



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di TORINO

Quarta Sezione Civile

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Giacomo Oberto
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 5702/2018 promossa da:

Parte_1 e *Parte_2* (in proprio e
in qualità di erede di *Persona_1*); *Parte_3* , [...] *Parte_4* , *Parte_5* , *Parte_6* (questi due ultimi in
qualità di eredi di *Persona_2*), *Parte_7* (in qualità
di erede per la quota di 1/3 di *Persona_3*), *Parte_8* ,
Parte_9 (entrambi in qualità di eredi per la quota di ½ cad. di
Persona_4), tutti quanti in proprio e nella loro qualità di eredi e
congiunti della defunta *Persona_5* , con gli avv.ti [redacted]
[redacted] e [redacted] elett.te dom.ti presso
il proprio legale, in [redacted]

ATTORI

contro

Controparte_1 *P.IVA_1*), con il patrocinio degli avv.ti
[redacted] e [redacted] elett.te dom.ta presso i propri legali.

CONVENUTA

Controparte_2 e *CP_3* , con il patrocinio dell'avv.
[redacted] e elettivamente [redacted]
[redacted] 20, [redacted] presso il difensore avv. [redacted]

[redacted] IN CAUSA DALLA CONVENUTA

CP_4 on l'avv. [redacted]

[redacted] CHIAMATA IN CAUSA DALLA CONVENUTA

Controparte_5 on l'avv. [redacted]

TERZA CHIAMATA IN CAUSA DAL CHIAMATO [...] [redacted]

[...]

CONCLUSIONI

Per parti attrici:

“CONCLUSIONI

(estese ai terzi chiamati all'udienza del 18.6.2019)

Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito,

nel merito:

- accertare e dichiarare la responsabilità solidale di *Controparte_1* e dei terzi chiamati dottori *Controparte_6* e *CP_3* per le ragioni di fatto e di diritto argomentate in atti, da cui è conseguito il decesso della sig.ra *Persona_5*, dichiarando esistente il nesso causale tra eventi lesivi ed evento morte di quest'ultima così come accertato nella CTU espletata in corso di causa e conseguentemente

- dichiarare tenuti e condannare la convenuta e i terzi chiamati in solido tra loro al risarcimento integrale a favore degli attori, nella loro qualità di eredi e congiunti della sig.ra *Persona_5*, di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali (compresi i pregiudizi biologici, morali, esistenziali, da perdita del rapporto parentale, anche futuri) risarcibili sia iure proprio che iure hereditatis, nella misura accertanda e determinanda in corso di causa, secondo i parametri risarcitori indicati in atti e nella relazione di CTU espletata in corso di causa (ovvero secondo le diverse somme che verranno ritenute congrue dall'Ill.mo Giudice), oltre rivalutazione monetaria e interessi compensativi dal fatto al soddisfo;

- condannare altresì la convenuta e i terzi chiamati tutti in solido tra loro al risarcimento dei danni ex art. 96 co. 1 e 3 cod. proc. civ. per le ragioni meglio illustrate negli atti conclusivi.

In ogni caso condannare la convenute a i terzi chiamati tutti, in solido tra loro, alla rifusione di tutte le spese (legali stragiudiziali, giudiziali e tecniche), onorari e competenze di giudizio oltre IVA e CPA (secondo i parametri tabellari del D.M. 55/2014 con gli importi aumentati secondo quanto previsto dagli artt. 4 e 6 del predetto Decreto), oltre costo della tassa di registro ed oltre spese successive ed occorrente.

In via istruttoria:

- ordinare l'acquisizione di tutta la documentazione inerente al processo penale (RG n. 1662/07 e 32237/09 Notizie di reato; n. 1117/10 e 2690/10 Tribunale; n. 3305/12 Appello);

- ammettere la prova per testi sui capitoli di prova da 1) a 71) formulati in memoria ex art. 183 co. VI c.p.c. n. 2 (pagine da 2 a 12) con i testi ivi indicati

alle pagine 12 e 13, nonché la prova contraria con il teste *Testimone_1* sui capitoli di prova nn. 14 e 15 formulati da *Contro* in memoria istruttoria n. 2”.

Per parte convenuta:

“Nel merito:

a) in via principale: respingere integralmente qualsivoglia domanda proposta dagli attori e/o dai terzi chiamati nei confronti della convenuta [...] *Controparte_1* in quanto infondata in fatto ed in diritto e dichiarare *CP_1* [...] esente da ogni responsabilità, condannando gli attori a rifondere alla concludente spese, diritti ed onorari di causa;

b) in via subordinata: per la denegata ipotesi in cui il Tribunale adito accertasse e dichiarasse il diritto di parte attrice a vedersi risarcire per i presunti lamentati danni - riconducendone la causazione alla condotta posta in essere dai dott.ri *CP_2* e/o *CP_3* – condannare in via esclusiva i predetti sanitari, ciascuno per la prestazione rispettivamente resa, a detto risarcimento quali esclusivi responsabili del tragico evento occorso alla sig.ra *Per_5* per le motivazioni di cui in narrativa;

c) in via ulteriormente subordinata: nella denegata ipotesi in cui il Tribunale adito accertasse e dichiarasse una qualsivoglia responsabilità, in tutto o in parte, di *Controparte_1* anche in via solidale con i dott.ri *CP_2* e/o *CP_3*, accertare e determinare le rispettive porzioni di responsabilità delle parti convenute e/o terze chiamate, limitando l’eventuale condanna della concludente alla quota di sua propria competenza e, in ogni caso, condannare i dott.ri *CP_2* e/o *CP_3* a rimborsare a *Controparte_1* qualsivoglia somma che quest’ultima fosse tenuta a corrispondere agli attori, in forza del vincolo di solidarietà passiva, in eccesso rispetto a quanto risulterebbe dovuto in dipendenza della sua eventuale quota di responsabilità e/o di apporto causale;

d) sempre in via subordinata: nella denegata ipotesi in cui il Tribunale adito accertasse e dichiarasse una qualsivoglia responsabilità, in tutto o in parte, di *Controparte_1*

- dichiarare i dott.ri *CP_2* e/o *CP_3*, quali esclusivi responsabili di quanto tragicamente occorso alla paziente, tenuti a manlevare e tenere indenne [...] *Controparte_1*

da quanto quest’ultima sarà eventualmente obbligata a pagare in conseguenza delle prestazioni rispettivamente rese dai sanitari alla sig.ra *Per_5* (sia quanto all’esecuzione della prestazione medica sia all’omessa informativa pre-intreventistica) e, per l’effetto, condannare i dott.ri *CP_2* e/o *CP_3* al pagamento di quanto eventualmente dovuto da *Controparte_1* [...] in favore degli attori, nonché

- dichiarare la compagnia *CP_4* tenuta a manlevare e tenere indenne *Controparte_1* da quanto quest’ultima sarà eventualmente obbligata a pagare in conseguenza dei fatti descritti in atto di citazione e, per l’effetto, condannare la medesima Compagnia al pagamento di quanto eventualmente dovuto da *Controparte_1* in favore degli attori, oltre che alla rifusione

delle spese legali del presente giudizio ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1917 c.c. oltre che al rimborso di quanto già corrisposto a titolo di provvisoriale;

e) in ogni caso: dichiarare tenuti e condannare i dott.ri **CP_2** e/o **CP_3**, solidalmente già condannati in sede penale al pagamento in favore degli odierni attori di una provvisoriale immediatamente esecutiva interamente corrisposta da **Controparte_1** a rimborsare quest'ultima della corrispondente quota parte della provvisoriale medesima, ciascuno in proporzione alla porzione di responsabilità che sarà determinata all'esito del presente giudizio, ovvero, in difetto, in proporzione alle porzioni di responsabilità che nel caso dovranno presumersi tra di loro paritetiche, e/o dichiarare tenuta e condannare la compagnia **CP_4** a tenere indenne e/o manlevare l'assicurata relativamente a quanto già corrisposto agli attori a titolo di provvisoriale per l'intero e/o per la sua quota parte.

d) in via istruttoria: A) disporre la rinnovazione della ctu medico legale affinché il consulente d'ufficio che verrà nominato accerti:

- 1) quello che era il quadro clinico e le condizioni di salute della sig.ra **Per_5** al momento del suo ingresso e ricovero presso **Controparte_1**
- 2) se l'indicazione chirurgica all'esecuzione del primo intervento era corretta e se quest'ultimo fu eseguito nel rispetto delle linee guida in materia dai sanitari materiali esecutori dello stesso; 3) se era corretta l'indicazione a procedere con la seconda procedura interventistica e se quest'ultima fu eseguita correttamente e nel rispetto delle linee guida in materia da parte dei sanitari; 4) se corretto fu l'operato dei sanitari anche in relazione all'adempimento degli obblighi d'informativa e d'acquisizione del consenso della paziente all'esecuzione delle procedure interventistiche; 5) valutare quella che fu la condotta posta in essere dalla struttura con riferimento alla prestazione alberghiera limitatamente alla quale la stessa si era obbligata nei confronti della sig.ra **Per_5**
- 6) accertare la configurabilità o meno di una qualsivoglia condotta negligente, imprudente e/o imperita imputabile alla struttura quanto all'evento infettivo verificatosi nonché alla condotta posta in essere dai suoi sanitari quanto alle prestazioni propriamente mediche finalizzate alla risoluzione della predetta infezione; 7) accertare se l'evento infettivo manifestato sia la conseguenza di una condotta negligente e/o imperita della convenuta o se, diversamente, lo stesso possa esser dipeso dal verificarsi di fattori e/o di eventi del tutto indipendenti dall'operato dei sanitari e/o del personale della struttura; 8) accertare l'adozione da parte della struttura di tutte le procedure di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione degli ambienti ospedalieri atte a garantire la massima sicurezza e prevenzione; 9) valutare quella che era la natura (endogena o esogena) dell'infezione contratta dalla paziente; 10) se sussiste il nesso di causalità tra la condotta posta in essere dai convenuti e quanto tragicamente occorso alla paziente; 11) in caso di risposta affermativa, precisare quale è la percentuale di responsabilità ascrivibile a ciascuno dei convenuti;

C) ammettere la prova orale suoi capitoli di seguito precisati con il teste dott.ssa *Testimone_2* c/o [REDACTED] 10090, [REDACTED] sui capitoli di seguito indicati:

- 1) vero che la struttura ha messo in atto, nel corso del 2006/2007, tutte le misure atte ad impedire il manifestarsi di eventi infettivi?
- 2) vero che le misure atte ad evitare il diffondersi di infezioni sono rappresentate dalla cura nel lavaggio delle mani, dall'utilizzo di guanti e mascherina, da adeguata sterilizzazione dei dispositivi medici e dei ferri chirurgici nonché dalla pulizia dei locali?
- 3) vero che, nello specifico, *Controparte_1* ha predisposto dei protocolli operativi interni al fine di istruire il proprio personale medico ed infermieristico in relazione alle adeguate misure atte a prevenire possibili rischi infettivi?
- 4) vero che i protocolli prodotti in giudizio (dal doc. 11 al 22) erano tutti vigenti al tempo dei fatti di causa e, dunque, durante il ricovero presso la struttura della sig.ra *Per_5*
- 5) vero che *Controparte_1* dava incarico alla società *Org_2* affinché provvedesse, nei termini previsti dalla normativa di riferimento, alla verifica e alla rilevazione delle cariche batteriche a mezzo di campionamenti d'aria presso le sale operatorie ecc..?
- 6) vero che i tamponi eseguiti dalla predetta società presentavano valori nella norma e, comunque, inferiori rispetto ai limiti massimi prefissati dalle linee guida dell' *Pt_10* ?
- 7) vero che i ferri chirurgici utilizzati negli interventi eseguiti sulla persona della sig.ra *Per_5* erano sterili?
- 8) vero che la sterilizzazione dei ferri avveniva per mezzo dell'utilizzo di apposite sterilizzatrici (autoclave)?
- 9) vero che ciclicamente viene attestato il corretto funzionamento delle autoclavi utilizzate per la sterilizzazione dei ferri?
- 10) vero che le infezioni nosocomiali e, dunque, quelle che possono diffondersi a causa dei presidi ospedalieri hanno natura esogena?
- 11) vero che l'infezione da enterobacter aerogenes contratta dalla sig.ra *Per_5* aveva natura endogena, ossia di provenienza dalla flora intestinale della paziente medesima?
- 12) vero che la sig.ra *Per_5* al manifestarsi dell'infezione, fin dal 15.12.06 era isolata in una stanza di terapia intensiva (letto n. 8)?
- 13) vero che nel reparto di terapia intensiva vi era una postazione del medico di guardia (postazione aperta) e del personale d'assistenza che consentiva una visione completa del reparto ed assicurava un controllo continuo sui pazienti (in posizione centrale)?
- 14) vero che presso la terapia intensiva erano in essere al tempo dei fatti orari rigidi di accesso dei parenti?
- 15) vero che per l'accesso in terapia intensiva era previsto l'uso di mascherine e di abbigliamento adeguato?

Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa”.

Per parti terze chiamate *CP_2* e *CP_3* :

“in via principale,
respingere integralmente le domande attoree, in quanto infondate in fatto ed in diritto e, comunque, non provate, per tutte le ragioni espresse in narrativa;
in via subordinata,
nella denegata ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande formulate dalle parti attrici condannare *Controparte_5* per quanto fosse eventualmente tenuto a pagare il dott. *Controparte_6* in favore della parte attrice; condannare *Controparte_8* per quanto fosse eventualmente tenuto a pagare la dott.ssa *CP_3* in favore della parte attrice.

In via istruttoria,
ammettere la prova orale sui capitoli indicati nelle memorie 183 VI co cpc n. 2 con il teste l'avv. *Tes_3* con studio in Torino via, [REDACTED]
ammettere il deposito delle ricevute di pagamento assicurazione *CP_9* oggi *Org_1* relative alla polizza sottoscritta dalla dott.ssa *CP_3* per gli anni 2006-2007.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa”.

Per parte terza chiamata *Controparte_10*

“Piaccia all'Ill.mo Giudice del Tribunale di Torino, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione

NEL MERITO IN VIA PRINCIPALE

accertare e dichiarare l'infondatezza in fatto ed in diritto della domanda di parti attrici e, conseguentemente, respingerne le richieste;

NEL MERITO IN VIA SUBORDINATA

Nell'ipotesi in cui venisse accolta in tutto o in parte la domanda di parti attrici, accertare e dichiarare la responsabilità esclusiva dei Dott.ri *Controparte_2* e *CP_3* ;

NEL MERITO IN [REDACTED]

[REDACTED] in cui venisse accolta in tutto o in parte la domanda di parti attrici ed anche accertata una qualche responsabilità della convenuta [...]

Controparte_1 dichiarare tenuta la terza chiamata *CP_4* a manlevare e tenere indenne la propria assicurata *Controparte_1* solo nella misura ritenuta dovuta in seguito alle risultanze di causa, nei limiti del massimale di polizza pari ad euro 2.582.285,00, respingendo inoltre, ai sensi di polizza, la richiesta della propria assicurata, *Controparte_1* di rifusione dei costi relativi alla sua difesa in giudizio.

In ogni caso, con vittoria di spese e di compensi di giudizio, oltre rimborso forfetario, CPA e IVA”.

Per parte terza chiamata Controparte_5

“Piaccia al Tribunale Ill.mo, *contrariis reiectis*:

A)-In via preliminare, dichiarare la nullità, per conflitto di interesse tra i rappresentati, della procura alle liti conferita dal dott. Controparte_11 [...] e dalla dott.ssa CP_3 all’Avv. [REDACTED] e, per l’effetto, dichiarare nulla la chiamata in causa della Controparte_5 per carenza di procura;

B)- Sempre in via preliminare, dichiarare non operativa nel caso di specie la polizza n. 71 P147677 sottoscritta dal dott. Controparte_11 con la Controparte_5, per le ragioni tutte esposte ai capi 2) e 4) del presente atto;

C)- In via preliminare gradata, dichiarare prescritto il diritto del dott. [...] Controparte_11 ad essere manlevato dalla Controparte_5, per le ragioni esposte al capo 3) del presente atto;

D)- Nel merito, respingere la richiesta risarcitoria spiegata dagli attori, in quanto infondata in fatto, in diritto e comunque non provata;

E)- In via gradata, dichiarare unica responsabile della morte della sig.ra Per_5 la convenuta Controparte_12 in subordine graduare la responsabilità dei convenuti secondo le ritenute rispettive responsabilità, ritenendo soddisfattive le somme già percepite dagli aventi diritto a titolo di provvisionale e comunque contenendo il risarcimento entro i limiti tabellari;

F)- In estremo subordine, condannare la Controparte_5 a tenere indenne il dott. Controparte_11 entro i limiti del massimale di polizza di € 780.000,00;

G)- Con vittoria delle spese del giudizio, oltre Spese Generali di Studio, Cpa ed Iva come per legge”.

