa 20 giorni, cioè dal giorno 24 febbraio 2013 al 14 marzo 2013) costituisse un rilievo aspecifico e non accompagnato da altri segni e/o sintomi rilevanti, facciamo presente che non ci trovavamo dinanzi ad un rilievo isolato, bensì a plurimi rialzi febbrili, intervallati da pause in cui la paziente era descritta come apiretica (il che era spiegabile in considerazione del fatto che era trattata con generosa somministrazione di paracetamolo, farmaco antipiretico). Presa coscienza di ciò, indagarne la causa, per il personale sanitario della Pt_2 [...], era da ritenersi mandatorio. Considerato poi che la Sig.ra Per_1 aveva appena subito un intervento di chirurgia ortopedica, anche ponendosi in un'ottica ex ante l'ipotesi che ci si potesse*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

trovare dinanzi ad un'infezione post-chirurgica rappresentava la prima causa in termini di probabilità. Facciamo per altro presente che, anche dinanzi alla comparsa di ulteriori segni di compromissione sistemica (aumento della frequenza cardiaca, aumento della frequenza respiratoria, impegno d'organo) si è inspiegabilmente perso ulteriore tempo (prezioso) prima di inviare la paziente presso una struttura ospedaliera ove eseguire accertamenti laboratoristico-strumentali in grado di evidenziare la causa della febbre, di isolare il patogeno in questione e di porre in essere una somministrazione antibiotica mirata, volta a controllare l'infezione". E ancora si evidenzia che "*Addirittura i Sanitari tergiversavano anche dinanzi all'evidenza di deiscenza della ferita chirurgica e della fuoriuscita di materiale purulento dalla stessa (serata del 24 marzo 2013); il trasferimento della donna, infatti, avveniva soltanto nella mattinata del giorno 26 marzo 2013 (cioè circa 40 ore dopo)*".

Così il CTU, dopo avere argomentato in modo esaustivo e scientificamente ineccepibile che le condotte esigibili appena descritte erano da ritenersi "*talmente basilari da non richiedere chissà quale competenza specialistica e/o apparecchiatura strumentale, bensì unicamente un bagaglio conoscitivo sanitario di base*", ha qualificato come condotta colposa, segnatamente di tipo omissivo, il mancato tempestivo trasferimento della anziana in Ospedale da parte del personale sanitario, medico ed infermieristico, che ebbe ad occuparsene nel periodo dal 23 febbraio al 26 marzo 2013.

La condotta alternativa doverosa, che i responsabili di *CP_1* (nonché – come si preciserà nel prosieguo trattando dell'azione di regresso verso i terzi chiamati - i medici ed il personale infermieristico operante all'interno di *Parte_2* avrebbero dovuto tenere nei confronti dell'ospite *Per_1* è ben esemplificata nella lettera trasmessa a mezzo [redacted] dal legale rappresentante della convenuta all'Ospedale di [redacted] ove l'anziana all'epoca era stata ricoverata per un intervento di mastectomia sinistra. Con tale missiva, *Parte_2* denunciò prontamente l'inadeguatezza dei propri servizi medico-infermieristici rispetto alla gravità del quadro clinico mostrato all'epoca dalla *Per_1* chiedendone l'urgente trasferimento presso altra struttura adeguata al trattamento post-chirurgico ed alle relative condizioni generali (cfr. doc. 6 di parte

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

convenuta).

Una condotta analoga avrebbe dovuto e potuto essere attuata dal personale di *Parte_2* anche in occasione della vicenda in esame, stante l'evidenza clinica del quadro sintomatologico mostrato dall'anziana sin dal suo reingresso in *Parte_2* e le competenze di medicina generale (*id est*, di base) che il caso di specie di fatto richiedeva per indirizzare nuovamente e senza alcun indugio la paziente in Ospedale.

A tal riguardo si evidenzia infatti che, come accertato dal CTU, il personale che ebbe ad operare all'interno di *Parte_2* prestando cure all'ospite *Per_1* assunse una condotta del tutto inadeguata, consistita propriamente nel misconoscimento del processo infettivo in atto.

Eppure, sarebbe stato doveroso "*considerare approfonditamente l'entità del quadro clinico presentato dalla* *Per_1* *e consentire un trasferimento della stessa presso una struttura sanitaria in grado di porre in essere la filiera di accertamenti diagnostico-terapeutici volti alla definizione diagnostica ed al successivo trattamento terapeutico mirato. I principi del comportamento virtuoso che dovevano ispirare il personale sanitario della* *Parte_2* *sono di carattere generale e basilari: essi devono rientrare nel bagaglio conoscitivo di qualsiasi medico, e sono facilmente rintracciabili su qualsiasi testo di Medicina Interna. Giova infatti ricordare che il sospetto clinico di infezione in atto, ed a maggior ragione quello di sepsi ad evoluzione verso lo shock settico, nasce sempre dall'osservazione accurata del paziente; la presenza di una sepsi, con febbre e brividi, il riscontro del focolaio infettivo di partenza, i segni ematici di infezione acuta (aumento di VES e PCR, leucocitosi neutrofila) devono indirizzare il medico verso la ricerca tempestiva dei fattori di instabilità emodinamica incipiente (ipotensione ed oliguria), dei segni precoci di coagulopatia da consumo (piastrinopenia e allungamento di PT, ad APTT, diminuzione del fibrinogeno e aumento dei relativi fattori di degradazione), delle alterazioni dell'equilibrio acido-base (alcalosi respiratoria). Le emocolture e gli altri eventuali esami microbiologici potenzialmente utili (esame microscopico e colturale dell'espettorato, urino-coltura, coltura di dispositivi intravascolari) vanno eseguiti con attenzione ed il*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

