

N. R.G. 90200221/2012



REPUBBLICA ITALIANA IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI CATANIA

QUINTA SEZIONE CIVILE II

Tribunale, nella persona del Giudice dott. Cristiana Gaia Cosentino ha
pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. **90200221/2012** promossa da:

C. A., nato a *omissis*, il *omissis*, in proprio e nella qualità di esercente la responsabilità genitoriale sulla
minore **C. C.**, nata a *omissis*, il *omissis*, elett. dom. in VIA P. METASTASIO,33 CATANIA;
rappresentato e difeso dall'avv. SIGNORELLI ELIO ANTONIO giusta procura in atti.

ATTORI

contro

R. S. SRL, in persona del legale rappresentante pro tempore, elett. dom. in PIAZZA S. MARIA DELLA
GUARDIA 28 CATANIA; rappresentato e difeso dall'avv. VITALE SILVESTRO giusta procura in atti.

CONVENUTA

e nei confronti di

SOCIETÀ REALE MUTUA ASS.NI, in persona del legale rappresentante pro tempore, elett. dom. in
CORSO ITALIA, 244 95129 CATANIA; rappresentato e difeso dall'avv. SPAGNOLO SANTO giusta
procura in atti.



AXA ASSICURAZIONI SPA, in persona del legale rappresentante pro tempore, elett. dom., in VIA R.IMBRIANI N.222 CATANIA; rappresentato e difeso dall'avv. BARRESI SALVATORE giusta procura in atti.

C. V., nato a *omissis*, il *omissis*, elett. dom. in VIA G. D'ANNUNZIO 65 CATANIA; rappresentato e difeso dall'avv. PARLAVECCHIO STEFANIA giusta procura in atti.

TERZI CHIAMATI

Avente ad oggetto: responsabilità medica – risarcimento danni

All'udienza del 16.11.2021 la causa veniva assunta in decisione sulle conclusioni come in atti precisate.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO

Con atto di citazione notificato il 09.02.2012, C. A., in proprio e nella qualità di esercente la responsabilità sulla allora minore, C. C., rappresentava che, alla data del 02.12.2010 la sig.ra D. D. S., rispettivamente madre e nonna degli odierni attori, ricorreva al ricovero presso la struttura sanitaria, Casa di Cura “R. S.”, sita in *omissis*, Via *omissis*, *omissis*, di proprietà “R. S. s.r.l.”. All'atto del ricovero, in ingresso, veniva accertata dai sanitari della RSA la presenza di una ferita lacero-contusa al ginocchio sinistro, conseguente ad una caduta al suolo. Solamente in data 17.12.2010 (ossia quasi 20 giorni successivi all'ingresso) il sanitario curante la paziente segnalava “presenza di tumefazione e calore al ginocchio sinistro. Si drena la secrezione purulenta. Viene aggiunta la terapia medica Ciproxin 500”. Ad un mese esatto dal ricovero presso la RSA “R. S.”, la paziente, D. D. S., con scelta condivisa anche dal figlio, in dipendenza della trascuranza mostrata da parte dei sanitari della RSA “R. S.” per l'incipiente infezione al ginocchio, impedente anche una minima deambulazione, era costretta a determinarsi alle dimissioni volontarie, per far urgente ricorso, in data 07.01.2011, all'assistenza medica del P.O. Garibaldi di Catania, ove le veniva diagnosticata “piaga al ginocchio sinistro”. In data 10.01.2011 (ossia gg. 7 successivi alle dimissioni dalla RSA “R. S.”) la sig.ra D. D. S. veniva ricoverata presso il Centro Catanese di Medicina e Chirurgia, ove, all'atto del ricovero veniva eseguita consulenza chirurgica che evidenziava “estesa e profonda lesione ulcerativa purulenta in corrispondenza del ginocchio sinistro ... prelievo di tampone batteriologico, successiva programmazione intervento chirurgico ...”. In data 11.01.2011 (gg. 8 successivi alle dimissioni dalla RSA “R. S.”) la sig.ra D. D. S. veniva sottoposta ad esame rx al ginocchio sinistro, che metteva in evidenza “disformismo del terzo prossimale di tibia sinistra da mettere