Per parte terza chiamata Controparte_8

“Voglia l’Ill.mo Giudice adito, *contrariis reiectis*,

in via principale,

respingere integralmente le domande attoree, in quanto infondate in fatto ed in diritto e, comunque, non provate, per tutte le ragioni espresse in narrativa;

in via subordinata,

nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande formulate dalle parti attrici,

accertare la mancanza del rapporto assicurativo e, per l’effetto, rigettare la domanda di garanzia formulata dalla dott.ssa CP_3 e/o quelle proposte da qualsivoglia altra parte nei confronti di Controparte_8

in via ulteriormente subordinata,

- limitare il *quantum* di risarcimento eventualmente dovuto in relazione all’effettivo danno cagionato agli attori, così come verrà accertato in corso di causa, a seguito delle prestazioni professionali rese e per tutte le ragioni espresse

in narrativa, e condannare ciascun soggetto convenuto e/o terzo chiamato al risarcimento del danno in proporzione alla gravità delle rispettive condotte colpose e all'entità delle conseguenze che ne sono derivate, con esclusione di ogni solidarietà passiva;

- dichiarare *Controparte_8* tenuta a garantire e manlevare la dott.ssa *CP_3* nei limiti della quota di danno alla medesima ascrivibile, con esclusione di ogni solidarietà passiva, e comunque nei limiti di polizza.

In ogni caso con vittoria delle competenze e delle spese di lite, oltre accessori di legge”.

**CONCISA ESPOSIZIONE
DELLE RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE
(ARTT. 132, CPV., N. 4, C.P.C. – 118 DISP. ATT. C.P.C.)**

La presente controversia ha ad oggetto le domande presentate da un folto gruppo di attori, congiunti ed eredi della defunta Persona_6 che si dolgono delle conseguenze pregiudizievoli di una serie di episodi di asserita *malpractice* medica, ascrivibili alla parte convenuta. Situazioni, queste, che si sarebbero poste all'origine del decesso della predetta Per_6, così colposamente cagionando una serie di pregiudizi, per il risarcimento integrale dei quali i predetti attori agiscono in questa sede.

Più esattamente, i fatti rilevanti al fine del decidere vengono così come segue testualmente presentati dagli attori:

“1. PREMESSA

La ricostruzione dei fatti di causa infra riportata è stata già accertata nel procedimento penale.

Le prove ivi assunte, le consulenze tecniche espletate, i documenti prodotti e le testimonianze raccolte consentono infatti di confermare anche nel presente procedimento civile, senza dar per forza corso a duplicazioni istruttorie (peraltro alcune irripetibili), la responsabilità dell'odierna convenuta, [...] Controparte_1 per la morte della sig.ra Persona_5, da cui sono derivati gli ingenti danni patrimoniali e non patrimoniali patiti dai suoi congiunti, odierni attori che non hanno trovato che soddisfazione parziale all'esito del processo penale.

Al fine di preservare il principio di economia processuale si chiede all'Ill.mo Tribunale adito di assumere come elementi di prova le tre sentenze del procedimento penale recentemente conclusosi:

(A) con sentenza n. 3724 depositata in cancelleria in data 5.10.2011 (doc. 2, di seguito la “Sentenza di I°”) il Tribunale di Torino nella persona del Giudice Dr.ssa Ivana Pane ha:

☐ condannato i Dottori Controparte_6 e CP_3 insieme ai sig.ri Controparte_13 Parte_11 e CP_14 –

quest'ultimo poi assolto in appello – rappresentanti la Controparte_1 (di seguito semplicemente Contro”) per il reato di omicidio colposo (art. 589 c.p.) (p. 30 doc. 2);

□ condannato il Dr. CP_2 per il reato di “falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici” (art. 479 c.p.) per aver falsificato il registro operatorio dell'intervento praticato sulla paziente sig.ra [...] Per_5 in data 7.11.2006 (p. 30 doc. 2);

□ dichiarato CP_3 e CP_2 tenuti, in solido tra loro e col responsabile civile Controparte_15 e condannati tutti “al risarcimento dei danni, patrimoniali e non, cagionati dai reati loro ascritti alle parti civili costituite, da liquidarsi in separato giudizio” e ponendo a loro carico una provvisionale di complessivi Euro 270.000 oltre le spese legali di Euro 25.000 oltre accessori di legge (pp. 30-31 doc. 2).

(B) Con sentenza n. 312 depositata in cancelleria in data 6.3.2014 (doc. 3, di seguito la “Sentenza di II°”) la Corte d'Appello di Torino, III^ sezione penale composta dal Dr. Luciano Grosso (pres.), Dr.ssa Fernanda Cervetti (cons. rel.) e Dr. Franco Corbo (cons.) ha:

□ assolto solamente il sig. CP_14 dal reato di omicidio colposo e confermato tutte le altre condanne (p. 34 doc. 3);

□ dichiarato che la condanna degli imputati CP_3 e CP_2 alla rifusione delle spese delle parti civili doveva intendersi pronunciata anche in solido con il responsabile civile Contro (p. 35 doc. 3);

□ “confermato nel resto” e condannato i due medici alla rifusione anche delle spese di assistenza legale delle parti civili.

(C) Con sentenza n. 889 depositata in data 21.6.2016 (doc. 4) di seguito la “Sentenza di Cassazione”) la Cassazione ha annullato “senza rinvio la sentenza impugnata agli effetti penali perché i reati sono estinti per prescrizione”. Ha inoltre rigettato i ricorsi delle parti civili rimettendole avanti alle corti civili per ottenere il risarcimento dei danni patiti. La Sentenza di Cassazione, nella sua parte motiva, ha però confermato la decisione della Corte d'Appello. In particolare ha confermato che la *mala gestio* dell'infezione nosocomiale “non costituisce un fattore causale atipico ed eccezionale, trattandosi, anzi di uno dei rischi tipici e prevedibili da tener in conto in caso di non brevi permanenze presso i reparti di terapia intensiva (...)” (p. 10 doc. 4). Il duplice intervento chirurgico praticato sulla paziente è stato definito dai Supremi Giudici “erroneo” e “sciagurato” (p. 10 doc. 4). Inoltre è stato pure condiviso il ragionamento della Corte d'Appello che aveva rilevato “l'inopportunità dell'intervento chirurgico a teca cranica aperta, essendo disponibili tecniche enormemente meno invasive (...) nonché l'insussistenza di ragioni d'urgenza tali da giustificare il precipitare di una tale impegnativa operazione” stigmatizzandone “il grossolano errore chirurgico che aveva portato ad operare il lobo parietale sano (...)” (p. 10 doc. 4).

Per tali ragioni, dopo tre gradi di giudizio, possono ormai dirsi acclarati i fatti oggetto di causa che qui di seguito per completezza ed esaustività vengono integralmente ripercorsi.

2. CRONISTORIA DAL RICOVERO DELLA SIG.RA [REDACTED]

[REDACTED] (6.11.2006) AL SUO [REDACTED]

La sig.ra *Persona_5*, a partire da metà dell'anno 2005, iniziò a soffrire di dolori facciali (fitte e isestesie all'emivolto sinistro ed alla lingua) e tremori all'arto superiore destro.

In data 10.7.2006 la sig.ra *Persona_5* effettuò un esame RM il quale mostrò una malformazione artero-venosa cerebellare sinistra di II° di *Org_3* (c.d. *Controp*) (v. p. 2 doc. 6).

In data 16.9.2006 il Dr. *CP_2* visitò presso la clinica *Contro* la sig.ra *Per_5* confermando la diagnosi della MAV celebrale sinistra e suggerì l'"asportazione della MAV con esplorazione dell'angolo ponto-cerebellare sinistro" (doc. 5; p. 3 doc. 6; p. 2 doc. 8).

La sig.ra *Per_5* venne ricoverata presso la clinica *Contro* in data 6.11.2006 e il giorno seguente, 7.11.2007, l'equipe composta dai chirurghi Dr. *CP_2* (1° operatore) e Dr.ssa *CP_3* (2° operatore) praticarono sulla paziente l'intervento chirurgico di asportazione della MAV, senza prima effettuare ulteriori accertamenti quali, ad esempio, uno studio angiografico tridimensionale della malformazione da operare (pp. 3-4 doc. 6; doc. 7).

Terminato l'intervento la sig.ra *Persona_5* venne sottoposta ad un primo esame TAC di controllo che evidenziava gli esiti del praticato intervento chirurgico segnalando che "le cavità ventricolari non sono significativamente dilatate. Le struttura sul piano sagittale mediano risultano in asse" (p. 5 doc. 6; doc. 8).

L'esame TAC venne ripetuto il giorno successivo (8.11.2006) e diede risultato analogo (p. 5 doc. 6).

Gli esiti di entrambi gli esami TAC mostrarono la perdurante presenza pressoché dell'intera MAV sinistra che con l'intervento chirurgico del 7.11.2007 avrebbe dovuto essere asportata (doc. 7).

In data 9.11.2006 i due chirurghi operarono nuovamente la sig.ra [...] *Per_5* per cercare di rimuovere la MAV residua (p. 6 doc. 6). Durante il secondo intervento si verificò una forte emorragia in conseguenza del quale la sig.ra *Persona_5* cadde in stato di coma medio-grave (con punteggio Glasgow 5).

In data 10.11.2006 venne effettuato un nuovo esame TAC dell'encefalo che mostrava la presenza di ematoma celebrale (p. 6 doc. 6).

In conseguenza del predetto esame la povera sig.ra *Persona_5* venne nuovamente sottoposta ad un terzo intervento per "evacuazione dell'ematoma" (pp. 6-7 doc. 6) e sostituzione del drenaggio ventricolare esterno posizionato all'esito del secondo intervento del giorno precedente. L'esito di questo terzo disperato intervento fu tragico: la paziente cadde infatti in un coma

(Glasgow variabile) profondo e tetraplegia flaccida e venne quindi ricoverata presso l'Unità di Terapia Intensiva della clinica.

Seguirono una serie di esami TAC nelle date 13.11.2006, 21.11.2006, 2.12.2006, 9.12.2006 e 12.12.2006 (pp. 7-8 doc. 6).

In data 12.12.2006 la sig.ra *Persona_5* venne nuovamente sottoposta ad intervento chirurgico per il posizionamento di un catetere ventricolare intracranico al fine di cercare di drenare la fuoriuscita di liquido (p. 8 doc. 6).

Ulteriori esami TAC vennero eseguiti in data 18.12.2006, 23.12.2006 e 24.12.2006 (p. 9 doc. 6). La paziente fu inoltre sottoposta ad altri due interventi di drenaggio in data 24.12.2006 e 8.1.2007 (pp. 9-10 doc. 6).

A partire dal 15.12.2006 comparvero sulla paziente i primi segni di una infezione con ipertermia, leucocitosi spiccata, coagulopatia da consumo (CID) e sepsi; dopo alcuni esami clinici, solo in data 19.12.2006 (ben 4 giorni dopo), venne isolato nel sangue il batterio responsabile dell'infezione (l'enterobacter aerogenes).

Dopo aver isolato il batterio in data 19.12.2006 la sig.ra [...] *Per_5* fu collocata in stanza di isolamento predisposta sempre presso il reparto di U.T.I. della *Contro*, ove rimase sino al suo [...] (dopo 107 giorni dal suo ingresso in ospedale trascorsi in agonia).

3. LE CAUSE DELLA [...] [...]

Per_5 [...] *Tes_4* [...] venne eseguita sulla salma della sig.ra *Persona_5* l'esame autoptico condotto dalla Dr.ssa *CP_17* (di seguito la *Org_4*) alla quale era stato chiesto, inter alia, di "determinare l'ora, le modalità e le cause del decesso" (doc. 8 e p. 14 doc. 6).

La CTPM *CP_17* rispose al quesito dichiarando che "(...) il quadro clinico-strumentale-laboratoristico riportato in cartella clinica e l'esame autoptico concordano nell'identificare come possibile causa della [...] *Persona_5* [...] h. 9.30, una sepsi con shock settico in esiti di interventi neurochirurgici di craniotomia con asportazione di malformazione artero-venosa cerebellare sinistra complicati da ematoma cerebellare omolaterale" (p. 27 doc. 8 e p. 14 doc. 6; p. 7 e 17 doc. 2).

Il personale della convenuta *Contro* isolò il batterio con notevole ritardo e quindi, purtroppo, la paziente sig.ra *Persona_5*, durante la sua degenza in U.T.I. infettò altri pazienti lungodegenti: la sig.ra *Org_5*, ivi ricoverata il 18.12.2006 dopo un intervento per by pass coronarico e la sig.ra *Per_7* [...] anch'ella ivi ricoverata in data 27.12.2006 per il medesimo intervento di by pass; entrambe morirono dopo pochi giorni (la prima l'8.1.2007 e la seconda il 18.1.2007) (docc. 2, 3, 4).

4. LA GRAVE RESPONSABILITÀ DEI SANITARI DELLA CLINICA

I sanitari della clinica *Contro* che ebbero in cura la paziente (i chirurghi *CP_2* e *CP_3*) sono gravemente responsabili per aver posto in essere condotte gravemente negligenti, imprudenti ed imperite che hanno cagionato la morte della sig.ra *Persona_5* (doc. 2, 3 e 4).

Con un'espressione tanto lapidaria quanto chiara ed inequivocabile nella Sentenza di I° si legge che “furono commessi errori banali e grossolani relativi alla comune attività di neurochirurgo” da parte dei due predetti medici (p. 13 doc. 2). La ricostruzione dei fatti e le responsabilità degli imputati sono state confermate in appello nella loro totalità (p. 24 doc. 3)2.

La MAV che affliggeva la sig.ra *Persona_5* poteva essere trattata con radiochirurgia, terapia non invasiva che “(secondo i dati della scienza medica) nel 60%-80% dei casi è idonea ad una regressione completa della malformazione” (p. 8 doc. 2). In particolare, alla sig.ra *Persona_5* venne diagnosticata una MAV di piccole dimensioni (ca. 2,4 cm di diametro con uno scarico venoso di ca. 5 mm).

I sanitari della clinica convenuta avrebbero dovuto sapere che il trattamento chirurgico di quel genere di malformazioni può produrre emorragie. È una conseguenza, quella emorragica, insita in tale patologia perché, anche se il picco emorragico si ha tra i 15 e i 20 anni di età, comunque permane anche per i soggetti di età superiore ai 50-55 anni (pp. 8-9 doc. 2).

Contro Prima di effettuare l'intervento del 7.11.2006 i sanitari della clinica non sottoposero la paziente ad angiografia cerebrale, sebbene le linee guida per il trattamento di questo genere di malformazioni prescrivono espressamente un completo studio angiografico al fine di evidenziare il grado di flusso del sangue (alto/basso), le arterie e le vene di drenaggio. La TAC cerebrale eseguita sulla sig.ra *Persona_5* in data 6.11.2006 non era inidonea a sostituire un esame angiografico completo, approfondito e tridimensionale dell'angioma da trattare. I periti del Tribunale hanno sostenuto che “(...) condurre una paziente con MAV cerebrale ad un complicato intervento in elezione senza utilizzare l'informazione che viene data dallo studio angiografico [costituisce] un inequivoco profilo di colpa, quantomeno in termini di imprudenza” (p. 10 doc. 10 cit. a p. 9 doc. 2).

Nella vicenda *de qua* i sanitari hanno “completamente sbagliato l'approccio chirurgico, accedendo alla MAV da destra anziché da sinistra e così non operando un'adequata esposizione dell'angioma che si trovava in sede cerebellare anteriore superiore sinistra (circostanza su cui concordano tanto i periti che tutti i consulenti medici che hanno esaminato il caso, compresi quelli della difesa *CP_18*, primo tra tutti il neurochirurgo Dr. *Per_8*” (doc. 2). In termini assai meno “tecnici”, i due chirurghi operarono la paziente dal lato sbagliato della testa!