sospetto clinico va segnalato al laboratorio di microbiologia al fine di ottenere la migliore efficacia diagnostica. In tutti i casi sarà la qualità globale dell'assistenza (si pensi semplicemente all'importanza del monitoraggio giornaliero dei parametri vitali e della diuresi ed al controllo frequente degli indici infiammatori e della funzionalità renale) a consentire la diagnosi precoce. Vale la pena ricordare che, nel caso di specie, la febbre non è stata adeguatamente considerata, e che non sono stati posti in essere trattamenti antibiotici mirati, bensì solo empirici, in misura inadeguata e non chiaramente definibile: risulta sia stato eseguito Parte_5 *a partire dal giorno 09 marzo 2013 (per cinque giorni?) e poi Fidato dal giorno 23 Marzo 2013. Inoltre, non risulta traccia di eventuali esami ematici (i cui referti non sono per altro presenti in atti) fino al giorno 09 Marzo 2013, allorquando era segnalato nel diario medico "visionati esami ematici". Sempre nel diario medico, in data 14 Marzo 2013 è annotato "eseguire es. ematici ed urinari": il referto di tali esami ematici, stando al diario infermieristico, dovrebbero essere pervenuti soltanto in data 18 marzo 2013 ed inviati al Dott.* CP_3 *il giorno successivo (19.03.2013), ma nelle medesima data, durante la visita medica condotta dallo stesso medico, non risulta alcun commento in merito. Non risultano, infine, richieste per l'esecuzione di esami di radiologia per immagini a carico dell'arto inferiore sinistro. In termini generali, appare dunque evidente che il livello dell'assistenza medica fornita alla Sig.ra* Per_1 *sia stato ben al di sotto degli standard richiesti*".

Come giustamente evidenziato nell'elaborato peritale, "*Lo sforzo che si richiedeva ai sanitari in forza presso la* Parte_2 *non era quello di porre diagnosi, ma semplicemente di sospettarla, consentendo il trasferimento della paziente presso una struttura sanitaria maggiormente idonea per porre in essere i trattamenti diagnostici e terapeutici che si imponevano*", nello stesso modo in cui la convenuta, per mezzo del proprio legale rappresentante CP_2 correttamente si comportò in data 03/09/2011, allorquando ebbe a segnalare e denunciare l'inadeguatezza ed insufficienza dei propri servizi medico-infermieristici rispetto alla gravità della situazione clinica dell'ospite.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

Al contrario, rispetto alla odierna fattispecie, "*il quadro clinico della* Per_1 *è stato ampiamente trascurato e le sue condizioni si sono progressivamente deteriorate, al punto che la paziente, al momento del suo ingresso in* [redacted] *a Rimini, in data 26 marzo 2013, presentava un quadro clinico talmente compromesso da rendere ormai inefficaci i trattamenti eseguiti dai sanitari dell'* Org_1 *di Rimini. Vale anche la pena ricordare che, sempre al momento dell'ingresso presso il* [redacted] *riminese, in data 26 marzo 2013, la paziente era fortemente disidratata e presentava importanti squilibri elettrolitici ("la paziente appare anche all'aspetto della cute e delle mucose disidratata"*).

Accertata, così, la causa fisiopatologica del decesso della sig.ra Per_1 e la condotta negligente del personale sanitario che all'interno di Parte_2 si occupò della predetta nel periodo dal 23 febbraio al 26 marzo 2017, occorre chiedersi, a questo punto, sulla scorta di un giudizio controfattuale, se il tempestivo trasferimento dell'anziana presso una struttura ospedaliera avrebbe potuto evitarne l'*exitus* per setticemia. A riguardo le valutazioni medico legali espresse dal CTU nel proprio elaborato sono le seguenti: " (…) *dobbiamo ricordare che, giungendo ad una diagnosi tempestiva, ci si sarebbe trovati dinanzi alla necessità di trattare un'infezione localizzata (osteomielite) e non ancora un processo sistemico, o quantomeno ci si sarebbe trovati dinanzi ad una paziente in una fase più precoce rispetto alla catena di eventi fisiopatologici che caratterizzano la sepsi e lo shock settico. Giova ricordare che, nei casi di osteomielite peri-protesica, la scelta terapeutica, una volta isolato l'agente patogeno, si basa sullo stato dell'impianto o sul grado di guarigione della frattura, optando quando possibile per la rimozione dei mezzi di fissazione. Per quanto attiene alla scelta dell'antibiotico ed alla durata di somministrazione, numerosi autori sono concordi nel ritenere un periodo di 4-6 settimane sufficiente ad ottenere la completa guarigione (la conferma è fornita dagli esami chimico-microbiologici). Nei casi di frequenti ricadute cliniche nella stessa sede e ad opera dello stesso patogeno, la terapia antibiotica endovenosa deve essere prolungata per almeno 8 settimane (la scelta dovrà ricadere su quei farmaci che presentano elevata biodisponibilità). Facciamo inoltre presente che, anche nei giorni*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

in cui si stavano manifestando i segni deponenti per una sindrome da risposta infiammatoria sistemica (aumento della frequenza cardiaca, tachipnea, progressivo impegno d'organo), collocabili a partire dal giorno 17 Marzo 2013, avrebbe posseduto rilevanza decisiva il poter giungere ad una anticipazione diagnostica, evidenziato che ad un modesto aumento del grado di disfunzione d'organo è associato un considerevole aumento della percentuale di mortalità dei pazienti. Come dimostrato in letteratura, infatti, il tasso di mortalità è direttamente proporzionale al numero degli organi che vengono ad essere coinvolti ed alla durata della relativa sindrome clinica, salendo al 90% in caso di coinvolgimento di più organi. L'insorgenza di insufficienza di più organi, nonostante adeguate misure di supporto e terapie antimicrobiche, è pertanto predittiva di outcome sfavorevole. Vale inoltre la pena ricordare che il solo passaggio dalla condizione di sepsi (cioè, per quanto prima dettagliato, SIRS più infezione documentata mediante esame colturale) a quella di shock settico (ipotensione refrattaria ed ipoperfusione tissutale in paziente settico) presenta in letteratura un aumento della mortalità dal 16% (sepsi) al 40-60% (shock settico)".

Il CTU conclude, quindi, asserendo che "*una precoce ospedalizzazione della paziente, durante le prime settimane di ricovero (quando era presente febbre persistente) o, almeno, a partire dai primi segni di risposta infiammatoria sistemica (evidenziati per la prima volta a partire dal 17 marzo 2013), avrebbe consentito di trattare più tempestivamente l'infezione e di evitare il decesso della Sig.ra* *Per_1* *quantomeno secondo il dettame del più probabile che non*".