in rapporto in prima ipotesi agli esiti di un pregresso evento traumatico”. Il giorno 12.01.2011 la paziente veniva sottoposta ad esame ecocolor-doppler degli arti inferiori che metteva in evidenza “occlusione trombotica della FCS inguinale, con assenza completa di segnali a valle” (ossia difetto di circolazione a valle degli arti inferiori, in corrispondenza all’originario trauma al ginocchio sinistro), in dipendenza del quale si rendeva necessaria la programmazione per l’indomani dell’intervento chirurgico di amputazione dell’arto inferiore sinistro. In data 13.01.2011 (appena 10 gg. successivi alle dimissioni dalla RSA “R. S.”), la D. D. S. veniva quindi sottoposta ad intervento di amputazione trans-femorale al III° inferiore di coscia. In data 25.01.2011, nella insussistenza di ulteriore trattamento presso il Centro Catanese di Medicina e Chirurgia, la sig.ra D. D. S. veniva dimessa e ricoverata presso altra RSA, “Villa R.” in Sant’Agata Li Battiati, ove, a causa del progressivo peggioramento delle condizioni generali, decedeva in data 22.03.2011. Lamentavano gravi omissioni nella condotta dei sanitari della R.S.A. convenuta, in quanto, a fronte di chiari segni e sintomi evidenziati l’osteomielite, avevano del tutto omesso di intervenire terapeutamente, determinando il peggioramento delle condizioni di salute della D. D. e, quindi, l’amputazione dell’arto ed, infine, il decesso della stessa. Chiedeva, pertanto, la condanna al risarcimento del danno da perdita di rapporto parentale, il danno biologico iure hereditatis, il danno biologico iure proprio degli attori ed il danno patrimoniale, nella complessiva somma di euro 1.250.669,00 oltre accessori di legge. Quindi, con note depositate il 11.11.2021, chiedeva: *in dipendenza di quanto allegato e comprovato, in accoglimento della domanda giudiziale proposta dal signor C. A., figlio della signora D. D., in proprio e quale genitore esercente la responsabilità genitoriale della figlia C., oggi maggiorenne, nipote della signora D. D., condannare la convenuta al risarcimento del danno, iure proprio, da perdita del “rapporto parentale”, nella misura prevista dalle Tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale del Tribunale di Milano, nella misura ivi prevista in favore del figlio ed in quell’altra ivi indicata in favore della nipote, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali dall’epoca della perdita del rapporto parentale (22 marzo 2011) sino all’effettivo soddisfo; condannare, certamente, parte convenuta ai danni non patrimoniali, risarcibili alla paziente-vittima, quindi trasmissibili iure hereditatis a parte attrice, quale il danno biologico subito e riportato dalla paziente-vittima, signora D. D., in dipendenza della condotta omissiva dei sanitari e conseguente responsabilità che ha comportato l’amputazione della gamba sinistra, nella percentuale di invalidità permanente accertata dai CC.TT.UU, avuto riguardo al tempo intercorso tra l’intervenuta amputazione e la morte della sig.ra D. D.; ritenere*



dichiarare che parte attrice ha diritto, ancora, iure hereditatis, al risarcimento del “danno terminale” ossia il danno morale soggettivo (c.d. catastrofale), quale danno-conseguenza consistente nei postumi invalidanti che hanno caratterizzato il periodo della vita della paziente-vittima dal momento dell’amputazione della gamba sinistra sino al decesso, avuto riguardo all’ apprezzabile lasso di tempo intercorso tra l’amputazione(gennaio 2011) e l’exitus (marzo 2011); di tutte le superiori voci di danno, che vorrà quantificare il signor Giudice, disporre condanna della convenuta, oltre rivalutazione monetaria ed interessi dall’epoca dell’accertata irresponsabile condotta dei sanitari sino al soddisfo. In ossequio al principio di soccombenza porre le liquidande spese processuali, oltre accessori di legge, incluse quelle delle due CTU espletate nel corso del giudizio, quale onere in capo alla convenuta, con distrazione a favore del sottoscritto difensore antistatario (a causa delle sopraggiunte difficoltà economiche finanziarie dello attore); riconoscendo inoltre, ai sensi dell’articolo 96/3 comma c.p.c., in favore dell’attore il risarcimento del danno per “responsabilità aggravata” sia della convenuta che del sanitario, terzo chiamato, per aver ingiustificatamente resistito alla denunciata loro responsabilità medico-sanitaria ed così obbligando l’attore ad un giudizio (ancora solo di primo grado) durato quasi 10 anni.

Si costituiva la R.S.A. R. S. s.r.l., la quale contestava in fatto ed in diritto la domanda avanzata, anche con riferimento alle tipologie di danno asseritamente subite e alla quantificazione delle stesse. In via preliminare, chiedeva la chiamata in causa del Dott. C. V., quale responsabile sanitario, avendo svolto interventi terapeutici diretti nel ricovero della D. D., in quanto eventualmente corresponsabile in solido, in caso di condanna. Chiedeva, altresì, previa chiamata in causa, di essere manlevata dalla Società Assicuratrice AXA s.p.a., in caso di soccombenza, per il pagamento di somme a titolo risarcitorio, oltre accessori di legge.