La TAC effettuata dopo l'operazione predetta mostrò infatti che “venne erroneamente effettuata una craniotomia suboccipitale paramediana destra nonostante il nido malformativo vascolare (MAV) fosse localizzato in zona

cerebellare sinistra a livello dell'angolo ponterocerebellare" (p. 10 doc. 2). Ciò significa che, in occasione del primo intervento i Dottori CP_2 e CP_3 posizionarono la paziente sig.ra Persona_5 sul lettino operatorio sul lato opposto a quello nel quale avrebbero dovuto eseguire l'intervento "in decubito $\frac{3}{4}$ supino, quasi laterale, testa girata a 90° a destra, fissata con testiera di Mayfield" (doc. 2).

Resisi conto del grossolano e gravissimo errore, il Dr. CP_2 tentò di cancellare il misfatto falsificando i documenti operatori e quindi ivi riportando una descrizione della postura operatoria della paziente adatta ad una craniectomia sinistra. Ma la TAC postoperatoria ha invece indiscutibilmente mostrato che venne effettuata una craniectomia destra e non sinistra (doc. 2).

Anche la Corte d'Appello (conforme alla ricostruzione del primo Giudice), ha sancito che "appare provato il nesso causale fra le condotte di Controparte_6 e CP_3 ed il decesso, loro ascritto, per aver cagionato per colpa consistita in imprudenza, imperizia, negligenza, il decesso di Persona_5" (p. 24-25 doc. 3).

Il secondo intervento del 9.11.2006 non rappresentava affatto le caratteristiche di "immediata urgenza ed impellenza che invece gli operatori" della clinica Contro prospettarono ai parenti della sig.ra Persona_5 (p. 9 doc. 2). Questo secondo intervento venne "effettuato a spron battente per rimediare all'errore commesso nel primo" e, ancora una volta i due medici procedettero "alla cieca" senza conoscere il posizionamento dei vasi arteriosi e venosi afferenti la malformazione ossia senza uno studio angiografico completo. Tant'è infatti che, com'era prevedibile, "l'intervento risultava molto difficoltoso per la presenza di importante sanguinamento durante tutta la procedura, verosimilmente dovuto ad un non corretto riconoscimento degli afferenti arteriosi residui..." (p. 12 doc. 9).

Il Dr. Controparte_19 sconsigliò alla Dr.ssa CP_20 (anestesista) di procedere con il secondo intervento.

Infatti durante questo secondo intervento chirurgico si verificò la rottura di drenaggio e l'anestesista Dr. CP_21 informò i chirurghi che era necessario interrompere l'operazione. Già in sede penale è stato acclarato un "comportamento contrario alle regole dell'arte medica ed imperito, e dunque colposo, (...) imputabile [a] (...) CP_3 ed CP_2 . CP_2 ha svolto il ruolo di primo operatore mentre CP_3 lo coadiuvava, come secondo operatore, in entrambi gli interventi incriminati (durati circa 10 ore il primo e circa 11 ore il secondo)" (p. 12 doc. 2).

I medici legali che hanno effettuato gli esami peritali nel corso del processo penale e di conseguenza i Giudici penali che hanno emesso le sopracitate sentenze, hanno tutti decretato che a causa dei gravi e ripetuti errori e omissioni poc'anzi descritti la sig.ra Persona_5 ha subito altri interventi per cercare di drenare l'emorragia cranica ed ha passato i suoi ultimi mesi (107

giorni totali dal suo ingresso presso la ^{Contro}) in un letto di terapia intensiva fino alla sua tragica dipartita (v. amplius docc. 2, 3, 4 e § 6).

5. LA CONTRAZIONE DELL'INFEZIONE

Una paziente allettata per lungo tempo e in condizioni neurologiche compromesse – com'era la sig.ra ^{Persona_5} – ha elevate possibilità di contrarre un'infezione che, tra l'altro, “è fra le cause più frequenti di rischio acquisito, al momento di un ricovero”, rischio che aumenta appunto se “il paziente è sottoposto a operazione chirurgica” (p. 25 doc. 3).

Il “protrarsi di una condizione di danno neurologico, di impossibilità di muoversi e quindi la necessità di essere accudito da personale che quindi in questo modo può trasmettergli l'infezione ha costituito una condizione gravemente favorente l'instaurarsi dell'infezione che poi ha condotto alla morte” (doc. 3).

Le condizioni cliniche della sig.ra ^{Persona_5} “ (...) sono sempre rimaste gravi, con continue evacuazioni dell'ematoma, con intubazione, picchi febbrili” (p. 27 doc. 3 ed amplius doc. 8 e paragrafi che precedono). Contrariamente a quanto sostenuto nel procedimento penale dai sanitari della clinica convenuta, i dati clinici esaminati dai periti hanno confermato che dopo l'operazione e l'insorgenza dell'infezione “le condizioni della ^{Per_5} (...) si sono mantenute a livello di gravità estrema. Non vi sono stati i miglioramenti ipotizzati dalla difesa ed in più la paziente è stata sottoposta a prelievi e ad altre attività invasive, che ben potevano portare nella loro ripetitività a diffusione dell'infezione nel reparto” (p. 27 doc. 3).

Il reparto di U.T.I. della ^{Contro} presentava evidenti carenze strutturali. In particolare il controllo da parte dei sanitari in reparto “era scarso”, “inizialmente non era previsto l'uso delle mascherine, adottate solo nell'ultimo mese di degenza della ^{Per_5} , “non sempre i parenti venivano dotati di abbigliamento adeguato” e “guanti e mascherina non facevano parte comunque della dotazione (cfr. dep. ^{Testimone_5} , pagg. 72 ss. trascr. citate)” e che addirittura questi basilari ed essenziali strumenti di protezione venivano “definiti ‘cose da film’ da un medico a cui erano stati richiesti (cfr. dep. [...] ^{Per_9} pagg. 78 ss. trascr. cit.) e vennero forniti al teste ^{Tes_5} solo quando costui aveva una forte tosse e le richieste espressamente (cfr. dep. ^{Tes_6} [...] pagg. 73 trascr. cit.)”. Nel procedimento penale è inoltre emerso che addirittura in reparto “le pulizie non erano frequenti” (p. 23 doc. 2).

L ^{Parte} competente eseguì nei primi mesi del 2007 un'ispezione presso il reparto della ^{Contro} ed a seguito del sopralluogo intimò alla ^{Contro} alcune prescrizioni elencate nel protocollo 14.2.2007 della Commissione di Vigilanza aventi a riguardo sia il blocco operatorio che il reparto di T.I. (doc. 11). Seguirono poi, da parte dei funzionari dell' ^{Org_6} e dei NAS dei Carabinieri, ulteriori controlli relativi al blocco operatorio perché nel frattempo la ^{Contro} aveva “smantellato” il reparto di terapia intensiva dove si era verificato, “in un

breve arco temporale”, il contagio batterico di ben quattro pazienti e delle quali solamente una si salvò (il virgolettato è tratto dalle pp. 23-24 doc. 2).

6. I CONGIUNTI DELLA SIG.RA [REDACTED] *Persona_5*

6.1. La figlia, sig.ra [REDACTED] *Parte_1*

La sig.ra [REDACTED] *Parte_1* figlia convivente della sig.ra [REDACTED] *Persona_5* è colei che, più di ogni altro, ha vissuto (e patito) il dramma della morte della madre nel modo più sconvolgente che si possa immaginare, con gravi ripercussioni non soltanto umorali e relazionali, ma anche di carattere biologico-psichico (cfr. docc. 12, 13, 14, 15 e 16).

La sig.ra [REDACTED] *Parte_1* era legatissima alla madre tanto che addirittura il Dr. [REDACTED] *CP_21* della [REDACTED] *Contro*, quando conobbe l’attrice e constatò il suo attaccamento alla madre, disse che tra le due non era “mai stato reciso il cordone ombelicale”.

La sig.ra [REDACTED] *Parte_1* ha praticamente sempre convissuto con la madre (ininterrottamente dal 1988 sino al decesso), non essendosi mai sposata e non avendo creato una propria famiglia, e con la madre si era pertanto creato un rapporto sentimentale molto intenso, quasi simbiotico. La sig.ra [REDACTED] *Persona_5* si è sempre occupata della propria figlia (e anche del figlio v. infra); era lei che gestiva la casa e addirittura lo stipendio della figlia con la quale ha sempre lavorato insieme (doc. 14).

Madre e figlia sono sempre state complici nella vita quotidiana e stavano sempre insieme condividendo sia i momenti liberi di vita familiare (addirittura dormivano nel medesimo letto matrimoniale) sia quelli lavorativi in quanto hanno sempre lavorato fianco a fianco. La sig.ra [REDACTED] *Parte_1* fino all’età di 30 anni aveva collaborato con la madre nella gestione di un bar (sito in Torino, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e poi un ristorante a Pratoregio, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (la “ [REDACTED] *Organizzazione_7* ”); successivamente, sempre insieme alla madre, svolse lavori saltuari di pulizia in condomini e poi venne assunta presso la [REDACTED] *Org_8* come addette alle pulizie. Madre e figlia, per un certo periodo, avevano anche avuto un banco presso il [REDACTED] *CP_22* di Torino dove vendevano prodotti usati (es. vestiti, oggettistica varia, libri, giocattoli).

Nel tempo libero invece madre e figlia andavano a passeggio insieme, si occupavano del loro cane di nome [REDACTED] *Per_10* (doc. 14), si recavano insieme al mercato a fare la spesa, per negozi e soprattutto frequentavano i parenti più stretti, specie quelli che vivevano a Torino. Infatti, fino a prima che la sig.ra [REDACTED] *Persona_5* venisse ricoverata al [REDACTED] *Contro*, madre e figlia erano solite cucinare insieme e invitare a pranzo gli altri componenti della famiglia [REDACTED] *Per_5* per le ricorrenze e in occasione delle festività e talvolta anche durante le semplici domeniche dell’anno. Spesso qualcuno dei nipoti o dei fratelli veniva a far visita alla sig.ra [REDACTED] *Persona_5* (docc. 14).

La sig.ra [REDACTED] *Parte_1* il 6.11.2006 (giorno del suo compleanno) accompagnò la madre presso la clinica [REDACTED] *Contro* dalla quale uscì insieme a quest’ultima quando morì, ben 107 giorni dopo il suo accesso. Infatti,

a seguito del primo catastrofico intervento, quando il quadro clinico della madre era già gravemente compromesso, la sig.ra *Parte_1* scelse di non abbandonare l'amata madre nemmeno per un istante. Si trasferì a tutti gli effetti presso la sala d'aspetto della clinica ove trascorreva notte e giorno e non si allontanava mai dalla madre. Solo alla sera tardi, oppure al mattino presto, la sig.ra *Parte_1* lasciava la clinica *Contro* per andare a lavorare qualche ora presso la *Org_8* di [REDACTED] (ove lavora tutt'ora come addetta alle pulizie). In occasione del periodo natalizio (fine dicembre 2006), quando la sig.ra *Persona_5* era ormai ricoverata in *Pt_13* da diverse settimane, la *Contro* mise a disposizione dell'attrice (e del fratello *Per_1*) una camera dato che fino a quel momento (sempre insieme al fratello) aveva occupato la sala d'aspetto della clinica. La sig.ra *Parte_4* aiutò la zia e i cugini come poteva: andava avanti e indietro tra la casa dell'attrice e la clinica per rifornirla di abiti puliti e biancheria e assistendola durante i colloqui con i medici.

Per la sig.ra *Parte_1* la morte della madre ha pertanto rappresentato un vero e proprio dramma esistenziale che ha letteralmente sconvolto la sua vita, le sue certezze, il suo credo. Le è venuta improvvisamente a mancare la persona a lei più cara, sulla quale da sempre, fin da bambina e ancora da adulta, aveva potuto fare affidamento, l'unica persona che non l'aveva mai tradita e mai lo avrebbe fatto, la sua migliore amica, la compagna, la donna che l'aveva messa al mondo (docc. 14, 15, 16).

Com'era dunque prevedibile il contraccolpo psicologico fu particolarmente violento ed intenso, con gravissime ripercussioni nella sua vita quotidiana e relazionale e con altresì gravi conseguenze sul piano biologico-psichico.

Dopo la morte della madre la sig.ra *Parte_1* si è chiusa in sé stessa, introiettando il dramma che stava vivendo e cambiando letteralmente il proprio carattere: da persona piena di vita è diventata una persona triste e buia, incapace di trovare stimoli per continuare a vivere serenamente e anaffettiva; questo mutato stato d'animo l'ha portata a interrompere praticamente tutti i rapporti di amicizia e anche con i parenti che prima, quando la madre era in vita, frequentava assiduamente. Gli unici parenti che sente e con i quali saltuariamente si vede sono il nipote *Pt_2* e la cugina *Parte_4*. La sig.ra *Parte_1* ha trasformato a poco a poco il dolore per la perdita della cara madre in un sentimento depressivo cronico e al tempo stesso rabbioso e di vendetta nei confronti dei responsabili dell'accaduto; una rabbia coltivata per anni, fomentata dal processo penale in cui gli imputati si sono difesi cercando di sostenere tesi inverosimili e menzognere (tutte fortunatamente smentite) che è quindi cresciuta dentro di lei e l'ha resa ancor più scostante, sola ed intrattabile. Frequenti erano e sono tutt'ora gli sbalzi di umore, le reazioni rabbiose quando si trattano determinati argomenti o si ripercorrono certi episodi legati alla vicenda per cui è causa.

Le conseguenze di questo dramma per la sig.ra Parte_14

[...] come sopra accennato, hanno avuto risvolti anche di carattere biologico. L'attrice infatti dal mese di settembre 2008 sino al 20.5.2010 è stata in cura presso il CSM di [REDACTED] per via di una sintomatologia depressiva. Nella relazione della dr.ssa Per_11 che l'ha avuta in cura si evince che la tragedia legata alla scomparsa della madre rappresenta per l'attrice "una spina irritativa costante che pervade la mente della paz. Tanto che durante i colloqui è difficile ampliare i contenuti dei racconti" (doc. 15). Ha effettuato molteplici colloqui psicoterapici e svolto regolarmente visite specialistiche psichiatriche.

A maggio del 2010 venne visitata dalla Dr.ssa Persona_12 (20.5.2010 doc. 15) la quale, per prima, diagnosticò una sindrome depressiva connessa al dolore per il lutto materno.

A giugno 2017 la sig.ra Pt_1 è stata visitata dal Dr. [...] Per_13 il quale, dopo aver intervistato scrupolosamente la paziente ha redatto in data 7.7.2017 una relazione nella quale ha messo in luce le problematiche psicologiche dell'attrice diagnosticandole un "Disturbo Dell'Adattamento con Umore Depresso Cronico definibile Complicato" che "determina alterazione della normale quotidianità e condizioni gli atti della vita, si accompagna a rabbia, sentimenti di colpa, sintomi ansiosi, disturbi del sonno, numbling relazionale con evitamento" (p. 6 doc. 16) 3. I sintomi che consentono al Dr. Per_13 di definire "complicato" il disturbo che affligge la sig.ra Pt_1 "sono la polarizzazione l'intrusività ideativa, la reattività alla riesposizione a specifici stimoli, le condotte di evitamento" (p. 6 doc. 16). La sig.ra Pt_1 infatti "presenta ancora oggi in modo evidente tutti gli elementi descritti. Ella appare nella relazione assolutamente spenta, l'emotività coartata, la perdita di progettualità futura, tanto da lasciare emergere un chiaro quadro di tipo depressivo; appare vivificarsi solo se rivive il trauma dimostrando come tutta la sua vita interiore resti sequestrata all'interno di quella esperienza bloccandone di fatto l'esistenza che è pertanto divenuta "passiva": mangio, dormo, lavoro, priva di alcun elemento emotivo-affettivo condiviso con altri" (p. 6 doc. 16).

Il Dr. Per_13 ha concluso il proprio elaborato sostenendo che "il quadro clinico descritto costituisce Danno Psicico rilevante ai fini della valutazione di un danno biologico in quanto è strettamente correlato sia sul piano causale che su quello temporale alla malattia e al successivo decesso della madre che ha accompagnato standole vicino fino all'exitus avvenuto nel febbraio 2007" (p. 7 doc. 16).