Sussiste, pertanto, correlazione eziologica fra la condotta omissiva della convenuta e del relativo personale medico ed infermieristico ausiliario (consistita propriamente nel sottovalutare la gravità del quadro clinico della *Per_1* e nel ritardarne il trasferimento in ospedale, affinché fosse sottoposta alle cure necessarie) ed il peggioramento delle condizioni di salute dell'anziana, aggravatesi al punto tale da rendere non più utili ed efficaci i trattamenti ospedalieri, sino al decesso della medesima.

Il dato statistico evidenziato dal CTU (aumento della mortalità dal 16%, in caso di sepsi, al 40-60% in caso di shock settico) unitamente alle già note, gravi, condizioni generali della paziente *Per_1* ed

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

alla evidenza dei dati clinici giornalmente annotati nella sua scheda personale, possono far ritenere sufficientemente integrata, ai fini della sussistenza del nesso causale, la regola probatoria della preponderanza della evidenza o, come correttamente definita anche nella relazione peritale, del "più probabile che non", conformemente alla relativa declinazione giurisprudenziale di cui alla nota sentenza delle S.U. n. 581 dell'11/01/2008 (a tal riguardo si osserva, secondo quanto statuito dalla Suprema Corte, che il nesso causale tra il comportamento omissivo del sanitario ed il pregiudizio subìto dal paziente si configura qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, ove correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi, così S.U. sopra citata).

Se, dunque, in base ad una valutazione prognostica da effettuarsi necessariamente *ex ante*, la doverosa tempestiva ospedalizzazione dell'anziana ospite avrebbe avuto apprezzabili probabilità di evitare lo shock settico che ne causò il decesso, tanto basta per porre quest'ultimo in correlazione causale con l'omissione colposa.

Non rileva, invece, ai fini del collegamento causale con il decesso della sig.ra *Per_1* né, pertanto, ai fini della responsabilità della convenuta, l'individuazione della causa della frattura femorale che costrinse l'anziana a sottoporsi all'intervento di osteosintesi in data 19 febbraio 2013.

Invero, tra la frattura scomposta pluriframmentaria basicervicale del femore sinistro (verosimilmente provocata da evento traumatico, la cui collocazione spazio temporale, tuttavia, non può ritenersi accertata, neppure all'esito della istruttoria orale) e l'esito mortale è certamente intervenuto un duplice fattore causale che, in maniera autonoma l'uno rispetto all'altro, ha portato alla determinazione dell'evento finale: da un lato, l'infezione contratta in sede chirurgica e, dall'altro, la condotta omissiva della convenuta che ha impedito la diagnosi e la cura tempestive dell'infezione nosocomiale. Sicché fra la frattura del femore e l'evento mortale non può ritenersi integrato alcun nesso di causalità giuridicamente rilevante, in quanto il decesso è stato determinato da cause autonome idonee ad interrompere la consequenzialità naturali fra gli eventi.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

Ciò precisato, va quindi ritenuta la sussistenza del nesso causale fra la grave omissione del personale sanitario operante presso *Parte_2* e l'aggravamento dello stato infettivo della paziente sino allo shock settico; così come va ritenuta la qualificazione della omissione in oggetto in termini di colpa, certamente non lieve, ma grave, e quindi di negligenza nell'adempimento delle rispettive prestazioni.

Richiamando le osservazioni sopra svolte, si configura, pertanto, la responsabilità contrattuale di *[...] CP_1* ai sensi dell'art. 1218 c.c., nonché ai sensi dell'art. 1228 c.c. per comportamento negligente dei propri ausiliari; segnatamente del dott. *CP_3* e del dott. *Controparte_4* in qualità rispettivamente di *Parte_* e di medico libero professionista (incaricato da *Parte_2* come proprio consulente esterno, "*al fine di meglio tutelare e garantire la salute degli ospiti*") che ebbero a visitare la sig.ra *Per_1* nel periodo ricompreso fra il 23 febbraio ed il 26 marzo 2013 (cfr. cartella sanitaria, diario infermieristico e scheda integrata personalizzata), nonché del personale infermieristico prestato ad *Parte_2* dalla *Controparte_14* A tale riguardo la CTU ha, infatti, messo in evidenza come le condotte esigibili che, se poste in essere, avrebbero ragionevolmente scongiurato l'esito infausto della vicenda, siano da ritenersi talmente basilari da non richiedere chissà quale competenza specialistica e/o apparecchiatura strumentale, bensì unicamente un bagaglio conoscitivo sanitario di base, che, pertanto, può e deve esigersi anche da parte di personale paramedico ed infermieristico, ancorché, come si dirà, in misura ragionevolmente inferiore rispetto al comportamento doveroso ed al bagaglio di conoscenze ed esperienze esigibile da parte del personale medico.

Diversamente si deve ragionare per quanto attiene alla posizione della *Controparte_5* le cui prestazioni, contrattualmente dovute nei confronti di *CP_1* in forza del menzionato contratto del 01/10/2012 (di natura prevalentemente assistenziale, alberghiera e ricreativa) nulla hanno a che vedere con le prestazioni medico-sanitarie in questione. Come correttamente rilevato dalla difesa di *Controparte_5* il decesso della Sig.ra *Per_1* va ascritto a condotte e prerogative di pertinenza del solo personale medico e paramedico, con la conseguenza che il personale della cooperativa è esente da ogni responsabilità.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

INDIVIDUAZIONE DELLE POSTE DI DANNO RISARCIBILI IN BASE ALLA PROSPETTAZIONE ED ALLA DOMANDA ATTOREA.

Così accertata la responsabilità della convenuta, si procede ora alla liquidazione dei danni richiesti dall'attrice, *Parte_1*, in qualità di unica figlia della compianta sig.ra *Per_1* [redacted] a causa di una disfunzione multiorgano terminale conseguente a sepsi, a distanza di poco più di un mese dalla contrazione della infezione nosocomiale.

L'attrice ha chiesto il risarcimento sia del danno patrimoniale, costituito dall'apporto di ordine economico venuto meno in conseguenza dell'evento, sul quale il congiunto avrebbe potuto fare affidamento per il futuro (segnatamente il reddito pensionistico della madre), sia del danno morale *sub specie* di danno da perdita del rapporto parentale. La difesa attorea ha, altresì, domandato il risarcimento *iure hereditatis* del danno tanatologico sofferto dalla defunta a causa del dolore fisico patito in conseguenza della frattura femorale e del rapido deperimento organico provocato dall'aggravarsi dello stato infettivo.