Si costituiva il Dott. V. C., il quale, chiedeva di essere autorizzato alla chiamata in causa della Reale Mutua Assicurazioni s.p.a., dalla quale chiedeva di essere manlevato in caso di condanna. Nel merito, contestava in fatto ed in diritto la domanda avanzata e ne chiedeva il rigetto.

Si costituiva la Axa Assicurazioni s.p.a., la quale contestava la domanda avanzata, nonché quella di manleva dipendente dal contratto di assicurazione in oggetto, chiedendone il rigetto.

Si costituiva la Società Reale Mutua di Ass.ni, la quale chiedeva ritenere l’inoperatività della Polizza Assicurativa in oggetto. Nel merito, chiedeva il rigetto della domanda attorea, nonché dichiarare l’obbligo di manleva della R.S.A. convenuta nei confronti del Dott. C.; in subordine, contenere la condanna nei limiti della quota di danno eventualmente ascrivibile all’assicurato e nei limiti contrattuali.



In ulteriore subordine, chiedeva il diritto di rivalsa nei confronti degli altri convenuti responsabili per quanto dovesse essere costretta a corrispondere in più rispetto alla quota di danno eventualmente ascrivibile all'assicurato.

La controversia, istruita dai precedenti G.I. documentalmente e attraverso due CTU medico legali, veniva assegnata a Questo G.I. in data 03.09.2020. Quindi, a seguito di rimessione su ruolo con ordinanza del 01.10.2021, per mancato rinvenimento dei fascicoli di parte e delle relazioni tecniche dei c.t.u. nominati, al fine di disporre la ricerca e la ricostruzione, all'udienza del 16.11.2021, la causa veniva posta in decisione sulle conclusioni come in atti precisate, assegnando i termini di cui all'art.

190 cpc.

La domanda attorea è parzialmente fondata nei limiti che si dirà.

Innanzitutto, è appena il caso di rilevare che la R.S.A. convenuta ha chiesto accertarsi la corresponsabilità del Dott. C. in qualità di responsabile sanitario. Sicchè, nell'ipotesi in cui la parte convenuta in un giudizio di risarcimento dei danni, nel dedurre il difetto della propria legittimazione passiva, chiami in causa un terzo, l'atto di chiamata, al di là della formula adottata, va inteso come chiamata del terzo responsabile e non già come chiamata in garanzia "impropria", in quanto, da un lato, tale condotta è logicamente e giuridicamente incompatibile con la qualificazione dell'evocazione del terzo come chiamata in garanzia (la quale, di per sé, non può non presupporre la non contestazione della legittimazione passiva) e, dall'altro, va privilegiata l'effettiva volontà del chiamante in relazione alla finalità, in concreto perseguita, di attribuire al terzo la responsabilità del danno. In tal caso, si verifica l'estensione automatica della domanda dell'attore al terzo chiamato, indicato dal convenuto come il vero legittimato (Cass. Civ., n.24294/2016).

Ancora in via preliminare, va disattesa l'eccezione sollevata dalla convenuta e dai terzi chiamati concernente la mancanza di legittimazione attiva non essendosi gli attori qualificati ed agito in qualità di erede della de cuius. Invero, secondo la giurisprudenza di legittimità, non può ravvisarsi il difetto di legittimazione attiva del figlio che faccia giudizialmente valere un credito del genitore defunto per il solo fatto che egli non se ne affermi anche erede, in quanto il chiamato all'eredità, qual è necessariamente il figlio del defunto ai sensi dell'art. 536 c.c., agendo giudizialmente nei confronti del debitore del de cuius per il pagamento di quanto dichiaratamente al medesimo dovuto, compie un atto che, nella consapevolezza della delazione dell'eredità, "presuppone necessariamente la sua volontà di accettare e che non avrebbe il diritto di fare se non nella qualità di erede", così realizzando il paradigma normativo dell'accettazione tacita dell'eredità di cui all'art. 476 c.c., che risulta integrato quante volte la domanda



dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, ancorché non alle sue dipendenze, risponde anche dei fatti dolosi o colposi dei medesimi. A questi fini è sufficiente che la struttura sanitaria comunque si avvalga dell'opera di un medico. Né ad escludere tale responsabilità è idonea la circostanza che ad eseguire l'intervento sia un medico di fiducia del paziente, sempre che la scelta cada (anche tacitamente) su professionista inserito nella struttura sanitaria, giacché la scelta del paziente risulta in tale ipotesi operata pur sempre nell'ambito di quella più generale ed a monte effettuata dalla struttura sanitaria, come del pari irrilevante è che la scelta venga fatta dalla struttura sanitaria con (anche tacito) consenso del paziente (Cass. Civ., n.8826/2007). Le sopravvenute discipline, di cui al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. legge Balduzzi), e di cui alla legge 8 marzo 2017 n. 24, invece, non si applicano retroattivamente a eventi risarcitori avvenuti antecedentemente, sicché, nel caso di specie trova applicazione il regime di responsabilità contrattuale anche per il rapporto col medico.

Con riguardo ai rapporti interni tra la struttura sanitaria e il medico, appare illuminante il principio enunciato dalla Suprema Corte, secondo cui, in tema di azione di rivalsa nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connesso all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione (Cass. Civ., n.2898/2019). Invero, in tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità della struttura sanitaria, integra, ai sensi dell'art.1228 c.c., una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzi nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'art.2049 c.c.; pertanto, nel rapporto interno tra la struttura e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., atteso che, diversamente opinando, la concessione di un diritto di regresso integrale ridurrebbe il rischio di impresa, assunto dalla struttura, al solo rischio di insolvibilità del medico convenuto con l'azione di rivalsa, e salvo che, nel relativo giudizio, la struttura dimostri, oltre



alla colpa esclusiva del medico rispetto allo specifico evento di danno sofferto dal paziente, da un lato, la derivazione causale di quell'evento da una condotta del sanitario del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità e, dall'altro, l'evidenza di un difetto di correlate trascuratezze, da parte sua, nell'adempimento del relativo contratto, comprensive di omissioni di controlli atti ad evitare rischi dei propri incaricati (Cass. Civ., n.29001/2021; conferma, Cass. Civ., n.28987/2019, secondo cui, in tema di azione di rivalsa nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connaturato all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione).

Nel merito, non è oggetto di contestazione e risulta dagli atti di causa, che D. D. S. è stata ricoverata presso la predetta struttura sanitaria dal 02.12.2010 al 03.01.2011.

Occorre dunque esaminare gli esiti della CTU.

A seguito degli accertamenti effettuati e della documentazione esaminata, i CCTTUU hanno così argomentato e concluso: *la Sig.ra D. D., in data 2 dicembre 2010, venne ammessa presso la RSA "R. S." di Catania, quando viene accertata la presenza di: "raccolta ematica sottocutanea sulla tibia sx tratto prossimale, conservata e non dolente la articolarietà ginocchio." Viene stabilita terapia con lanoxin, lansoprazolo, deflan, losartan, lasix, ticlopidina, betotal, ursobil, adesitrin, cosopt e, dal 27.12.10 ciproxin. In cartella non vengono documentate attività diagnosticoterapeutiche sulla condizione del ginocchio e, la successiva rivalutazione clinica, è del 27.12.10, quando viene annotato: "presenza di tumefazione e calore al ginocchio sinistro. Si drena la secrezione purulenta". In relazione alla lesione riscontrata, considerate l'età e le condizioni vasculopatiche della D. D., sarebbe stato prudente attivare una consulenza chirurgica, provvedere precocemente al monitoraggio evolutivo della lesione, alla terapia antibiotica mirata, a medicazione locale, ed indagare le condizioni vascolari di quel distretto. Tali attività non sono state poste in essere e, la condotta omissiva, ha favorito la cronicizzazione dell'infezione e la sua progressione, in un contesto di deficit vascolare, verso un quadro clinico estremamente grave. Infatti, quando la D. D. arriva presso il centro Catanese di Medicina e Chirurgia, viene obbiettivata la presenza di "Estesa e profonda (60x50x15mm) lesione ulcerativa purulenta in corrispondenza del ginocchio sinistro che la paz.*



riferisce successiva a caduta. Flogosi perilesionale". In questa sede si procede, come da prassi, a prelievo per tampone batteriologico (che evidenzia stafilococco), disinfezione con betadine, programmazione di indagini strumentali quali RX ginocchio, ecocolorDoppler e ossimetria transcutanea. L'ecocolorDoppler rileva occlusione trombotica della FCS inguinale con assenza completa di segnali a valle. Rilevabili anche minuscole placche di tipo 5. Iliaca esterna ecoscopicamente pervia ma con