Alla luce di quanto sopra, il Dr. Per_13, nella sua relazione, ha diagnosticato in capo alla sig.ra Parte_1 a causa della perdita della madre avvenuta per le ragioni descritte nel presente atto, un "Disturbo Dell'Adattamento con Umore Depresso (F43.21 come da DSM 5) Cronico Complicato clinicamente obiettivabile e valutabile sotto il profilo del

danno biologico di natura psichica al 20% come da classificazione Org_9
[...] (p. 8 doc. 16).

6.2. Il figlio, sig. Persona_1 e il nipote Parte_2

Il figlio della sig.ra Persona_5 sig. Persona_1 è
[redacted] pertanto agisce in questo giudizio l'unico suo erede,
il figlio Parte_2 Anche Per_1, come la sorella Parte_1,
era molto legato alla madre, con la quale era tornato a convivere dopo la sua
separazione dalla compagna (sig.ra Persona_14) (docc. 17, 18, 19 e 20).
La madre lo aveva riaccolto in casa per cercare di aiutarlo a superare un
momento difficile della sua vita legato appunto alla separazione dalla compagna
dalla quale aveva avuto il figlio Pt_2 Come la sorella, anche il sig. Per_1
[...] aveva sempre condiviso con la madre le proprie mansioni. Anche lui
aveva lavorato insieme alle sue congiunte, prima nel bar di Torino e poi nella
trattoria di Pratoregio. Successivamente lavorò anche come giardiniere presso
una cooperativa di Org_10

Soprattutto dopo la separazione, Per_1 trascorse molto tempo a casa
insieme alla madre e alla sorella. Tutti e tre costituivano un nucleo familiare
molto forte, saldo e nella loro semplicità e quotidianità dividevano con
amore la loro vita familiare nella casa di Torino.

Anche il nipote Parte_2 era legatissimo alla nonna con la
quale aveva un rapporto di grande complicità. Dopo la separazione dei suoi
genitori Pt_2 pur vivendo con la mamma Sig.ra Per_14, ogni 15 giorni si
trasferiva a casa della nonna la quale, insieme al padre e talvolta alla zia lo
prelevavano all'uscita da scuola e se lo portavano a casa con loro ove
trascorrevano l'intero weekend.

La sig.ra Persona_5, quando aveva il nipote a casa da lei,
preparava sempre le pizze fritte che il nipotino adorava e "divorava" insieme ai
suoi amici che venivano a giocare tutti a casa Per_5

Il nipote Pt_2 inoltre, era solito trascorrere circa due settimane
all'anno durante il periodo estivo insieme al padre e alla nonna [redacted] [...]
Per_5 [redacted] ospiti dello zio Persona_3. Durante quelle
settimane di vacanza, ovviamente, la nonna viziava il suo unico nipote e lo
accudiva cucinandogli i suoi piatti preferiti, lo portava in spiaggia durante il
giorno e, alla sera, lo portava alle giostre che c'erano lungo la passeggiata.

In occasione del Natale 2000 Pt_2 chiese alla nonna di regalargli la
Play Station 2 appena uscita. La sig.ra Persona_5, nonostante il costo
piuttosto rilevante della console, fece un sacrificio economico non indifferente,
ma pur di mantenere la parola data all'amato nipote, gli regalò il videogame che
tanto desiderava, facendo di Pt_2 uno dei bimbi più felici e al tempo stesso
"invidiati" tra i suoi amici coetanei che abitavano nella zona. Durante il periodo
delle festività natalizie Pt_2 dopo il pranzo di Natale con la famiglia materna,
si trasferiva a casa della nonna ove rimaneva generalmente sino a dopo
capodanno.

La sig.ra *Persona_5* non solo aiutava il figlio *Per_1* ospitandolo a casa propria, ma talvolta (sovente) contribuiva lei stessa, con le sue risorse economiche, al pagamento degli alimenti del nipote *Pt_2* in quanto per un certo periodo *Per_1* rimase disoccupato.

Nel periodo in cui la sig.ra *Persona_5* aveva il banco al Balon di Torino il nipote *Pt_2* spesso stava con la nonna dietro al banco a giocare e, sempre insieme alla nonna, era solito visitare gli altri banchetti del celebre mercato.

La nonna di *Pt_2* fino a che è stata in vita, ha rappresentato il fulcro dell'intera famiglia. Era lei il riferimento per tutti, era lei che aiutava i suoi figli e ospitava *Pt_2* a causa sua. Dopo la sua morte *Pt_2* si è inevitabilmente allontanato dalla famiglia *Per_5* sia perché abitava con la madre fuori Torino, sia perché era venuta a mancare quella "calamita" quel "punto di riferimento" che per tanti anni tenne unita tutta la famiglia *Per_5*

6.3. La sorella, sig.ra *Parte_3*

La sig.ra *Parte_3* assistette impotente alla tragicità degli eventi che hanno colpito l'amata sorella entrata in ospedale per un intervento tutto sommato non complesso e che da quell'ospedale, come purtroppo sappiamo, non è mai più uscita.

Pochi giorni prima del ricovero della sig.ra *Persona_5*, le due sorelle si recarono insieme a Foggia dove soggiornarono qualche giorno insieme, ospiti da alcuni parenti. Trascorsero giorni felici e sereni insieme, forti di quel legame che sempre contraddistinse, sin da piccoline, il loro rapporto. Purtroppo, per via delle tristi vicende sopra narrate, la sig.ra *Parte_3* dopo essere rientrata da Foggia non ha più potuto conversare o anche solo abbracciare l'amata sorella. Con straziante dolore osservò la cara sorella spegnersi e morire dopo atroci e lunghe sofferenze, dolori e patemi d'animo durante il periodo di ricovero e subendo poi il definitivo distacco e quindi la soppressione di quell'intenso legame affettivo che la legava alla sorella. A questi tragici fatti ne è conseguita uno stravolgimento dell'esistenza della sig.ra *Pt_3* con rilevanti alterazioni negative della qualità di vita e con un fortissimo impatto sulla sua personalità. Il legame affettivo che univa le due sorelle è sempre stato molto saldo: *Pt_3* era di pochi anni più grande di *Per_5* e si è sempre, fin da piccola, presa cura della sorella facendole da "seconda madre". Hanno sempre vissuto assieme sin da quando, con tutta la famiglia, si trasferirono a Torino da Foggia. Ed anche quando, ormai cresciute, si sposarono per crearsi ciascuna una propria famiglia, hanno comunque continuato a vivere vicine, a frequentarsi quotidianamente, a passare le feste insieme (a Natale quasi tutta la famiglia era sempre ospite o da Maria o da *Pt_3*). Le due sorelle hanno condiviso insieme l'intera loro esistenza, aiutandosi nelle avversità della vita e sostenendosi reciprocamente, restando unite e complici nella loro semplicità; erano sorelle e migliori amiche al tempo stesso.

La tragica sofferenza patita dalla sig.ra *Parte_3* per la dipartita della sorella ha avuto anche gravi ripercussioni sulla salute dell'attrice. Quest'ultima infatti, pochi mesi dopo la morte della sorella, si è ammalata; il Dr. *Persona_15* ha diagnosticato in capo alla sig.ra *Parte_3* un "Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente, Grave Senza Manifestazioni Psicotiche" (doc. 21). Il medico ha infatti relazionato che la sua paziente, da dopo la morte della sorella ha iniziato a soffrire di crisi di ansia caratterizzate da sensazioni di dispnea, improvvise crisi distrofiche, irritabilità ed aggressività per futili motivi, grave insonnia, difficoltà a concentrarsi e memorizzare, sentimento di disinteresse per gli altri, e disinteresse anche per le attività per le quali invece prima provava interesse, umore depresso e dominato dalla paura soprattutto "di non poter avere una vita lunga".

In seguito alle vicende per cui è causa la sig.ra *Parte_3* fu costretta a superare una serie di problematiche fisiche (ictus ed alcuni interventi chirurgici). Infatti proprio ad agosto 2007, quindi pochi mesi dopo la morte della sorella, la sig.ra *Parte_3* a causa di un'ischemia che l'aveva colpita fu costretta ad affrontare un ricovero prima presso *Org_11* di Torino poi all'ospedale *Org_12* ove venne trattata chirurgicamente. Da allora purtroppo, e complice anche la vecchiaia, le sofferenze della sig.ra [...] *Parte_3* si sono ovviamente acuite e ripetute frequentemente nel tempo. Peraltro, il doversi affidare alle strutture sanitarie per le ragioni poc'anzi spiegate ha accentuato la sintomatologia depressiva, l'insonnia, l'anoressia, la mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione diagnosticati dal Dr. *Per_15*. Secondo quest'ultimo i disturbi che affliggono la sig.ra [...] *Parte_3* le provocano "un disagio clinicamente significativo e limitano notevolmente il suo funzionamento sociale. E si può inoltre affermare che sia la patologia psichiatrica sia le patologie organiche della signora *Parte_3* sono in evidente rapporto con la malattia e la morte della sorella" (doc. 21).

6.4. Le nipoti, sig.re *Parte_4* e *Persona_2*

Entrambe le nipoti erano molto legate alla zia e viceversa.

Abitando da sempre vicine alla loro zia, sono sempre state un nucleo familiare unito e solido e si sono sempre sostenute a vicenda. Sin dall'infanzia le due sorelle frequentarono la zia sia durante le festività che durante le vacanze estive in Liguria; per molte estati infatti andarono in campeggio ad Albenga insieme alla loro zia e ad *Parte_1* e *Per_1* (in quanto quasi coetanei) e poi anche ospiti da *Pt_6* nella sua casa a *Parte_1* quando quest'ultimo ivi si trasferì negli anni '80.

Frequenti erano anche le visite di *Persona_5* alla nipote *Per_2* senza che ci fosse un valido motivo, ma solo per condividere qualche ora insieme e "fare due chiacchiere".

Parte_4 era talmente legata alla zia tanto che fu lei a prendersi in carico di gestire (ed aiutare) la cugina *Parte_1* durante il calvario in ospedale. *Parte_4* andava e veniva dall'ospedale portando il cibo (preparato

da *Per_2* o da *Pt_3*) alla cugina e a *Per_1* che piantonavano notte e giorno il letto della loro madre. Fu sempre *Parte_4* ad occuparsi dell'ingrato compito di parlare con i medici e valutare (insieme alla cugina) se far effettuare gli interventi successivi al primo. Fu *Parte_4* dopo il secondo intervento a capire che qualcosa non era andato come avrebbe dovuto e fu infatti lei a rivolgersi all'avv. [REDACTED] per ricevere tutela legale.

La sig.ra *Parte_4* per aiutare la cugina e dedicarsi alla famiglia in quei mesi, trascurò il proprio lavoro di promotore finanziario c/o *Org_13* [...]. Il suo impegno a favore della famiglia determinò un netto calo di produzione sua personale e del gruppo di altri promotori da lei coordinati, con un conseguente calo delle provvigioni. In quel periodo la sig.ra *Parte_4* [...] venne sostituita o comunque aiutata nello svolgere le sue mansioni in quanto era spesso assente dall'ufficio per assistere la zia in ospedale e aiutare la cugina, dal collega e all'epoca suo responsabile, Dr. *Persona_16* (doc. 22).

Parte_4 non abbandonò la cugina *Parte_1* neppure durante il lunghissimo processo in Tribunale e in Corte d'Appello, presenziando a tutte le udienze. Anche *Per_2* partecipò a buona parte delle udienze. Segnale questo, che entrambe erano davvero molto legate alla zia e hanno quindi anche loro vissuto con estremo dolore e rabbia gli incretosi eventi di cui la zia era stata vittima, coltivando un sentimento di giustizia nei confronti di coloro che avevano causato tanto dolore.

6.5. I fratelli, sig.ri *Persona_4* e *Persona_3*

La sig.ra *Persona_5* aveva mantenuto un ottimo rapporto anche con i fratelli *Per_4* e *Pt_6* (doc. 23, 24, 25 e 26).

Del primo si era preso cura ospitandolo a casa sua per più di un anno (nel 1995) quando il sig. *Persona_4* aveva dovuto lasciare la propria abitazione in Torino. In attesa di trovarne un'altra era stato ospite della sorella che si era presa cura di lui come dei suoi figli.

Pt_6 si era invece trasferito in Liguria (già negli anni '80), ma i rapporti con la sorella (ed il resto della famiglia) rimasero saldissimi. Lo zio *Pt_6* infatti ospitava tutte le estati la sorella *Persona_5* insieme a suo nipote *Pt_2* per le vacanze nella sua casa di [REDACTED]. Erano frequenti anche durante l'anno, specialmente in occasione delle festività programmate, delle visite del sig. *Persona_3* alla sorella *Per_5*.

Come già ribadito, la "famiglia *Per_5*" è sempre stata caratterizzata da un forte ed intenso legame affettivo che legava i suoi componenti prima del tragico evento per cui è causa. Questo saldo ed indissolubile legame derivava da una concezione di unitarietà che la "famiglia *Per_5*" aveva conservato negli anni e fortificato da quando si era trasferita da Foggia a Torino per motivi di lavoro. Il fulcro di questa unione così forte ed indissolubile è sempre stata, fino a quando fu in vita, la sig.ra *Persona_5* .”.

Rappresentato quanto sopra in fatto, e svolte le proprie considerazioni in diritto, gli attori hanno concluso come in epigrafe.

Parte convenuta si è costituita, chiedendo il rigetto delle domande di parte attrice e concludendo come in epigrafe.

La parte convenuta ha provveduto a chiamare in causa la propria compagnia assicuratrice **CP_4** nonché i medici **Controparte_23**, svolgendo domande in garanzia verso costoro. Questi ultimi, a loro volta, si sono costituiti concludendo come in epigrafe. I chiamati **CP_2** e **CP_3** hanno chiamato a loro volta in causa le proprie rispettive compagnie assicuratrici, che, a loro volta costituitesi, hanno concluso come in epigrafe.

Preliminarmente dovrà osservarsi che, nelle rispettive comparse conclusionali, alcune parti (ma non tutte!) hanno dato atto di un'intesa transattiva, per così dire, "in corso d'opera", atteso che la stessa non sarebbe ancora stata "perfezionata".

Più precisamente, poi, gli attori, nella propria memoria conclusionale di replica, hanno testualmente scritto quanto segue:

"Per quanto sia stata raggiunta un'intesa con **CP_4**, **CP_5**, **Contro** e il Dr. **CP_2** le tempistiche di perfezionamento impongono agli esponenti (e alle altre parti) di coltivare ciascuna le proprie difese e domande, senza alcuna rinuncia allo stato attuale".

Andrà aggiunto, poi, che nessuna parte ha trasmesso a questo Giudice il testo (debitamente sottoscritto) della predetta asserita intesa transattiva, né, tanto

meno, le parti (nessuna di esse, per il vero) hanno fatto pervenire atti di rinunzia agli atti del giudizio.

Poiché, peraltro, i termini per il deposito delle memorie di replica sono giunti ritualmente a scadenza e il fascicolo virtuale è stato trasmesso dalla Cancelleria a questo Giudice per il deposito della sentenza, atteso quanto sopra illustrato, si ritiene doveroso procedere all’emanazione della presente decisione. In base ai ben noti principi generali che presiedono al diritto civile, sostanziale come processuale, nulla impedisce, ovviamente, alla sovrana volontà delle parti, sulla base di un ipotetico accordo transattivo (una volta che lo stesso sia, beninteso!, perfezionato) di “disattendere” in tutto o in parte il *decisum* di questa sentenza, alla cui emanazione, peraltro, lo scrivente Giudice non può ora, in modo veruno, sottrarsi.

Tutte le questioni rilevanti al fine del decidere sono state adeguatamente affrontate dalla c.t.u. redatta in corso di causa da due autorevoli esperti (medico legale ed infettivologo), *super partes*, scelti dal G.I.

Per_17 in particolare, profondo stupore che la dettagliata relazione peritale (redatta, del resto, anche sulla scorta dei dati ampiamente emersi nel corso del complesso procedimento penale che ha preceduto, e di molto, questo giudizio) ed il lunghissimo tempo trascorso non abbiano indotto (già molto tempo fa, malgrado le molteplici esortazioni in tal senso di questo Giudice) le parti a raggiungere l’unica soluzione ragionevole (nel loro stesso interesse) di un conflitto del genere di quello in esame: vale a dire la soluzione transattiva.