SUL DANNO PATRIMONIALE RIFLESSO.

Procedendo nell'ordine, il danno patrimoniale riflesso richiesto dall'attrice consiste, secondo la giurisprudenza maggioritaria di legittimità formatasi sul punto, nel pregiudizio conseguente alla cessazione o riduzione dell'apporto economico che il danneggiato primario assicurava o avrebbe verosimilmente assicurato alla vittima secondaria, tenuto conto della relazione familiare e della intensità del legame.

In materia, la giurisprudenza della Corte di Cassazione è attestata nel senso che "*a norma dell'art. 2043 cod. civ., ai prossimi congiunti di un soggetto, deceduto in conseguenza del fatto illecito addebitabile ad un terzo (come nel caso di morte del lavoratore dovuta ad infortunio sul lavoro imputabile al datore di lavoro), compete il risarcimento del danno anche patrimoniale, purché sia accertato in concreto che i medesimi siano stati privati di utilità economiche di cui già beneficiavano e di cui, presumibilmente, avrebbero continuato a beneficiare in futuro*" (cfr. Cass., n. 4980/06).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

Con riguardo al caso di specie, prima ancora della valutazione del quadro probatorio-indiziario, ammissibile ai fini della dimostrazione sia dell'intensità del legame familiare che della regolarità della contribuzione/elargizione di provvidenze economiche da parte della vittima primaria, emerge in maniera evidente la totale mancanza di allegazione di circostanze utili ai fini dell'accertamento dei relativi presupposti.

Indicato l'importo complessivo degli emolumenti pensionistici percepiti dalla sig.ra *Per_1* la difesa di parte attrice si limita ad esporre che una parte di essi veniva destinata al pagamento della retta degenza a favore di *Parte_2* così prospettando la spettanza, in proprio favore, della differenza di reddito mensile percepito dalla madre.

A ben vedere, quanto prospettato in citazione attiene più ad una mera aspettativa di fatto dell'erede, che ad un danno patrimoniale riflesso propriamente inteso. Parte attrice non deduce nulla, infatti, su come fossero impiegate le somme pensionistiche non destinate al pagamento della retta, né asserisce specificamente che una parte di esse venisse regolarmente corrisposta in proprio favore, né tanto meno a che titolo (atto di liberalità, alimenti, obbligazione naturale, adempimento di obblighi contrattuali …). Né, ancora, è stata fornita prova della esistenza di una qualche forma di risparmio o accantonamento di somme a favore dei familiari.

In difetto di allegazioni sul punto, è ragionevole ritenere che le entrate mensili della sig.ra *Per_1* fossero interamente destinate al pagamento delle spese necessarie per la cura, l'assistenza e la soddisfazione dei propri bisogni primari, non essendo stata dedotta l'esistenza di crediti o di elargizioni economiche erogate in via di fatto a favore della figlia.

La domanda di risarcimento del danno patrimoniale riflesso appare ancora più infondata alla luce della giurisprudenza di legittimità recentemente formatasi in materia. La Suprema Corte ha assunto, infatti, un orientamento ancora più restrittivo, ricollegando la risarcibilità di tale voce di danno alla sussistenza di un rapporto di convivenza tra il genitore (o il nonno) ed il figlio (o nipote). Ha affermato, al riguardo, la Cassazione che "*nel passato (del quale è espressione l'indirizzo giurisprudenziale*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

consolidato), la certezza o, quantomeno, il rilevante grado di probabilità di provvidenze economiche durevoli e costanti nel tempo, erogate da genitori a favore di figli maggiorenni ed economicamente indipendenti e da nonni a favore di nipoti non conviventi, poteva fondarsi su obblighi, non giuridici, ma socialmente molto forti perché radicati in stili di vita di completa dedizione dei genitori/nonni nei confronti dei discendenti. Oggi, le molteplici mutazioni nel costume e negli stili di vita dei genitori/nonni impongono - anche al fine di eliminare le incertezze di una prova caso per caso, che non può escludere la possibilità di testimonianze compiacenti – l'individuazione di un dato esteriore certo che, come la convivenza, consenta di ancorare la certezza o, quantomeno, il rilevante grado di probabilità che le sovvenzioni continuino nel tempo, ad una concreta pratica di vita nella quale, tra le regole etico-sociali di solidarietà e costume, rientra l'erogazione di provvidenze economiche all'interno della famiglia allargata. Fuori dalla convivenza, restando solo l'assoluta imprevedibilità di erogazioni che, configurandosi come atti di liberalità, possono legittimamente cessare in ogni momento. Con la conseguenza che, in mancanza di convivenza o di altro obbligo giuridico, non essendo ipotizzabile con elevato grado di certezza un beneficio durevole nel tempo, non può sussistere perdita che si risolva in un danno patrimoniale" (Cass., n. 4253/12).

L'applicazione di tali principi ed arresti giurisprudenziali al caso di specie porta a disattendere la domanda di risarcimento avanzata dall'attrice in relazione alla predetta voce di danno.

SUL DANNO DA PERDITA DEL RAPPORTO PARENTALE.

Alla stregua della giurisprudenza della Corte di Cassazione, "*il soggetto che chiede* iure proprio *il risarcimento del danno subito in conseguenza della uccisione di un congiunto per la definitiva perdita del rapporto parentale lamenta l'incisione di un interesse giuridico diverso sia dal bene salute, del quale è titolare (la cui tutela ex art. 32 cost., ove risulti intaccata l'integrità psicofisica, si esprime mediante il risarcimento del danno biologico), sia dall'interesse all'integrità morale (la cui tutela, ricollegabile all'art. 2 cost., ove sia determinata una ingiusta sofferenza contingente, si esprime mediante il risarcimento del danno morale soggettivo), e ciò in quanto l'interesse fatto valere è quello*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di quella peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, la cui tutela è ricollegabile agli art. 2, 29 e 30 cost. Trattasi di interesse protetto, di rilievo costituzionale, non avente natura economica, la cui lesione non apre la via ad un risarcimento ai sensi dell'art. 2043 c.c., nel cui ambito rientrano i danni patrimoniali, ma ad una riparazione ai sensi dell'art. 2059 c.c., senza il limite ivi previsto in correlazione all'art. 185 c.p. in ragione della natura del valore inciso, vertendosi in materia di danno che non si presta ad una valutazione monetaria di mercato (Cass., n. 2557/11). Dal punto di vista delle conseguenze della lesione, il pregiudizio in discorso può manifestarsi come sofferenza interiore o come sconvolgimento delle abitudini e delle aspettative di vita dei superstiti danneggiati: vale a dire – utilizzando, a fini descrittivi, le vecchie "categorie" - come danno morale o danno esistenziale. Si tratta, dunque, di valutare gli elementi che siano stati (allegati e) provati dall'attrice, posto che "*il danno biologico, il danno morale ed il danno alla vita di relazione rispondono a prospettive diverse di valutazione del medesimo evento lesivo, che può causare, nella vittima e nei suoi familiari, un danno medicalmente accertato, un dolore interiore e un'alterazione della vita quotidiana, sicché il giudice di merito deve valutare tutti gli aspetti della fattispecie dannosa, evitando duplicazioni, ma anche "vuoti" risarcitori, e, in particolare, per il danno da lesione del rapporto parentale, deve accertare, con onere della prova a carico dei familiari della persona deceduta, se, a seguito del fatto lesivo, si sia determinato nei superstiti uno sconvolgimento delle normali abitudini tale da imporre scelte di vita radicalmente diverse*" (Cass., n. 19402/13). Questa prova (secondo le regole generali) può fondarsi anche su presunzioni: "*se dunque il danneggiato (quantomeno) alleghi il fatto base della normale e pacifica convivenza del proprio nucleo familiare e che il decesso del (o le gravi lesioni subite dal) proprio congiunto all'esito del fatto evento lesivo hanno comportato una sofferenza interiore tale da determinare un'alterazione del proprio relazionarsi con il mondo esterno, inducendolo a scelte di vita diverse, incombe al danneggiante dare la prova contraria idonea a vincere*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

*la presunzione della sofferenza interiore, così come dello "sconvolgimento esistenziale" riverberante anche in obiettivi e radicali scelte di vita diverse, che dalla perdita (o anche solo dalla lesione ...) del rapporto parentale secondo l'*id quod plerumque accidit *normalmente discendono per lo stretto congiunto*" (Cass., n. 10527/11).

Rilevano – evidentemente – l'età del sopravvissuto e del congiunto venuto meno, la presenza ed il numero di altri familiari sopravvissuti, secondo quanto ribadito da una recente pronuncia della Corte di Cassazione, a mente della quale, "*se l'illecito abbia gravemente compromesso il valore persona, come nel caso della definitiva perdita del rapporto matrimoniale e parentale, ciascuno dei familiari superstiti ha diritto, in proporzione alla durata e alla intensità del vissuto, alla composizione del restante nucleo che può prestare assistenza morale e materiale, avuto riguardo sia all'età della vittima primaria che a quella dei familiari danneggiati, alla personalità individuale di costoro, alla loro capacità di reazione e sopportazione del trauma, e ad ogni altra circostanza del caso concreto - che deve esser allegata e provata, ancorché presuntivamente, secondo nozioni di comune esperienza, essendo danni-conseguenza, spettando alla controparte la prova contraria di situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare - ad una liquidazione comprensiva di tutto il pregiudizio non patrimoniale subito*" (Cass., n. 9231/13).

Dagli elementi acquisiti al processo risulta che l'attrice era figlia unica della compianta madre, della quale era anche tutore legale. Ella provvedeva, quindi, in via pressoché esclusiva ad ogni adempimento ed incombente relativo agli interessi primari, sia personali che patrimoniali, della madre, che continuava a frequentare assiduamente anche dopo il ricovero in struttura (circostanza quest'ultima mai contestata e comunque risultante dalle cartelle cliniche ove viene dato atto della frequente relazione intercorrente fra il personale di *Parte_2* e la sig.ra *Parte_1*).

E' facile immaginare, dunque, l'intensità del legame affettivo che esisteva fra madre e figlia.

Ciò detto, sulla base degli elementi appena illustrati e tenendo conto di quanto desumibile (con indicazioni che costituiscono punto di riferimento costantemente seguìto da questo Tribunale e ritenute

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

congrue dalla consolidata giurisprudenza di legittimità: cfr. Cass., 3° sez., sentenza n. 12408 del 7 giugno 2011), dalle tabelle milanesi, si reputa congruo fissare il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale nella complessiva somma di € 200.000,00, considerato anche che detto pregiudizio pare essersi particolarmente concentrato sul versante della sofferenza interiore (patita dall'attrice nell'assistere, impotente, al rapido e straziante evolversi della malattia infettiva della madre, deceduta a seguito di atroci dolori, protrattisi per oltre trenta giorni senza ricevere aiuto quanto meno nell'alleviare la sofferenza provocata dal processo morboso in atto) e sul venir meno delle occasioni di incontro con la madre (destinate, peraltro, a non durare per moltissimo tempo, essendo la *Per_1* settantasettenne al momento del decesso e comunque già di fatto compromesse nella loro qualità a causa del grave deficit cognitivo della anziana, che ne limitava significativamente la partecipazione alla vita familiare), non avendo invece prodotto – a lungo termine – particolari "sconvolgimenti" in una sfera esistenziale extrafamiliare non apparsa particolarmente ricca (non sono stati allegati *hobbies*, attività sportive o ricreative, interessi extralavorativi cui l'attrice abbia rinunciato dopo la morte della madre).

Le somme liquidate devono essere devalutate secondo gli indici *Org_* al momento del fatto. Gli interessi al tasso legale debbono poi computarsi - in ossequio al criterio fatto proprio dalle Sezioni Unite della Cassazione (sent. n. 1712/95) - sulle somme annualmente rivalutate. Ne deriva - conclusivamente - che la somma spettante all'attrice, all'attualità, ammonta ad € 208.934,45.

SUL DANNO TANATOLOGICO.