In assenza di accordo delle parti che possa considerarsi ad oggi perfezionato (come sopra già ampiamente detto) e comunque nella più totale assenza di elementi concreti che inducano a ritenere dimostrato che un accordo (e in che termini?) sia stato (o stia per essere) effettivamente concluso, dunque, non rimarrà che dare applicazione ai risvolti giuridici di quanto tanto chiaramente appurato sul piano medico legale ed infettivologico dai cc.tt.uu.

Queste, dunque, le testuali conclusioni dell'analisi peritale:

“

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Ciò premesso, considerati i dati allo stato attuale a disposizione, si ritiene rispondere ai quesiti posti dall'Ill.mo Signor Giudice nei termini che seguono:

1) il quadro clinico e le condizioni di salute al 06/11/06 - per come desumibili dalla cartella n.7699 - erano sostanzialmente rappresentate da ipertensione arteriosa ed ipotiroidismo in trattamento farmacologico, da bronchite cronica, da tremori alle mani, da algie all'emivolto sinistro con occasionali disestesie e da recente riscontro di Malformazione Artero-Venosa (MAV) cerebellare sinistra;

2) considerata la classificata MAV ed il possibile rapporto con la indicata sintomatologia è da considerarsi anche condivisibile la proposta chirurgica 07/11/06.

Preso atto che le TC post-intervento confermano che la visione operatoria 07/11/06 era da ritenersi circoscritta all'emisfero cerebellare destro, e non a quello di sinistra ove era presente la ^{Contr} ne deriva che la manualità chirurgica 07/11/06 è da considerarsi non solo priva di possibile

effetto sulla rimozione della *Contr* ma, soprattutto, causa delle complicanze ischemico-emorragiche posteriori al necessitato re-intervento 09/11/06.

A latere è, poi, da segnalare l'incompletezza delle indagini¹ pre-intervento 07/11/06 in quanto, in previsione di un trattamento chirurgico delle MAV, è assolutamente indicato attuare uno studio angiografico in grado di evidenziare, con adeguata sensibilità e specificità, l'esatta provenienza dei rami vascolari afferenti ed efferenti e, quindi, di chiarire i rapporti funzionali della lesione stessa fornendo informazioni indubbiamente utili nella programmata procedura chirurgica;

3) l'indicazione al re-intervento 09/11/06 è da ritenersi ovviamente condivisibile in quanto l'attività chirurgica 07/11/06 è da considerarsi priva di qualsivoglia utilità per la prevista rimozione della *Contr* che, in quanto presente sull'emisfero cerebellare sinistro, non poteva essere rimossa attraverso l'accesso operatorio sul lato destro;

4) premesso che non sono documentati approfondimenti e conseguenti condivise decisioni su possibili alternative all'intervento chirurgico² è da reputarsi *errato* il lato di accesso operatorio 07/11/06 (destro e non sinistro) e priva di concreta efficacia ogni conseguente manualità chirurgica. Sebbene tale comportamento abbia condotto al re-intervento 09/11/06 risulta che il re-intervento sia stato motivato da considerazioni differenti dalla effettiva necessità di consentire la rimozione della MAV attraverso un accesso operatorio dal lato sinistro;

¹ la Angio-RM e/o la Angio-TC, per quanto comunque utili e complementari, non sostituiscono in alcun modo le informazioni dinamiche fornite dallo studio angiografico.

² radiochirurgia o sorveglianza attiva.

5-6) premesso che la permanenza in Rianimazione è perdurata per oltre tre mesi³, è da rilevare che dal 16/11/06, nelle colture di broncoaspirato⁴, era individuato un germe Gram-negativo, definito come "*Klebsiella*" e non ulteriormente identificato a livello di specie che, però, risulta condividere molte caratteristiche di antibiotico-resistenza con l'*Enterobacter* isolato dal sangue il 12/12/06⁵. In quel periodo il 20% circa degli isolati di *Klebsiella* si presentava come ESBL-produttori⁶ con terapia di scelta⁷ rappresentata dai Carbapenemi⁸.

Inspiegabilmente, dal 22/11/06⁹ risulta introdotta in terapia piperacillina/tazobactam e ciprofloxacina come se non vi fossero state riflessioni sul fatto che il ceppo era ESBL-positivo¹⁰ e che le *Linee Guida* - allora come oggi - prevedono, in questi casi, l'impiego di carbapenemi in quanto, soprattutto nei soggetti "complessi" e con patologia multiorgano come la *Per_5* tale da richiedere la degenza in Rianimazione, sono in grado di determinare un migliore *outcome* rispetto ad una semplice terapia con piperacillina/tazobactam¹¹.

³ dal 07/11/06 al [REDACTED]

⁴ ed anche in una coltura di accesso vascolare venoso centrale

⁵ entrambi i batteri appartengono alla stessa famiglia delle Enterobacteriaceae ad habitat intestinale e componenti della flora fecale.

La *Klebsiella* era un ceppo produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro probabilmente di tipo *CP_24* che, come il successivo *Enterobacter aerogenes*, conservava sensibilità a [REDACTED] e ai carbapenemi.

La nomenclatura attuale parla più propriamente di *Klebsiella aerogenes*.

⁶ *CP_25* *Resistance in gram-negative bacteria: Enterobacteriaceae*. Am J In 2006;34:S20-S73. doi:10.1016/j.ajic.2006.05.238

⁷ <https://www.sanfordguide.com>

⁸ <https://www.uptodate-com>. *CP_2* dm.oclc.org/contents/extended-spectrum-beta-lactamases

⁹ riscontro di *Klebsiella* nelle urine da catetere vescicale.

¹⁰ probabilmente esprime un tipo particolare di beta-lattamasi, osomico detto AmpC.

¹¹ Harris *Con* *Per_18* et al. *Effect of Piperacillin-Tazobactam vs Meropenem on 30-Day Mortality for Patients With E coli or Klebsiella pneumoniae Bloodstream Infection and Ceftriaxone Resistance: A Randomized Clinical Trial*. JAMA. 2018;320(10):984]

Mandell, *Per_19* *Org_14's Infectious diseases*, 7th Ed. *CP_28*il Livingstone; <https://www.sanfordguide.com>

Tale impostazione terapeutica restava peraltro invariata fino alle emocolture del 12/12/06 che identificano un altro batterio Gram-negativo, sempre ad *habitat* intestinale e con caratteristiche di sensibilità-resistenza (antibiotipo) simili alla *Klebsiella* già isolata: l'*Enterobacter aerogens*¹².

Seguiva inserimento in terapia di carbapenemico¹³.

In sintesi:

- 16/11/06: colturale bronchiale positivo per *Enterobatterio Klebsiella ESBL-produttore*;
- 19/11/06: colturale urinario positivo per *Enterobatterio Klebsiella ESBL-produttore* con analoghe caratteristiche di antibiotico-resistenza¹⁴;

¹² anche l'*Enterobacter* isolato era un ceppo ESBL-positivo probabile AmpC produttore.

Considerato che nel 2017 - a seguito di riclassificazioni (*International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology* 67(2).504) - l'*Enterobacter aerogenes* è stato ridenominato, per via di similitudini genetiche, *Klebsiella aerogenes*, è probabile che gli isolati del 16/11/06 e del 19/11/06 fossero lo stesso del 12/12/06. Ovviamente le nozioni del 2006 non consentivano questa affermazione ma è altrettanto ovvio che una attenta lettura degli antibiogrammi avrebbe portato a rilevare la presenza di una *Klebsiella* colonizzante siti multipli, con caratteri di multi-resistenza agli antibiotici (ESBL-positiva, quindi resistente alle cefalosporine di terza generazione e agli inibitori delle beta-lattamasi) e, come tale, di probabile origine nosocomiale, in quanto il serbatoio di ceppi GRAM-negativi resistenti a questi antibiotici si verifica più facilmente in nicchie ecologiche ove sono in uso questi antibiotici, cioè ospedale e struttura di continuità assistenziale. Dal momento che la colonizzazione vescicale e le infezioni delle vie urinarie in soggetti portatori di catetere vescicale sono, in linea generale, la porta di ingresso dei germi per infezioni sistemiche e sepsi, anche nel caso della "Klebsiella" isolata il 16/11/02 dal broncoaspirato ed il 19/11/06 dall'urina, la terapia di scelta imponeva - in soggetto in Rianimazione e, cioè, ad alto rischio - l'impiego del carbapenemico (Tienam o imipenem) che, però, risulta essere stato inserito in terapia il 15/12/06 a seguito dell'isolamento di CP_29 *aerogenes* dal sangue e dopo il fallimento della prima linea di terapia.

¹³ CP_30 .

¹⁴ su questo aspetto è da segnalare che il Laboratorio della Casa di Cura "██████" ha omesso la conta batterica critica che, indubbiamente, non ha aiutato nella comprensione degli eventi (sul referto compare la dicitura "ricca flora").

Inoltre, essendo anche stato isolato nello stesso prelievo uno *Stafilococco epidermidis* è possibile che il referto sia stato interpretato dai Curanti come probabile colonizzazione polimicrobica in portatrice di catetere vescicale evento, questo, molto frequente.

La mancanza di una conta batterica per i due isolati dall'urina rende alquanto problematico discriminare tra colonizzazione e infezione anche se nei portatori di cateteri vescicali conte basse possono essere significative a differenza di soggetti non portatori di catetere vescicale.

- 22/11/06: impostazione terapeutica con piperacillina/tazobactam + ciprofloxacina non corrispondente alle *Linee Guida* che, preferenzialmente, prevedono l'impiego di *Carbapenemi* per i batteri ESBL-produttori, soprattutto in soggetti ad alto rischio come i degenti in Rianimazione¹⁵.

Nella complessità del caso è, poi, da considerare:

- ✓ primo ed ultimo isolamento di *Controparte_31* da sangue il 12/12/06 ed il 19/02/06¹⁶ con  ;
- ✓ isolamento di *Enterobacter aerogenes* da materiali diversi da sangue¹⁷;
- ✓ isolamento di *Enterobacter aerogenes* da broncoaspirato il 29/01/07, il 01/02/07¹⁸ ed il 13/02/07¹⁹;

¹⁵ va osservato che, anche in presenza di sensibilità a piperacillin/tazobactam, sempre dall'antibiogramma si deduce facilmente che il ceppo isolato risultava portatore di enzimi beta-lattamasi ad ampio spettro a seguito di resistenza a inibitori beta-lattamasi e cefalosporine 1°, 2°, e 3° generazione. A conferma è da osservare che durante il mese di terapia con piperacillina/tazobactam + ciprofloxacina vi sono stati picchi febbrili e che con le emocolture 12/12/06 è stato individuato l'*Enterobacter aerogenes* CP-2 con caratteristiche di ceppo produttore di CP-2 probabilmente di tipo CP-2 caratteristica peraltro molto frequente in q tipo di batteri (Mandell, *Per 19 Org_14's infectious diseases*, 7th Ed. Churchill Livingstone, www.Email_1.com).

A commento degli isolamenti di *Enterobacter aerogenes* Org_15 tivo - le cui caratteristiche di patogenicità e virulenza erano già chi oca dei fatti (Paterson DL. CP_33 2006;119:S20-S70. doi:10.1016/j.amjmed.2006.03.013) - è da osservare erme ad *habitat* intestinale è da considerarsi di origine nosocomiale per le caratteristiche di antibiotico ta all'antibiogramma (referti del Laboratorio di Microbiologia  di  che riportano i valori di MIC per ogni singolo antibiotico) i cui isolamenti, nti e provenienti da materiali diversi (broncoaspirato e accessi vascolari), sono da ritenersi segno di colonizzazione che, in un secondo tempo, è evoluta in sepsi. La colonizzazione è avvenuta molto probabilmente a seguito di contaminazione nosocomiale derivante da procedure comportamentali non corrette in materia di igiene sia ambientali (contaminazione di presidi medici e igienici, etc), sia per tramite del personale dedicato all'assistenza che in presenza di altri malati con colonizzazioni simili può trasferire i germi da malato a malato non adempiendo rigorosamente alle norme igieniche i.e. lavaggio delle mani, cambio dei guanti tra paziente e paziente e tra diverse procedure nell'ambito dello stesso paziente o mediante trasferimento dall'ambiente contaminato.

¹⁶ per un totale di 58 flaconi di emocolture positive.

¹⁷ accessi venosi centrali (08/01/07; 09/02/07) e arterioso (09/01/07).

¹⁸ carica di 100.000 UFC/ml.

¹⁹ carica 10 milioni UFC/ml.

- ✓ descrizione TC 30/01/07 di polmonite in quadro di ARDS;
- ✓ rilievo 03/02/07 di *pus* nell'escreato.

Inoltre, così come è evidente che vi erano importanti fattori di rischio²⁰, è da considerarsi altrettanto indiscutibile che - dal 12/12/06 al 21/02/07 - nella Rianimazione della Casa di Cura " *Org_16* " ha circolato un ceppo batterico di *Enterobacter aerogenes ESBL-positivo* che, per come comprovato, ha anche contagiato altri due soggetti ricoverati nello stesso ambiente senza che risultino effettuati specifici interventi di "contenimento".

Ciò contrasta, e non potrebbe essere diversamente, con tutte le norme di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

In conclusione, in un periodo di degenza in Rianimazione per oltre tre mesi è certificata una sepsi originata da un germe solitamente contenuto nelle feci e con caratteristiche di antibiotico-resistenza che sottende la circolazione nosocomiale del ceppo.

Tutto ciò induce il dubbio che il personale sanitario abbia effettivamente osservato una corretta igiene nelle attività assistenziali.

Conferma di inadeguata conformità alle *Linee Guida* deriva, anche, dalla consapevolezza che, in quell'ambiente ed in quello stesso periodo, sono stati colonizzati da *Enterobacter aerogenes ESBL-positivo* tre

²⁰ plurimi interventi neurochirurgici con derivazioni ventricolari, allettamento e stato di coma, accessi venosi ed arteriosi, catetere vescicale, respirazione assistita, escare nella regione cranica operata, decubito sacrale.

soggetti²¹ generando, di conseguenza, un *cluster* di trasmissione nosocomiale di un germe multi-resistente ad *habitat* intestinale.

È evidente che la presenza di un *cluster*²² di trasmissione in Rianimazione dello stesso germe ha alla base la non osservanza di misure igieniche preventive ed adeguate al controllo delle infezioni correlate all'assistenza che, proprio per la fragilità dei soggetti degenti, dovrebbero trovare la più stretta e rigida applicazione.

Vero è che solo corrette ed adeguate misure di controllo della trasmissione batterica nosocomiale, specialmente quella attraverso le mani degli operatori²³, avrebbero potuto evitare sia il contagio che la diffusione ad altri soggetti.

In conclusione, è ravvisabile una condizione di inadeguata prevenzione e gestione della determinatasi infezione da *Enterobacter aerogenes* *ESBL-positivo* che ha condotto al [REDACTED];

7) premesso che il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e la disponibilità di un Comitato per il Controllo delle Infezioni (CIO) rappresentano requisito di accreditamento istituzionale per le Case [REDACTED] Org_17 presso la [REDACTED] Org_18, si prende atto della prodotta documentazione relativa a procedure di sanificazione,

²¹ oltre a quello in valutazione risulta contagio di altri due soggetti ricoverati in Rianimazione il 20/12/06 ed il 27/12/06.

²² si definisce *cluster* una concentrazione inusuale di infezioni dovute allo stesso batterio con stesso antibiotipo, in un arco temporale molto ristretto (nel caso in esame da metà a fine dicembre 2006).

²³ il principale veicolo di infezioni nosocomiali è rappresentato dagli operatori sanitari dedicati all'assistenza e la loro non osservanza delle norme previste per il controllo di tali infezioni (<https://www.cdc.gov/hai/index.html>).

disinfezione e sterilizzazione degli ambienti atte a garantire la massima sicurezza e prevenzione²⁴.