Per quanto concerne il c.d. danno tanatologico, la relativa domanda va disattesa alla luce della recente sentenza delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, n. 15350/2015, che ha sancito la non risarcibilità di tale categoria di danno. Sul punto le S.U. hanno stabilito che "*In materia di danno non patrimoniale, in caso di morte cagionata da un illecito, il pregiudizio conseguente è costituito dalla perdita della vita, bene giuridico autonomo rispetto alla salute, fruibile solo in natura dal titolare e insuscettibile di essere reintegrato per equivalente, sicché, ove il decesso si verifichi immediatamente o*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

dopo brevissimo tempo dalle lesioni personali, deve escludersi la risarcibilità iure hereditatis di tale pregiudizio, in ragione - nel primo caso – dell'assenza del soggetto al quale sia collegabile la perdita del bene e nel cui patrimonio possa essere acquisito il relativo credito risarcitorio, ovvero - nel secondo - della mancanza di utilità di uno spazio di vita brevissimo". Sul punto, è la stessa difesa di parte attrice, a pagina 10 dell'atto di citazione, ad asserire che la morte della vittima primaria è sopraggiunta a breve distanza di tempo dall'azione lesiva, così instando per il riconoscimento del danno cosiddetto tanatologico, piuttosto che per il danno biologico terminale o per quello catastrofale.

SULL'AZIONE DI REGRESSO E SULLA GRADUAZIONE DELLE COLPE.

Richiamando ora le considerazioni svolte in merito alla natura della responsabilità della convenuta, si osserva come l'obbligo al risarcimento per i danni, conseguiti alla sopra accertata omissione, gravi in capo alla stessa *CP_1* quale impresa titolare della *Pt_2* di *Parte_2*, ai sensi dell'art. 1228 c.c., operante anche nel caso in cui alcuna imperizia o negligenza sia alla stessa direttamente imputabile. Come già chiarito, in forza del contratto conclusosi fra *CP_1* e l'ospite *Per_1* la prima era tenuta non solo a mettere a disposizione degli utenti i propri locali, i propri strumenti ed il personale infermieristico e medico, ma anche a rispondere dei danni eventualmente patiti dai predetti per effetto dell'operato di tutti coloro che, a vario titolo, facevano parte della struttura aziendale di *[...] Pt_2* ai sensi dell'art. 1228 c.c. Sul punto, la giurisprudenza di legittimità ormai pacificamente riconosce la responsabilità della struttura ospedaliera (il che può valere, *mutatis mutandis*, anche per le strutture residenziali che, quali case di riposo o *Orga*, ospitino anziani o persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti affetti da problemi psico-fisici), quale titolare del rischio di impresa, per gli esiti infausti causati dal personale a qualunque titolo operante all'interno della propria struttura, alla luce della considerazione per cui rientra nei doveri della stessa l'obbligo di scegliere e cooptare, financo nel caso in cui siano indicati dal paziente, medici dotati di professionalità e competenza, e solo a tale imprescindibile condizione ammetterli ad operare presso i propri locali (così

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

la già citata Cass., 3° sez., sentenza n. 13953/2007 e in senso conforme anche Cass. sentenza n. 1620/2012). Principio di certo valido anche quando la negligenza/imperizia addebitabile al personale sia consistita in una omissione, come nel caso che occupa.

Ciò premesso, si osserva come, nei confronti del paziente/ospite, medici, personale e struttura rispondano in via solidale ai sensi dell'art. 2055 c.c., applicabile indipendentemente dal titolo delle rispettive responsabilità; questione che, a ben vedere, nel caso di specie interessa relativamente, posto che pur ritenendo, come sopra già spiegato, che i sanitari, alla luce dei princìpi ispiratori della Legge n. 189/2012, come autenticamente interpretata dall'art. 7 della Legge 24/2017, rispondano a titolo extracontrattuale, nel caso concreto l'elemento soggettivo richiesto dall'art. 2043 c.c. emerge in termini di colpa dall'elaborato peritale redatto dal dott. *Persona_3*

Orbene, nei rapporti interni tra struttura ospedaliera e medico (ma anche fra struttura residenziale e sanitari, medici ed infermieri) è possibile, almeno in astratto, procedere ad una graduazione di responsabilità nel caso in cui più fattori causali, ugualmente efficienti, abbiano concorso alla produzione del danno. In generale, infatti, se un unico evento dannoso è imputabile a più soggetti, al fine di ritenere tutti responsabili nell'obbligo risarcitorio, ancorché eventualmente in diversa misura, è sufficiente che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrlo, in applicazione dei princìpi che regolano il nesso di causalità, come per esempio potrebbe verificarsi se l'evento avverso fosse stato in parte determinato da negligenza medica, ed in parte determinato da carenze della struttura (*ex multis*, cfr. Cass. 3° sez., sentenza n. 23918/2006).

Tuttavia, nel caso in esame, alla casa di cura convenuta non sono addebitabili condotte od omissioni tali da palesare una corresponsabilità nel risultato sfavorevole, che è derivato esclusivamente dal comportamento gravemente negligente dei sanitari che si occuparono della sig.ra *Per_1* medici e personale infermieristico, i quali avrebbero dovuto prontamente informare i responsabili di *Parte_2* della gravità delle condizioni dell'anziana e della necessità di condurla con urgenza in ospedale.

Pertanto *CP_1* risponderà, per le ragioni già esposte, solamente in via "indiretta" ai sensi dell'art.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

1228 c.c., dovendosi accogliere, però, la spiegata azione di regresso nei confronti dei due medici chiamati in causa e della società fornitrice del personale infermieristico.

All'esito dell'attività istruttoria sia documentale che orale risulta, infatti, che la condotta omissiva che ha portato la sig.ra *Per_1* al decesso per setticemia è ascrivibile ad una grave negligenza del personale medico (MMG e consulente esterno della struttura) e sanitario (infermieri della società *[...]* *Controparte_7* in forza presso *Parte_2* nel periodo ricompreso fra il 23 febbraio ed il 26 marzo 2013.

Più in particolare dall'analisi della cartella sanitaria, dal diario infermieristico e della scheda personalizzata integrata risulta che la sig.ra *Per_1* una volta dimessa [redacted] di Rimini e rientrata in struttura in data 23 febbraio 2013, venne quotidianamente monitorata dal personale infermieristico, che sin da subito ne annotò lo stato febbrile, provvedendo a somministrarle tachipirina e terapia antalgica, a tenerla idratata e a medicarle la ferita.