24

- mail 13/11/06 con allegate Linee Guida per la gestione dei pazienti infetti (invio da parte delle direzioni sanitarie del personale);
- indagine igienico-ambientale presso il blocco operatorio piano seminterrato per la determinazione della carica microbica dell'aria e delle superfici febbraio 2007, documento del laboratorio Santa Clara. Il documento redatto il 07/02/07 evidenzia bassa conta microbica nell'aria e sulle superfici inferiori e 10 unità formanti colonie, quindi valori compatibili e conformi a quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed Ispel;
- indagine igienico ambientale presso Terapia Intensiva piano primo per la determinazione della carica microbica dell'aria eseguita il 07/02/07. Anche in questo caso le conte batteriche sono al di sotto dei limiti indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- indagine igienico ambientale presso il Blocco Operatorio piano seminterrato per la determinazione della carica microbica dell'aria e delle superfici eseguite il 25/01/07. Le conte batteriche risultano accettabili e sotto controllo e conformi ai valori indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Viene peraltro evidenziato su una parete una carica bassa di *Pseudomonas Spp*;
- risultati rilevazione cariche batteriche su superfici in Terapia Intensiva e nelle Sale Operatorie a partire da febbraio 2006 fino a maggio del 2007. Da questi dati si evince sommariamente che è presente contaminazione batterica a livello di superfici in Terapia Intensiva soprattutto a livello dei monitor, pavimenti e, in alcuni casi anche nel ventilatore (box 5, 6, 7 e 4) con carica batterica significativa (anche tra 80-100 e 300UFC). Nelle Sale Operatorie, nel periodo indicato, si registra minima contaminazione che diventa critica quando riguarda il respiratore in Sala Operatoria C e B della Cardiocirurgia che si ripete in modo abbastanza costante. Nella Sala Operatoria di Cardiocirurgia si registra la più alta contaminazione con dei valori sul monitor e sul pavimento che sono superiori alle 3000 colonie per cm² in data 05/03/06. Tutti i valori sopra indicati di contaminazione batterica, perlopiù rappresentati da flora mista, si azzerano dopo disinfezione ambientale;
- registrazione dati pazienti telerie set ferri Blocco Operatorio uno in riferimento all'intervento di *Per_20* ni in data 12/12/06;
- registro autoclavi durante gli interventi nel mese di novembre e dicembre 2006, con allegate le prove biologiche di sterilità dell'autoclave;
- documento sul rischio biologico redatto il 30/06/03;
- piano di valutazione della carica batterica ambientale;
- rilevazioni infezioni ospedaliere - data di redazione 2003;
- scheda di segnalazione di infezione ospedaliere;
- report su esame culturale con antibiogramma - data di redazione 2003;
- procedura per gestione dell'attività di Sala Operatoria del piano uno - data di redazione 07/07/03;
- istruzione operativa per la preparazione del letto operatorio e del respiratore - data di redazione 07/07/03;
- procedure di sostituzione filtro impianto di aria condizionata - data di redazione 22/01/03;
- zione tecnico descrittiva sugli impianti termici del complesso Clinica [redacted] in data 20/06/08;
- procedure di sterilizzazione dei dispositivi medici - data di redazione probabile 2001;
- misure di isolamento per le principali malattie infettive;
- misure di isolamento dei pazienti con patologie infettive in Ospedale - data di redazione 1998 revisioni zero;
- gestione delle medicazioni dei pazienti in Terapia Intensiva - data di redazione 1997 revisioni zero;
- test per autoclave a vapore procedura del 2007 e 2003;
- procedura di sterilizzazione dei dispositivi medici - data di redazione 2004;
- procedura di pulizia ambientale - data di redazione 2007
- Bollettino ufficiale della Regione Piemonte numero due del 13/01/05 dove si riporta la Delibera di Giunta Regionale con approvazione delle Linee Guida per la vigilanza da parte delle Commissioni [redacted] i requisiti strutturali e impiantistici organizzativi delle Case di Cure private;
- documento di registrazione pulizie a fondo delle Sale operatorie Blocco operatorio primo piano per gli anni 2006 e 2007 fino a giugno.

Di fatto tale carteggio costituisce esclusiva “dichiarazione di intenti” che, di fronte a condizioni di sepsi, dovrebbe portare a concretare misure specifiche.

Vero è che la prolungata degenza in Rianimazione di un soggetto in coma e con un grave stato settico in atto avrebbe dovuto costituire un “allarme” e rendere precoci provvedimenti organizzativi²⁵.

L'assenza di attestati interventi strategici *ad hoc* ha ovviamente contribuito a generare una elevata contaminazione ambientale²⁶ a cui ha fatto seguito colonizzazione ed insorgenza del *cluster* di sepsi da *Enterobacter aerogenes*.

L'esistenza di procedure assistenziali non corrette deriva, anche, dalle registrazioni poste in essere da febbraio 2006 a maggio 2007 che individuano contaminazioni batteriche di *monitor* di *Pt_15* e Terapia Intensiva, di respiratori e ventilatori situazioni, queste, che possono esclusivamente verificarsi attraverso non corrette procedure assistenziali²⁷.

²⁵ isolamento del soggetto con assegnazione di personale dedicato; opere di bonifica ambientale; etc.

²⁶ contaminazione probabilmente realizzata dalle mani del personale e dai dispositivi di assistenza.

²⁷ contaminazione batterica a livello di superfici in Terapia Intensiva soprattutto a livello di monitor, pavimenti e, in alcuni casi anche nel ventilatore (box 5, 6, 7 e 4) con carica batterica significativa (anche tra 80-100 e 300 UFC).

Nelle sale operatorie nel periodo indicato si registra minima contaminazione che diventa critica quando riguarda il respiratore sala operatoria C e B della Cardiochirurgia che si ripete in modo abbastanza costante.

Nella Sala operatoria di Cardiochirurgia si registra la più alta contaminazione con dei valori sul monitor e sul pavimento che sono superiori alle 3000 colonie per cm² in data 5 marzo 2006.

Tutti i valori sopra indicati di contaminazione batterica rappresentata, perlopiù, da flora mista si azzerano dopo disinfezione ambientale, come previsto.

Le cariche batteriche rilevate (anche fino a 3000 UFC) sono superiori agli *standard* di riferimento (*Org-1* 2017) e, inspiegabilmente, non riportano la tipologia di batteri isolati, criticità alquanto importante perché gli enterobatteri, secondo gli *standard* sopra riportati, devono essere ASSENTI su superfici e ambienti nella UTI proprio per la loro pericolosità.

La contaminazione microbiologica delle superfici negli ambienti lavorativi - *Org-*
Ed. 2017 - www.inail.it ISBN 978-88-7484-553-8 2017
<https://www.inail.it/cs/internet/docs/linee-guida-igiene-reparto-operatorio.pdf?section=attivita>

Su questo aspetto è da ricordare che un attivo programma di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza deve prevedere, oltre al monitoraggio degli ambienti, anche il controllo dei comportamenti degli operatori sanitari che, come noto, risultano essere il veicolo più frequente di infezioni e di passaggio di batteri da un soggetto all'altro.

È indiscutibile che la presenza di un soggetto settico in Rianimazione imponeva l'adozione di misure di isolamento, di specifiche opere di bonifica ambientale nonché l'attuazione di correttivi comportamentali del personale presupposti, questi, immediati e stringenti al fine di evitare/limitare la sepsi²⁸ e, quindi, il *cluster* di infezione da *Enterobacter* che ha implicato la contaminazione di altri due soggetti.

L'adozione di drastiche misure igienico-ambientali, così come di correttivi sul personale sanitario, avrebbe potuto contenere il danno ma, di ciò, non vi è traccia;

8) trattasi di infezione esogena da ceppo batterico di provenienza nosocomiale²⁹ con *cluster* da *Enterobacter aerogenes*;

9) sussiste rapporto di causa tra l'*errato* accesso chirurgico 07/11/06 ed i necessari re-interventi che hanno prodotto il grave declino neurologico e senz'altro favorito l'instaurarsi di una grave stato settico correlato, anche, alla non osservanza delle procedure igienico sanitarie con sviluppo di

²⁸ è da ricordare che il soggetto era colonizzato da enterobatteri fin dal decimo giorno di ricovero in Rianimazione, cioè precocemente.

²⁹ caratteristiche desumibili dall'antibiogramma che evidenzia un ceppo produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro resistente, cioè, alla classe delle cefalosporine 1°, 2°, 3°, generazione e ai beta-lattamici associati ad inibitori di beta-lattamasi. Mandell, *Per_19 Org_14 s Infectious diseases*, 7th Ed. Churchill Livingstone.

un *cluster* di infezioni nosocomiali evento, questo, di estrema gravità;

10) nelle motivazioni che hanno condotto al [REDACTED] [REDACTED] è ravvisabile prevalente responsabilità³⁰ nell'*errato* accesso chirurgico 07/11/07 che, di fatto, ha richiesto il re-intervento 09/11/07, la evacuazione 10/11/06 dell'ematoma post-chirurgico e la conseguente grave compromissione neurologica con allettamento, respirazione assistita, presenza di derivazioni ventricolari, di accessi venosi ed arteriosi e di catetere vescicale presupposti, questi, che rappresentano importanti fattori di rischio infettivo.

Minoritaria quota di responsabilità³¹ è attribuibile all'assenza di dedicati provvedimenti organizzativi/strategici³² così come alla inadeguata gestione della accertata sepsi nosocomiale.

11) per il "danno riflesso" è proponibile un periodo di *inabilità temporanea* di venti mesi al 25% per la signora

Parte_1

ed in relazione al "danno patrimoniale" si fa presente che risultano prodotte spese funerarie così come di assistenza legale e medico-legale.

Null'altro.

Con osservanza.

Torino, 04 settembre 2020

dott.ssa [REDACTED]
ZACÀ".

dott. Stefano

³⁰ intorno al 70%.

³¹ intorno al 30%.

³² l'adozione di drastiche misure igienico-ambientali, così come di correttivi sul personale sanitario, avrebbe potuto contenere il danno ma, di ciò, non vi è traccia.

...”.

Centrale, dunque, nella convincente disamina del Collegio Peritale, l'evento costituito dall'intervento in data 7 novembre 2006 (e non 2007 come, per mero errore materiale, compare nella relazione), che, di fatto, ha richiesto il re-intervento 9 novembre 2006, la evacuazione 10/11/06 dell'ematoma post-chirurgico e la conseguente grave compromissione neurologica con allettamento, respirazione assistita, presenza di derivazioni ventricolari, di accessi venosi ed arteriosi e di catetere vescicale presupposti, questi, che rappresentano importanti fattori di rischio infettivo. Rischio concretatosi poi con il decesso della paziente. Come rilevato dai cc.tt.uu., minoritaria quota di responsabilità è attribuibile all'assenza di dedicati provvedimenti organizzativi/strategici così come alla inadeguata gestione della accertata sepsi nosocomiale.

Trattasi, dunque, di inadempimenti di cui la parte convenuta deve, *ex art.* 1218 c.c. – in parte (30%) direttamente e per altra parte (70%) in combinato disposto con l'art. 1228 c.c. – compiutamente rispondere verso le odierne parti attrici.

Per spiegare questa conclusione va osservato che la più rilevante difesa svolta dalla parte convenuta si concreta (sebbene la terminologia utilizzata non sia questa), in buona sostanza, in una vera e propria eccezione di difetto di legittimazione passiva, dovendosi (ad avviso della

parte convenuta) le doglianze delle parti attrici rivolgere esclusivamente nei confronti dei medici dalla convenuta chiamati in causa. In altre parole, esisterebbe, a tutto concedere, una responsabilità contrattuale che vede come soggetti obbligati la CP_3 e l' CP_2 laddove la Controparte_1 [...] non sarebbe in modo alcuno responsabile dell'operato dei sanitari, che avrebbero agito sempre in modo del tutto autonomo e nella più totale assenza di un rapporto contrattuale sanitario tra la defunta e l'ospedale.

Sul punto hanno peraltro replicato efficacemente le parti attrici che la clinica è stata chiamata in questo giudizio, in via principale, a rispondere per la propria responsabilità ex art. 1228 c.c., per il fatto commesso dai suoi ausiliari.

In particolare, non risponde al vero che la clinica avrebbe adempiuto alla sola “prestazione accessoria a quella propriamente medica, ossia quella c.d. alberghiera”. Le prestazioni della clinica qualificano un vero e proprio rapporto di “spedalità”, dovendosi al riguardo considerare la circostanza che la prima visita del 16 settembre 2006 alla Per_5 è stata eseguita proprio presso la clinica che durante la degenza quest'ultima ha fornito alla paziente materiale medico-sanitario e strumenti nonché il posto letto, che la paziente è stata assistita da personale medico (i due chirurghi e l'anestesista) ed infermieristico di e le sono

stati somministrati farmaci e terapie, eseguiti esami clinici e diagnostici sempre all'interno della clinica convenuta.

Hanno ragione poi gli attori a rilevare come non sia vero che la convenuta avrebbe messo a disposizione “strutture adeguate, la sicurezza degli impianti (...) per assicurare alla paziente un’assistenza adeguata” e che operasse “nel pieno rispetto di tutte le condizioni che devono essere soddisfatte, per legge (...)” (pp. 9 e 10 comparsa [REDACTED]). E’ vero, invece, che tali circostanze appaiono smentite documentalmente (cfr. doc. 11 prod. parte attrice). Dagli accertamenti [REDACTED] del 25 ottobre 2006 si evincono gravi carenze strutturali ed organizzative della clinica risalenti proprio al periodo in cui si sono svolti i fatti di causa. Come dimostrato nel procedimento penale, del resto, anche l’igiene, nel reparto di T.I., era carente.

L’obbligazione nei confronti della paziente venne assunta dalla clinica, a cui la paziente si era rivolta, così come la stessa clinica ha fornito il personale (i due chirurghi appunto), il materiale medico sanitario, ha seguito le terapie e ha eseguito esami preliminari e post-operatori sulla paziente fino alla sua morte.

Del tutto irrilevante, poi, la circostanza che i due medici “seppur indicati nell’organico della struttura, non vi face[ssero] stabilmente parte in

quanto liberi professionisti (...)” (p. 10 comparsa [REDACTED] e che gli stessi ponessero in essere “in totale autonomia, le procedure interventistiche, senza che la struttura potesse o dovesse svolgere alcun controllo e/o vigilanza sul loro operato” (p. 11 comparsa [REDACTED] .

Come è noto (o, per lo meno, come dovrebbe esserlo), l’art. 1228 c.c. prescinde del tutto dalla presenza di un vincolo gerarchico o di dipendenza tra il prestatore in concreto del servizio fonte di danno e il soggetto contrattualmente astretto verso il danneggiato.

Come del resto prontamente replicato dagli attori, gli stessi due medici erano pure stipendiati dalla [REDACTED] la quale aveva attribuito al Dr. CP_2 l’incarico “Coordinatore e Responsabile dell’equipe” nei rapporti con la direzione sanitaria (doc. 7, prod. parte attrice, p. 2 ultima premessa).

Da quanto emerge dagli atti, poi, non risulta che il consenso sia stato raccolto o che comunque possa dirsi “informato”.

Hanno ragione gli attori nel rilevare che l’obbligo di informazione in questione non può ritenersi debitamente assolto mediante la mera sottoscrizione di un generico e non meglio precisato modulo, dovendo risultare per converso acclarato con certezza che il paziente sia stato dal medico reso previamente edotto delle specifiche modalità dell’intervento, dei relativi rischi e delle possibili complicazioni. Difatti: l’assoluta

indeterminatezza della manifestazione di consenso rende la dichiarazione del tutto inidonea ad assumere il carattere di dichiarazione di consenso informato. Il consenso deve essere specifico e esplicito, nonché reale ed effettivo, non essendo consentito il consenso presunto. Il consenso deve essere pienamente consapevole e completo, ossia deve essere appunto “informato”, dovendo basarsi su informazioni dettagliate fornite dal medico, ciò implicando la piena conoscenza della natura dell'intervento medico e/o chirurgico, della sua portata ed estensione, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative.

Ora, risulta che il primo intervento è stato addirittura praticato senza che, in occasione della visita del 16.9.2006, il Dr. CP_2 avesse prospettato alla paziente la possibilità di evitare l'intervento ed effettuare una terapia non chirurgica.

Gli obblighi informativi sono di competenza anche della struttura sanitaria che, anche in questo caso, ne risponde sia direttamente che indirettamente ex art. 1228 c.c.

Ulteriormente condivisibili appaiono le considerazioni delle parti attrici in merito alla scelta, gravemente colposa, di ricoverare una paziente con un quadro clinico così delicato (accettando quindi tutti i relativi rischi)

per lungo tempo in un reparto caratterizzato da carenze e inadeguatezze (strutturali e gestionali).