La prima visita medica risale al 9 marzo 2013 e venne effettuata dal dott. *CP_3* (cfr. diario clinico stilato in data 09.03.2013: visita medica in pz sottoposta in data 19.02.2013 ad intervento di osteosintesi in seguito a frattura del femore sinistro e di episodio febbrile in mattinata. Pz portatrice di catetere che si è rimosso questa mattina. Attualmente apiretica T.C. = 36,2°C; F.C. = 84; P.A. = 130/84; Sat.O2 = 99% in aria ambiente. Levoxacin 500 mg 1 cp al giorno in caso di febbre per 5 giorni. Fare urinocoltura in caso non venga somministrato l'antibiotico. Visionati esami ematici).

La seconda visita medica venne effettuata dal dott. *CP_4* in data 11 marzo 2013 (cfr. diario clinico dell'11/03/2013: visita medica: P.A. 135/75; F.C. 92; Sat.O2 93%; T.C. 36,9°C. Continua la terapia in atto. Diario infermieristico stilato in data 11.03.2013: ... cominciando da oggi, se l'ospite non presenterà febbre fino al 13.03.2013 l'esame delle urine non andrà eseguito. Se la febbre persiste giovedì 14.03.2013 si esegue esame urine completo. Ordine del Dott. *CP_4* ... Diario assistenziale stilato in data 11.03.2013: ... ore 01:00 T.C. 37,4°C; ore 04:00 T.C. 37,4°C; ore 05:30 T.C. 37,3°C ...).

Il dott. *CP_3* visitò nuovamente la paziente in data 14 marzo 2013 (cfr. diario clinico stilato in

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

data 14.03.2013: visita medica: pz assopita non risvegliabile. MV ridotto con qualche rantolo basilare. P.A. = 130/80; sat.O2 = 96%; F.C. 76; T.C. = 36,2°C. Non edemi declivi. Domani esegue es. ematici ed urinari).

In data 17/03/2013 nel diario infermieristico veniva annotato: "*al giro del pomeriggio si presenta rantolante Sat.O2 89% AA. Posturata semiseduta con beneficio parziale. Appare pallida e fredda. P.A. 90/60 ore 16:00. P.A. 100/60 ore 16:30 dopo infusione veloce di 250 cc NaCl. In corso glucosata al 5%. P.A. 130/60 ore 16:45. Per tutto il pomeriggio T.C. e F.C. 120 bpm di media. Appare molto sofferente ... al primo giro di controllo ... ore 19:30 ... F.C. 120 Sat.O2 90% AA; T.C. 37°C ... ore 22:00 T.C. 37,1°C. Respiro affannoso ...*". Ciononostante, la struttura contattava ed informava la figlia della sig.ra *Per_1* anziché il suo medico curante o il consulente dott. *CP_4* .

Seguiva il 19 marzo 2013 un ulteriore controllo da parte del dott. *CP_3* (Cfr. diario clinico stilato in data 19.03.2013: "*visita medica: paziente assopita, non risvegliabile, P.A. 120/60; F.C. 102 ... Sat.O2 = 95% in aria ambiente; T.C. = 37,1°C. Addome trattabile, non dolente alla palpazione superficiale e profonda ... MV ridotto con rantolo basilare sinistro, non edemi. Parlato con l'oncologia per questa febbre persistente che consiglia esami di controllo ed incontro con i familiari ... riferiti valori discontinui della saturazione e della pressione arteriosa. Se la paziente si aggrava inviare in PS per accertamenti e cure ... ossigenoterapia al bisogno").*

Ancora, in data 23 marzo 2017 la paziente *Per_1* veniva visitata dal dott. *CP_3* che constatava: "*pz assopita ma risvegliabile. P.A. = 120/70; F.C. = 84; Sat.O2 = 92%; T.C. = 36,0°C. Riferita questa mattina iperpiressia trattata con Tachipirina 1.000. Metto in terapia con Fidato 1 gr 1 al giorno. La pz si alimenta regolarmente anche se in modo incompleto. Controllare parametri vitali ed alimentazione. Se non è possibile alimentarla o se i parametri si alterano PS per cure ed accertamenti* (cfr. diario clinico del 23/03/13).

Nel diario infermieristico del 24/03/2013 viene annotata la presenza di *"infezione della ferita chirurgica con abbondante fuoriuscita del pus. AI si presenta gonfio, arrossato e dolente. Domani in*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

visione medica”.

Il giorno successivo viene constatato: “*Presenta area chirurgica edematosa ed "impastata". E’ evidente un distaccamento dei lembi ferita distale, molto arrossata. Abbondante fuoriuscita di materiale purulento e sieroso. La paziente appare molto sofferente.* CP_20 *, F.C. 130 bpm Sat.O2 90% AA.*”.

Viene contattato il dott. CP_3 il quale non si reca a vedere la paziente, limitandosi a prescrivere di raddoppiare il dosaggio antibiotico e a trasferire l’anziana presso il PS ortopedico di Rimini nella giornata successiva.

Il ricovero della sig.ra Per_1 avviene solo in data 26 marzo 2013.

Il contenuto delle schede cliniche non è stato fatto oggetto di contestazione dalle parti. I medici chiamati in giudizio, sentiti in occasione dei rispettivi interrogatori formali, hanno peraltro confermato di aver visitato la paziente nel periodo ricompreso fra il 23 febbraio ed il 26 marzo 2017.

L’analitica ricostruzione della vicenda, come emerge dai diari infermieristici e dalla scheda personalizzata in atti, evidenzia la preponderante responsabilità del dott. CP_3 nell’aver sottovalutato i segnali clinici della paziente e nell’averne ritardato l’ospedalizzazione, malgrado l’evidenza dei sintomi accertati e documentati in cartella. Dal 23 febbraio al 26 marzo 2013, mentre il dott. CP_4 visitò la paziente in un’unica occasione (comunque rilevante rispetto ai segnali clinici già evidenti in data 11 marzo 2013), il dott. CP_3 la visitò per ben tre volte e, nonostante il 25 marzo fosse stato avvisato del grave peggioramento delle condizioni di salute dell’anziana, non ritenne di visitarla, ma concordò con medico del PS ortopedico il ricovero per il giorno successivo.