Da quanto emerso in sede penale è infatti risultato che nel reparto di T.I.6 il controllo da parte dei sanitari in reparto “era scarso”; “inizialmente non era previsto l’uso delle mascherine, adottate solo nell’ultimo mese di degenza della *Per_5*”; “non sempre i parenti venivano dotati di abbigliamento adeguato” e “guanti e mascherina non facevano parte comunque della dotazione”; le mascherine venivano “definite ‘cose da film’ da un medico a cui erano stati richiesti (cfr. dep. *Persona_9* pagg. 78 ss.) e vennero forniti al teste *Tes_5* solo quando costui aveva una forte tosse e le richiese espressamente”; “le pulizie non erano frequenti” (p. 23 doc. 2).

L’*Org_21* nei primi mesi del 2007 accertò delle carenze strutturali presso il reparto di T.I. della *Org_21* ed intimò a quest’ultima alcune prescrizioni elencate nel protocollo 14.2.2007 della *Org_21* Vigilanza (doc. 11 prod. parte attrice). Questi accertamenti dimostrano inequivocabilmente la responsabilità della struttura che, pur sapendo di non avere i locali a norma (peraltro i più importanti e delicati di tutta la struttura), ha comunque deciso di ricoverare la paziente lungodegente presso la sua struttura non idonea (oltre che carente di igiene). Seguirono

poi ulteriori controlli e accertamenti da parte dei funzionari dell' *Org_6* e dei NAS dei Carabinieri nel blocco operatorio e nel frattempo la aveva “smantellato” il reparto di terapia intensiva dove si era verificato il contagio batterico.

Hanno ragione gli attori, quindi, ad affermare che l'inadeguatezza del reparto di T.I. della clinica è evidente. La *Per_5* è stata ricoverata in coma presso il predetto reparto in condizioni igieniche deficitarie, a contatto, senza protezioni, con personale esterno, senza essere isolata ed è proprio in quelle condizioni che ha sviluppato il batterio che poi, non trattato tempestivamente, l'ha uccisa (e ha ucciso altre pazienti ivi ricoverate).

Passando al profilo del *quantum*, va detto che la convenuta *[...]* *Controparte_34* contesta genericamente “la determinazione del danno” compreso quello terminale.

Peraltro, gli attori hanno formulato richiesta di risarcimento del danno biologico temporaneo patito dalla *Persona_5* durante la sua lunga degenza e prima della sua morte. La Cassazione ha recentemente confermato che “il danno biologico temporaneo, sussiste solo per le sopravvivenze superiori alla giornata (24 ore) a prescindere dallo stato di coscienza della vittima” (Cass. ord. n. 18056/2019). Quindi la vicenda in

esame rientra nella casistica ipotizzata dalla S.C. e pertanto detto danno sarà senz'altro risarcibile.

Errata è poi la contestazione in merito alle richieste risarcitorie del danno biologico patito dalla *Parte_1* e dalla *Parte_3* formulata da *CP_4* (p. 6 comparsa *CP_4*). Trattasi di danno biologico autonomo di carattere psichico che quindi prescinde e si differenzia dal danno da perdita del rapporto parentale. Peraltro, come si vedrà, la c.t.u. riconosce tale tipo di danno solo in favore della XXXXXXXXXX

Passando ora alla valutazione delle posizioni singole dei numerosi attori nel presente processo, va considerato innanzi tutto che le varie situazioni da considerare appaiono essere le seguenti:

Parte_1, figlia,
Parte_2 nipote *ex filio*,
Parte_3, sorella,
Parte_4, nipote *ex sorore*,
Parte_5, figlio ed erede di *Persona_2*, nipote *ex sorore*,
Parte_6, figlio ed erede di *Persona_2*, nipote *ex sorore*,

Parte_7 , figlio ed erede per la quota di 1/3 del fratello (della defunta) *Persona_3* ,

Parte_8 , figlio ed erede per la quota di 1/2 del fratello (della defunta) *Persona_4* ,

Parte_9 , figlia ed erede per la quota di 1/2 del fratello (della defunta) *Persona_4* .

Sulla base delle evidenze documentali e delle non contestazioni delle altre parti, può considerarsi quanto segue.

Parte_1 figlia convivente della defunta *Persona_5* può ritenersi come la persona maggiormente danneggiata dalla perdita della madre, avendo sempre convissuto con la stessa (ininterrottamente dal 1988 sino al decesso), non essendosi mai sposata e non avendo creato una propria famiglia. La *Per_5* si è sempre occupata della propria figlia (e anche del figlio v. *infra*); era lei che gestiva la casa e addirittura lo stipendio della figlia con la quale ha sempre lavorato insieme (doc. 14 prod. parti attrici).

Non è contestato che fu proprio la *Pt_1* il 6 novembre 2006 ad accompagnare la madre presso la clinica convenuta, dalla quale uscì insieme a quest'ultima quando morì, 107 giorni dopo il suo accesso. Risulta poi che, in occasione del periodo natalizio (fine dicembre 2006),

quando la *Per_5* era ormai ricoverata in U.T.I. da diverse settimane, la convenuta mise a disposizione dell'attrice (e del fratello *Per_1*) una camera dato che fino a quel momento (sempre insieme al fratello) aveva occupato la sala d'aspetto della clinica. Risulta poi che la predetta attrice dal mese di settembre 2008 sino al 20 maggio 2010 è stata in cura presso il CSM di [REDACTED] per via di una sintomatologia depressiva. Nella relazione della dr.ssa *Per_11* che l'ha avuta in cura si evince che la scomparsa della madre rappresenta per l'attrice “una spina irritativa costante che pervade la mente della paz. Tanto che durante i colloqui è difficile ampliare i contenuti dei racconti” (doc. 15 prod. parti attrici), con diagnosi di sindrome depressiva connessa al dolore per il lutto materno.

A giugno 2017 la *Pt_1* è stata visitata dal Dr. [...] *Per_13* il quale, dopo aver intervistato scrupolosamente la paziente ha redatto in data 7 luglio 2017 una relazione nella quale ha messo in luce le problematiche psicologiche dell'attrice diagnosticandole un “Disturbo Dell'Adattamento con Umore Depresso Cronico definibile Complicato” che “determina alterazione della normale quotidianità e condizioni gli atti della vita, si accompagna a rabbia, sentimenti di colpa, sintomi ansiosi, disturbi del sonno, numbling relazionale con evitamento” (p. 6 doc. 16) 3. I sintomi che consentono al Dr. *Per_13* di definire “complicato” il

disturbo “sono la polarizzazione l'intrusività ideativa, la reattività alla riesposizione a specifici stimoli, le condotte di evitamento” (p. 6 doc. 16). La sig.ra Pt_1 infatti “presenta ancora oggi in modo evidente tutti gli elementi descritti. Ella appare nella relazione assolutamente spenta, l'emotività coartata, la perdita di progettualità futura, tanto da lasciare emergere un chiaro quadro di tipo depressivo; appare vivificarsi solo se rivive il trauma dimostrando come tutta la sua vita interiore resti sequestrata all'interno di quella esperienza bloccandone di fatto l'esistenza che è pertanto divenuta “passiva”: mangio, dormo, lavoro, priva di alcun elemento emotivo-affettivo condiviso con altri” (p. 6 doc. 16).

Il Dr. Per_13 ha concluso il proprio elaborato sostenendo che “il quadro clinico descritto costituisce Danno Psicico rilevante ai fini della valutazione di un danno biologico in quanto è strettamente correlato sia sul piano causale che su quello temporale alla malattia e al successivo decesso della madre che ha accompagnato standole vicino fino all'*exitus* avvenuto nel febbraio 2007” (p. 7 doc. 16).

Quanto al nipote Parte_2 va considerato che il figlio della Per_5 Persona_1, è [REDACTED]
Parte_2 pertanto agisce in questo giudizio quale suo unico figlio ed erede. Anche Per_1, come la sorella Parte_1, era molto

legato alla madre, con la quale era tornato a convivere dopo la sua separazione dalla compagna (sig.ra *Persona_14*) (docc. 17, 18, 19 e 20 prod. parti attrici). Anche lui aveva lavorato insieme alle sue congiunte, prima nel bar di Torino e poi nella trattoria di Pratoregio. Successivamente lavorò anche come giardiniere presso una cooperativa di *Org_10*

Soprattutto dopo la separazione, *Per_1* trascorse molto tempo a casa insieme alla madre e alla sorella. Tutti e tre costituivano un nucleo familiare molto forte.

Anche il nipote *Parte_2* era legato alla nonna; pur vivendo con la madre separata, ogni 15 giorni si trasferiva a casa della nonna la quale, insieme al padre e talvolta alla zia lo prelevavano all'uscita da scuola e se lo portavano a casa con loro ove trascorreva l'intero weekend.

Anche la sorella, *Parte_3* era molto legata alla defunta, pur non essendo con la stessa convivente.

Risulta pacifico in causa che le due sorelle vivevano a Torino vicine, si frequentavano spesso e passavano le feste insieme. Per la predetta il Dr. *Persona_15* ha diagnosticato un “Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente, Grave Senza Manifestazioni Psicotiche” (doc. 21 prod. parti attrici). Il medico ha infatti relazionato che la sua paziente, da

dopo la morte della sorella ha iniziato a soffrire di crisi di ansia caratterizzate da sensazioni di dispnea, improvvise crisi distrofiche, irritabilità ed aggressività per futili motivi, grave insonnia, difficoltà a concentrarsi e memorizzare, sentimento di disinteresse per gli altri, e disinteresse anche per le attività per le quali invece prima provava interesse, umore depresso e dominato dalla paura soprattutto “di non poter avere una vita lunga”. Sempre secondo il predetto “si può inoltre affermare che sia la patologia psichiatrica sia le patologie organiche della signora *Parte_3* sono in evidente rapporto con la malattia e la morte della sorella”.

Anche le nipoti, *Parte_4* e *Per_2*, risulta che erano molto legate alla zia e viceversa. Non risulta invero contestato che, abitando da sempre vicine alla loro zia, sono sempre state un nucleo familiare unito e solido e si sono sempre sostenute a vicenda. Sin dall’infanzia le due sorelle frequentarono la zia sia durante le festività che durante le vacanze estive in Liguria; per molte estati infatti andarono in campeggio ad Albenga insieme alla loro zia e ad *Parte_1* e *Per_1* (in quanto quasi coetanei) e poi anche ospiti da *Pt_6* nella sua casa a  quando quest’ultimo ivi si trasferì negli anni ‘80. Frequenti erano anche le visite di *Persona_5* alla nipote *Per_2* *Parte_4* era

talmente legata alla zia tanto che fu lei a prendersi in carico di gestire (ed aiutare) la cugina *Parte_1* durante il periodo che la *Per_5* trascorse in ospedale. *Parte_4* andava e veniva dall'ospedale portando il cibo (preparato da *Per_2* o da *Pt_3*) alla cugina e a *Per_1* che piantonavano notte e giorno il letto della loro madre.

La nipote *Parte_4* per aiutare la cugina e dedicarsi alla famiglia in quei mesi, trascurò il proprio lavoro di promotore finanziario c/o [...] *Org_13*. Il suo impegno a favore della famiglia determinò un netto calo di produzione sua personale e del gruppo di altri promotori da lei coordinati, con un conseguente calo delle provvigioni. In quel periodo la sig.ra *Parte_4* venne sostituita o comunque aiutata nello svolgere le sue mansioni in quanto era spesso assente dall'ufficio per assistere la zia in ospedale e aiutare la cugina, dal collega e all'epoca suo responsabile, Dr. *Persona_16* (doc. 22 prod. parti attrici).

Pure i fratelli *Persona_4* e *Pt_6* avevano mantenuto un ottimo rapporto con la defunta (doc. 23, 24, 25 e 26 prod. parti attrici). Risulta non controverso che del primo la defunta si era presa cura, ospitandolo a casa sua per più di un anno (nel 1995) quando il fratello aveva dovuto lasciare la propria abitazione in Torino. In attesa di trovarne un'altra era stato ospite della sorella che si era presa cura di lui come dei

suoi figli. Il fratello *Pt_6* si era invece trasferito in Liguria (già negli anni '80), ma i rapporti con la sorella (ed il resto della famiglia) erano rimasti saldi, posto che lo stesso ospitava tutte le estati la sorella [...]

Per_5 insieme a suo nipote *Pt_2* per le vacanze nella sua casa di [REDACTED] Erano frequenti anche durante l'anno, specialmente in occasione delle festività programmate, delle visite del *Per_5* alla sorella *Per_5*

Posto quanto sopra, reputa il Tribunale che la valutazione in via (necessariamente) equitativa delle poste di danno sopra evidenziate, unita alla considerazione dell'atteggiamento negativo tenuto dalla parte convenuta in relazione ad una controversia che ben avrebbe potuto essere definita in via transattiva, porti ai seguenti risultati complessivi, sotto detrazione, sia ben chiaro, delle somme eventualmente già corrisposte a seguito della sentenza penale:

Cominciando dal c.d. danno tanatologico, andrà corrisposto a titolo di danno biologico temporaneo maturato in capo alla vittima e trasmissibile ai suoi due eredi (metà ciascuno) il complessivo importo di € 13.390,00, oltre rivalutazione e interessi.

Passando al danno da perdita del congiunto, potranno accogliersi, almeno in gran parte, i rilievi proposti dalle parti attrici:

1) *Parte_1* (figlia convivente): per i motivi descritti in precedenza e l'incontestabile sofferenza patita dall'attrice a seguito della morte della madre con la quale condivideva l'abitazione, le abitudini, il lavoro e il tempo libero e con la quale aveva un rapporto davvero speciale, quasi simbiotico, reputa il Tribunale che vada risarcito l'importo massimo previsto dalle Tabelle pari ad € 327.000,00.

2) *Persona_1* (figlio convivente 
  e rappresentato in giudizio da suo figlio, unico erede, *Parte_2* : come emerso in corso di causa, anch'egli aveva un fortissimo legame con la madre con la quale conviveva e nella quale, ancora in età adulta, aveva trovato amore e conforto in un periodo non facile della sua vita (dopo la separazione dalla sua compagna). Si reputa pertanto corretto il risarcimento richiesto nella misura di € 320.000,00.

3) *Parte_2* (nipote): per i motivi di cui sopra, in particolare lo stretto legame affettivo e di complicità che aveva con sua nonna che rivestiva a tutti gli effetti il ruolo di “seconda madre” e con la quale trascorreva molto tempo nei giorni in cui viveva col padre e durante le festività sia invernali che estive, si reputa corretto un risarcimento nella misura di € 140.000,00.

4) *Parte_3* (sorella): in favore della sorella maggiore della vittima, con la quale aveva un particolare e stretto legame sopra descritto, si reputa corretto un risarcimento nella misura di € 140.000,00.

5) *Parte_4* (nipote): per i motivi sopra descritti si reputa corretto un risarcimento nella misura di € 115.000,00.

6) *Persona_2* (nipote e rappresentata in questo giudizio dai figli, unici eredi, sig.ri *Parte_5* e *Parte_6*) per le ragioni sopra evidenziate si reputa corretto un risarcimento nella misura di € 100.000,00.

7) *Persona_3* (fratello e rappresentato in questo giudizio per la quota di un terzo dal figlio *Parte_7* per i motivi sopra descritti si reputa corretto un risarcimento nella misura di € 120.000,00.

8) *Persona_4* (fratello e rappresentato in questo giudizio dagli eredi *Parte_8* e *Parte_9* per i motivi descritti si reputa corretto un risarcimento nella misura di € 120.000,00.

Per la personalizzazione del danno c.d. ultratabellare, reputa il Tribunale che possano liquidarsi le seguenti somme:

1) in favore di *Parte_1* € 100.000,00;

2) in favore di *Persona_1* (ora *Pt_2* quale erede) € 80.000,00;

3) in favore di *Parte_3* € 20.000,00;

4) in favore di *Parte_2* (in proprio) € 20.000,00

Il pregiudizio biologico di *Parte_1* in proprio (20 mesi di invalidità temporanea al 25%, come da c.t.u.) può essere equitativamente liquidato in € 10.000,00.

Quanto ai danni patrimoniali, in base alle evidenze in causa, valutate anche dai cc.tt.uu., andrà liquidato alla *Parte_1* [...] l'importo di € 26.736,99, al *Parte_2* l'importo di € 4.456,52, al *Parte_8* l'importo di € 16,52.

Il tutto con la rivalutazione monetaria in base agli indici ISTAT e con gli interessi legali dalla domanda al saldo, con deduzione degli acconti provvisionali eventualmente già versati a seguito della sentenza penale o comunque prima della presente decisione.

Non rimarrà pertanto che procedere alla condanna della parte convenuta, secondo quanto illustrato qui in motivazione, in solido (*ex art. 2055 c.c.*) con i terzi chiamati dottori *Controparte_6* e *CP_3* nei confronti dei quali la parte attrice ha esteso le proprie domande. Naturalmente la ripartizione interna avverrà in base alle percentuali già indicate in motivazione, sulla base dell'esperita c.t.u.

La condanna della parte convenuta determina, tenuto conto delle risultanze più volte ricordate della c.t.u., l'applicazione delle relative manleve, come richiesto dalla parte convenuta, nei limiti, ovviamente, di quanto accertato dai cc.tt.uu.

In particolare, la manleva della convenuta verso i chiamati **CP_2** e **CP_3** potrà avvenire nella misura del 70%, come indicato in c.t.u. in base alle rispettive quote di responsabilità, vale a dire (sempre secondo la c.t.u.) nella misura del 35% per ciascuno dei due sanitari, in modo parziario e non solidale, trattandosi di regresso.

Va qui considerato che in sede di procedimento penale, secondo il Giudice di primo grado e come confermato dalla sentenza di secondo grado, vi è stato un comportamento contrario alle regole dell'arte medica ed imperito, e dunque colposo, imputabile ad entrambi i neurochirurghi sia nel primo intervento (condotto senza preventivo studio angiografico e caratterizzato dagli errori posti in evidenza dalla c.t.u.) che nel secondo intervento a cui ricorsero repentinamente per correggere l'errore del primo, omettendo però anche in questo caso qualsivoglia studio angiografico, causando l'emorragia e lo stato di coma. Errori che, in ambito penale, sono stati ritenuti causa del grave quadro clinico che caratterizzò la degenza della **Per_5**. In considerazione anche dei rilievi della c.t.u. esperita nella presente procedura appare pertanto logico ritenere che, nei rapporti interni **CP_18** la quota del 70% vada suddivisa in parti uguali (cfr. la nota 121 della relazione di c.t.u.).

Per ciò che attiene, poi, ai rapporti tra la terza chiamata **CP_3** e la sua compagnia assicuratrice **Org_1** va considerato che, come emerge dagli atti, la polizza contratta dalla dott.ssa **CP_3** con **Controparte_35** (oggi **Org_1** aveva validità annuale e comprendeva unicamente il lasso temporale compreso tra il 3 giugno 2003 ed il 3 giugno 2004, ossia un periodo di gran lunga antecedente rispetto ai fatti di cui è causa. In altri termini, all'epoca del fatti, nel 2007, l'invocata copertura assicurativa non era più efficace.

Non rilevano i documenti successivamente prodotti dalle parti, attesa la revoca dell'autorizzazione concessa a suo tempo all'udienza del 28 gennaio 2020 e la successiva autorizzazione fuori udienza, successivamente revocate per rispetto del principio del contraddittorio, atteso che, contrariamente a quanto era apparso nella citata udienza, non vi era accordo alcuno, neppure *in parte qua* tra le parti. Comunque, sarà appena il caso di osservare come parte **CP_3** abbia prodotto prove di pagamenti avulse dalla dimostrazione di un vincolo negoziale con la **Org_1** atteso che l'unico documento al riguardo ritualmente prodotto dalla **CP_3** comprova la scadenza del contratto in data, per l'appunto, 3 giugno 2004.

Ora, come noto, la semplice prova di un pagamento non dimostra di per sé un intento negoziale vincolante per entrambe le parti, laddove, come nella specie, difetti proprio la dimostrazione del momento genetico del rapporto negoziale stesso (*rectius*: sia presente tale dimostrazione, ma per un tempo non idoneo ad attivare la copertura per il periodo controverso e, dunque, induca anzi

a ritenere che per tale periodo il consenso negoziale – che non può esistere se non sulla base di un accordo tra due o più parti – non sia proprio presente).

In assenza, dunque (in modo assoluto, anche a voler in ipotesi considerare i documenti su cui processualmente le parti hanno battagliato), di un documento comprovante l'accordo *inter partes* (entrambe, ovviamente!) circa l'estensione temporale della copertura assicurativa, la relativa richiesta di manleva andrà respinta.

Per quel che riguarda i rapporti tra il terzo chiamato CP_2 e la sua compagnia assicuratrice CP_5, va detto che la compagnia CP_5 ha eccepito che la procura conferita allo scrivente dai dottori CP_3 e CP_2 sarebbe nulla in quanto i rappresentati tra loro sarebbero in potenziale conflitto di interessi, ma tale conflitto non sembra sussistente nella specie, atteso che i due chiamati non hanno svolto domande l'un verso l'altro. In ogni caso, come ampiamente detto, i rapporti tra le relative responsabilità sono stati acclarati dalla c.t.u. come in posizione paritaria (35% ciascuno) e nelle difese delle due parti non è dato cogliere accenni ad una diversificazione delle due posizioni, che agiscono (rectius: si difendono) su di un fronte, se così si può dire, “comune”.

In merito alla eccepita inoperatività della garanzia assicurativa, derivante dalla applicazione dell'art. 7.13 delle condizioni di polizza, ha ragione parte CP_2 a replicare che la risoluzione unilaterale disposta dalla compagnia è avvenuta, come conseguenza della denuncia di avvenuto sinistro e che la richiesta risarcitoria azionata con l'odierno procedimento si riferisce alla

responsabilità professionale conseguente all'intervento chirurgico del 9 novembre 2006, quando la garanzia assicurativa era pienamente operativa nei confronti dell'assicurato.

Sulla eccezione di prescrizione di cui all'art. 2952 c.c. sollevata dalla compagnia assicurativa CP_5 va detto che quest'ultima ha fatto presente che “A fronte della costituzione di parte civile degli odierni attori datata 22.10.2008, il dott. CP_2 solo con comunicazione inviata alla CP_36 il 19.12.2013 (doc. 8), quindi oltre cinque anni dopo, ha per la prima volta denunciato il sinistro, chiedendo che la Compagnia rimborsasse pro quota alla CP_37 [...] quanto da questa corrisposto agli eredi della sig.ra Per_5 a titolo di provvisionale, secondo il disposto della sentenza n. 3724/2011 del Tribunale penale di Torino”. Sempre secondo la citata compagnia, “A partire dalla data di costituzione di parte civile degli attori (22.10.2008) e fino alla comunicazione del 19.12.2013 sopra richiamata, non vi è infatti stato alcun atto interruttivo della prescrizione indirizzato dal dott. CP_2 alla concludente Compagnia. Ne consegue che il diritto dell'assicurato ad essere manlevato dalla concludente Compagnia deve essere dichiarato prescritto ai sensi dell'art. 2952 Cod. civ., in assenza di validi atti interruttivi biennali della prescrizione tempestivamente comunicati alla CP_36 a partire quantomeno dal 22.10.2008”.

Ora, è agli atti prova di invio di raccomandata a.r. in data 21 ottobre 2008 da CP_2 a CP_5 contenente denuncia del sinistro per cui è causa e, ai

sensi dell'art. 2952, quarto comma, c.c., il termine prescrizione rimane sospeso fino alla liquidazione delle pretese del terzo danneggiato, vale a dire fino ad oggi.

Va dunque affermata l'operatività della manleva dispiegata dall CP_2 nei confronti della sua compagnia, ovviamente nei limiti del massimale.

Passando ai rapporti tra la parte convenuta e la compagnia CP_4 , quest'ultima ha eccepito che alla luce della natura del rapporto di lavoro in essere al tempo dei fatti con la struttura (liberi professionisti non facenti stabilmente parte dell'organico della struttura), nonché del ruolo ricoperto dai predetti dott.ri CP_2 e CP_3 (primo operatore ed aiuto), gli stessi dovrebbero essere ritenuti i soli ed esclusivi responsabili del tragico evento per cui è causa, con applicazione dell'art. 18 delle condizioni aggiuntive di polizza ed esclusione di ogni intervento da parte della compagnia assicuratrice.

Peraltro risulta che gli stessi due medici erano pure stipendiati dalla Contro , la quale aveva attribuito al Dr. CP_2 l'incarico di “Coordinatore e Responsabile dell'equipe” nei rapporti con la direzione sanitaria (doc. 7, prod. parte attrice, p. 2 ultima premessa).

Al di là di ciò va considerato che deve ritenersi infondata l'eccezione d'inoperatività svolta da CP_4 ai sensi dell'art. 18 delle condizioni aggiuntive, posto che il predetto articolo si riferisce esclusivamente all'ipotesi in cui i sanitari dovessero essere ritenuti, in esito al giudizio, gli unici ed esclusivi responsabili del sinistro e, quindi, solo qualora risultasse definitivamente

provata l'asserita responsabilità per fatti di causa in capo ai soli sanitari, con esclusione di una qualsivoglia responsabilità della struttura.

Lo stesso fatto che l'importo della franchigia assoluta sia stato posto a carico della persona, ovvero del medico (e non della struttura) denota, inequivocabilmente, che trattasi di una regolamentazione assicurativa inerente una responsabilità esclusiva del sanitario e non della struttura. In buona sostanza, secondo la corretta interpretazione del contratto assicurativo in esame, la polizza in esame prevede tre diverse garanzie assicurative (e così rischi assicurati) e, tra queste, la garanzia assicurativa in favore della struttura per le ipotesi in cui sia chiamata, come civilmente responsabile, a risarcire i danni cagionati a terzi da essa stessa o da persone delle quali o con le quali debba rispondere, esattamente come nella specie. Tale garanzia, al contrario di quanto sostenuto dalla compagnia, non ha franchigia e neppure opera solo in eccesso rispetto alle assicurazioni personali del personale non dipendente, e ciò indipendentemente dal fatto che si tratti di responsabilità diretta *stricto sensu* o per l'operato di terzi. In forza di quanto disposto dall'art. 1 delle CGA "Oggetto dell'assicurazione", infatti, "la società si obbliga a tenere indenne l' Parte_16 contraente di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione,

compresa la RC derivante all'Assicurato contraente per fatti imputabili al personale”.

Ma la polizza contempla anche la copertura personale in favore dei medici non dipendenti. E' proprio solo in relazione a quest'ultima ipotesi di garanzia assicurativa (e non invece a quella inerente la copertura in favore della Casa di cura) che trova applicazione l'art. 18 delle condizioni aggiuntive, con le limitazioni in esso previste rispetto al medico e non alla struttura. Il citato articolo 18 attiene, dunque, ad una specifica e diversa ipotesi d'operatività di polizza, relativa alla garanzia assicurativa in favore del sanitario non dipendente per il caso in cui dovesse risultare accertata la responsabilità del medesimo, quale materiale esecutore della prestazione offerta al paziente.

Si tratta, dunque, di una particolare e diversa ipotesi di applicabilità della polizza, che mira ad offrire al medico una copertura assicurativa aggiuntiva rispetto alla sua polizza personale, per il caso in cui fosse accertata una sua responsabilità civile verso terzi.

Come affermato dalla convenuta, in tale contesto, è pacifico che, nell'ipotesi prospettata dall'art. 18 delle condizioni aggiuntive, sussisterebbe la copertura assicurativa delle compagnie d'assicurazione non solo in favore della struttura (senza alcuna limitazione), ma anche in favore del sanitario, sia pure per quest'ultimo solo in eccesso alla copertura offerta dalla compagnia assicurativa personale del sanitario e, comunque, solo oltre la franchigia di lit. 1.500.000.000 la quale, come recita la citata clausola contrattuale, “resta a carico

del personale qui indicato” (il che conferma come tale articolo non riguardi minimamente la posizione della struttura, bensì il medico libero professionista).

In altre parole: la responsabilità del sanitario non dipendente resterebbe, quindi, in primo luogo, coperta dalla polizza da quest’ultimo sottoscritta con la propria compagnia d’assicurazione, nonché, per la parte in eccedenza, dalla polizza CP_4 e ciò sempre che la somma da rifondere a titolo di danno sia maggiore della franchigia assoluta di lit. 1.500.000.000 posta a carico del sanitario medesimo.

Va pertanto riconosciuta anche la manleva sollevata dalla convenuta nei confronti della sua compagnia assicuratrice.

Le spese, ivi comprese quelle di c.t.u., seguono la soccombenza e vengono liquidate ai sensi del D.M. 55/2014.

La presente pronunzia è esecutiva *ex lege*, senza alcuna necessità di apposita declaratoria in dispositivo, ai sensi dell’art. 282 c.p.c., così come modificato dall’art. 33, l. 353/90.

P.Q.M.

Il Tribunale di Torino, in persona del Giudice Istruttore in funzione di Giudice Unico, definitivamente pronunziando; sul contraddittorio delle parti; *contrariis reiectis*;

DICHIARA TENUTI E CONDANNA la parte convenuta, nonché i terzi chiamati *Controparte_6* e *CP_3* al pagamento, in via solidale, nei confronti delle parti attrici delle somme seguenti:

€ 13.390,00, oltre rivalutazione e interessi, in parti uguali, in favore degli attori *Parte_1* e *Parte_2*

€ 327.000,00, oltre ad € 100.000,00, € 10.000,00 ed € 26.736,99, in favore di *Pt_1* *Parte_1* ;

€ 320.000,00, oltre ad € 140.000,00, ad € 80.000,00, ad € 20.000,00 e ad € 4.456,52 in favore di *Parte_2*

€ 140.000,00, oltre ad € 20.000,00 in favore di *Parte_3*

€ 115.000,00 in favore di *Parte_4* ;

€ 100.000,00 in favore di *Parte_5* e *Parte_6* , in parti uguali;

€ 40.000,00 in favore di *Parte_7*

€ 120.000,00 in favore di *Parte_8* e *Parte_9* in parti uguali, oltre ad € 16,52 in favore di *Parte_8* .

Il tutto oltre rivalutazione monetaria in base agli indici ISTAT dalla data del decesso della *Per_5* e con gli interessi legali dalla domanda al saldo effettivo;

Il tutto sotto deduzione delle somme già versate in sede di giudizio penale o comunque prima della presente decisione;

DICHIARA TENUTI E CONDANNA i terzi chiamati **CP_3** e **CP_2** a tenere indenne e manlevare la convenuta in relazione a tutte le somme che la stessa sarà tenuta a versare a parte attrice per capitale, interessi e spese, ciascuno dei due chiamati nella misura del 35% del totale;

RESPINGE le domande tutte proposte dalla chiamata **CP_3** avverso la chiamata **Controparte_8**

DICHIARA TENUTA E CONDANNA la terza chiamata **CP_4** a tenere indenne e manlevare la convenuta in relazione a tutte le somme che la stessa sarà tenuta a versare alle parti attrici per capitale, interessi e spese nei limiti del massimale di polizza pari ad euro 2.582.285,00;

DICHIARA TENUTA E CONDANNA la terza chiamata **CP_5** a tenere indenne e manlevare la parte terza chiamata **CP_2** in relazione a tutte le somme che la stessa sarà tenuta a versare a parte convenuta per capitale, interessi e spese entro i limiti del massimale di polizza di € 780.000,00;

CONDANNA parte convenuta e i chiamati **CP_2** e **CP_3**, tutti in solido tra di loro, al rimborso in favore delle parti attrici delle spese del presente giudizio, che liquida in complessivi € 70.000,00, oltre agli accessori di legge;

CONDANNA parte terza chiamata **CP_4** al rimborso in favore della parte convenuta delle spese del presente giudizio, che liquida in complessivi € 40.000,00, oltre agli accessori di legge;

CONDANNA parte terza chiamata CP_5 al rimborso in favore della parte terza chiamata CP_2 delle spese del presente giudizio, che liquida in complessivi € 35.000,00, oltre agli accessori di legge;

CONDANNA parte terza chiamata CP_3 al rimborso in favore della parte terza chiamata Org_1 delle spese del presente giudizio, che liquida in complessivi € 35.000,00, oltre agli accessori di legge;

PONE definitivamente a carico della parte convenuta e dei chiamati CP_2 e CP_3 per l'intero le spese dell'esperimento c.t.u. (salva la responsabilità solidale di tutte le parti verso il collegio peritale).

Così deciso in Torino il giorno 19 gennaio 2021.

IL GIUDICE