Innanzi ai differenti comportamenti assunti dai medici e dal personale infermieristico coinvolto nella vicenda in esame (tutti, ad ogni buon conto, gravemente negligenti ed eziologicamente connessi all’evento mortale, come sopra già ampiamente rilevato) va ragionevolmente differenziata la gravità delle rispettive condotte, maggiore per i medici rispetto al personale paramedico, in virtù delle rispettive specifiche competenze e del relativo grado di esigibilità della condotta alternativa doverosa;

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

maggiore per il Parte_ rispetto al consulente esterno, avendo avuto più concrete possibilità il primo di sincerarsi delle condizioni cliniche della paziente e di verificarne l'aggravamento progressivo e costante nel tempo, senza tuttavia intervenire in maniera adeguata e tempestiva.

Si ritiene, pertanto, da un lato fondata la domanda di regresso di CP_1 nei confronti del dott. CP_3 [...] del dott. Controparte_4 e della Controparte_14 dall'altro, la necessità di graduare le colpe dei predetti terzi chiamati in misura pari rispettivamente a 50% il dott. CP_3 25% il dott. CP_4 e l'ulteriore 25% Controparte_14, tenuto conto delle circostanze e dei fattori sopra evidenziati.

I medici e la Controparte_14 dovranno, quindi, tenere indenne CP_1 da tutto quanto verrà dalla stessa corrisposto in esecuzione della presente sentenza, a titolo di capitale, interessi e spese di lite (comprese quelle liquidate al consulente tecnico d'ufficio) ex art. 1299 c.c. ciascuno per la quota di relativa spettanza per le ragioni e nella misura percentuale sopra determinate.

LA RIVALSA NEI CONFRONTI DELLE ASSICURAZIONI CHIAMATE IN CAUSA

Non è oggetto di contestazione il rapporto assicurativo fra la convenuta CP_1 e la compagnia di assicurazioni CP_15

La compagnia va, quindi, condannata a manlevare l'assicurata CP_1 di quanto pagherà all'attrice sulla base della presente sentenza, detratta la prevista franchigia pari a 250,00 euro, fermo il diritto di surrogazione dell'assicuratore verso i terzi ex art. 1916 c.c.

CP_1 non ha contestato la validità né l'efficacia della clausola di gestione della lite di cui all'art. 11 delle condizioni generali del contratto, invocata dalla difesa di CP_15 la quale deve pertanto trovare applicazione.

Quanto al rapporto assicurativo fra il dott. CP_3 e la contumace Controparte_11 è stata prodotta in atti copia della polizza n. [redacted] avente decorrenza dal 01/12/2010 al 01/12/2011 e della polizza n. [redacted] decorrente dal 21/12/2010 al 21/12/2011.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

Non vi è prova in atti di rinnovi successivi. La contumacia di *Controparte_11* esclude l'applicazione del principio di non contestazione ai sensi dell'art. 115 c.p.c.

La domanda di rivalsa nei confronti di *CP_11* non può, pertanto, trovare accoglimento in difetto di prova della vigenza del rapporto assicurativo nel periodo in cui si sono svolti i fatti di causa (febbraio/marzo 2013).

SULLE SPESE DI LITE

Le spese seguono la soccombenza ai sensi dell'art. 91 c.p.c. e, trattandosi di attività professionale ancora in corso alla data del 3 aprile 2014 di entrata in vigore del D.M. n. 55 del 2014 (pubblicato sulla G.U. n. 77 del 02 aprile 2014), si liquidano secondo i parametri dettati da tale decreto, le cui disposizioni, ai sensi dell'art. 28, si applicano alle «liquidazioni successive alla sua entrata in vigore» (v. anche SU 17405/2012 rv. 623533). Esse vanno liquidate come in dispositivo, tenuto conto che «Nei giudizi per pagamento di somme o liquidazione di danni, si ha riguardo di norma alla somma attribuita alla parte vincitrice piuttosto che a quella domandata».

Le spese di CTU, come liquidate con decreto in data 07/12/2016, vanno poste definitivamente a carico di *CP_1* salvo il diritto di regresso di quest'ultima nei confronti di *CP_3* *Controparte_4* e *Controparte_14* ciascuno limitatamente alla quota percentuale sopra determinata.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

1. DICHIARA la contumacia di *Controparte_21*
2. In parziale accoglimento della domanda attorea, DICHIARA TENUTA E CONDANNA *[...]* *CP_1* al pagamento in favore di *Parte_1*, per i titoli di cui in motivazione, della complessiva somma di € 208.934,45, oltre interessi in misura legale dall'11 luglio 2017 al saldo effettivo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

3. CONDANNA *CP_1* a rifondere a favore di parte attrice le spese del presente giudizio, che si liquidano in 13.430,00 euro per compensi professionali di avvocato, oltre ad accessorî di legge e spese generali non imponibili.
4. CONDANNA *Controparte_22* a manlevare e tenere indenne *[...] CP_1* dal pagamento di tutte le somme che l'assicurata deve corrispondere all'attrice in forza della predetta sentenza.
5. ACCOGLIE l'azione di regresso spiegata da *CP_1* nei confronti di *CP_3 Controparte_4* e *Controparte_7* in ragione rispettivamente delle quote percentuali del 50%, 25% e 25%.
6. CONDANNA *CP_3 Controparte_4* e *Controparte_7 [...]* a rifondere a *CP_1* in solido fra loro e, nei rapporti interni, in ragione rispettivamente del 50%, 25% e 25%, le spese del presente giudizio, che si liquidano in 13.430,00 per compensi professionali di avvocato oltre ad accessorî di legge e spese generali non imponibili.
7. RIGETTA l'azione di regresso spiegata da *CP_1* nei confronti di *[...] CP_5*
8. CONDANNA *CP_1* a rifondere a *Controparte_23* le spese del presente giudizio che si liquidano in le spese del presente giudizio che si liquidano in 13.430,00 per compensi professionali di avvocato oltre ad accessorî di legge e spese generali non imponibili.
9. RIGETTA la domanda di rivalsa di *CP_3* nei confronti di *Controparte_18 [...]*
10. COMPENSA le spese di lite fra la convenuta *CP_1* e la compagnia *[...] CP_16*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854

11. PONE definitivamente le spese di CTU, come liquidate con decreto in data 07/12/2016, a carico di *CP_1* salvo il suo diritto di regresso nei confronti di *CP_3* *Controparte_4* e *Controparte_14* ciascuno limitatamente alla quota percentuale sopra determinata.

Così deciso a Rimini il giorno 11 luglio 2017.

Il giudice

dott.ssa Costanza Perri

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-854