diagramma Doppler parecchio smorzato come da patologia ostruttiva aortoiliaca. Il dato è confermato dal rilievo di diagrammi monofasici a carico della FCD (peraltro pervia sebbene rimaneggiata da presenza di placche di tipo 3-4)” Visto il quadro complessivo si programma, quindi, esecuzione di intervento chirurgico di amputazione transfemorale al III distale di coscia Sn. L’intervento viene eseguito in data 13.1.11, il decorso postoperatorio fu regolare ed in data 25 gennaio 2011, la Sig.ra D. D. viene dimessa e trasferita presso la RSA “Villa R.”, sita in S. Agata Li Battiati. Ivi si spegnerà il 22 marzo 2011. Non si hanno notizie delle condizioni cliniche della D. D. durante il ricovero presso la RSA “Villa R.”, né sulle cause della morte.

In sostanza, i c.t.u. hanno accertato un comportamento omissivo nei sanitari della struttura sanitaria, perché: *pur trattandosi di una vasculopatia non si indaga sulle sue condizioni vascolari periferiche e, contrariamente a quanto corretta prassi avrebbe richiesto per una simile fattispecie, non si effettua un accurato monitoraggio della lesione rilevata all’ingresso. Ciò ha favorito l’insorgenza e cronicizzazione di un processo infettivo, sulla cui evoluzione non si è intervenuti –, durante quel ricovero per ben 25 giorni. Tenuto conto della classificazione riportata nella parte espositiva, possiamo definire il nostro caso come osteomielite da contiguità: la lesione cutanea o sottocutanea non trattata si è infettata e, approfondendosi nei tessuti, ha coinvolto il tessuto osseo. La coesistenza di vasculopatia periferica, ha favorito l’evoluzione verso il processo osteomielitico e/o di grave infezione, per il preesistente deficit di ossigenazione che aggrava da un canto le conseguenze del trauma, mentre dall’altro può impedire che le concentrazioni di antibiotici raggiungano concentrazioni ideali nel distretto traumatizzato ed infetto. Dobbiamo quindi ritenere più probabile che non che la condotta omissiva posta in essere presso ‘Villa S., abbia favorito in maniera significativa l’insorgenza di una grave lesione osteomielitica, a seguito della quale si è resa necessaria l’amputazione della gamba sinistra. La scelta dell’amputazione fu, a nostro parere, adeguata nel tentativo di salvataggio della vita della paziente.*

Diversamente, hanno escluso un qualunque nesso di causalità tra il decesso e la condotta omissiva accertata, come, peraltro, già escluso nella precedente relazione tecnica del c.t.u. precedentemente nominato del 04.05.2015: *dalla documentazione in atti non è possibile risalire a ciò che avvenne presso la RSA di S.A. Li Battiati che accolse la D. D. dal 25 gennaio al 22 marzo quando, infine, si verificò l’exitus. In tali condizioni non è possibile valutare l’esistenza di nesso causale tra la condotta omissiva esperita presso ‘Villa S.’ e l’exitus. Infatti, trattavasi di soggetto di età avanzata (88enne), affetta da importanti comorbidità, quali “Vasculopatia cerebrale cronica. Ipertensione arteriosa. Fibrillazione*



atriale cronica, Insufficienza renale cronica”, tutte rappresentanti patologie, in una donna 88enne, ad efficienza lesiva autonoma ed in concorso sufficiente a determinare l’exitus.

Sicchè, concludono affermando che: nel momento in cui la stessa venne ricoverata presso Villa S. e del fatto che, su dette condizioni non si è concretamente esperita alcuna idonea attività diagnosticoterapeutica, indirizzata alla lesione del ginocchio sinistro, appare ‘più probabile che non’ che una condotta corretta avrebbe potuto salvare l’arto. Deve pertanto quantificarsi un danno biologico pari al 45% (quarantacinque percento), relativo agli esiti di amputazione transfemorale al III distale di coscia sinistra, quale danno iatrogeno conseguito, alla mancata diagnosi e trattamento delle lesioni vasculopatiche ed infettive che afflissero la de cuius. Non si ritiene doversi procedere a valutazione di danno da inabilità temporanea, in quanto il tutto è avvenuto nel contesto di ricoveri protrattisi dal 2.12.10 al 22.3.11, interrotti per soli 7 giorni dal 3.1.11 al 10.1.11, nel contesto biologico di una condizione di inabilità totale.

Tali conclusioni appaiono condivisibili in quanto esenti da contraddizioni logiche evidenti ed in quanto i cc.tt.uu. hanno esaustivamente risposto alle osservazioni delle parti, tenendo conto, altresì dell’esito della precedente c.t.u. Infatti, con riguardo alla esistenza della sola occlusione arteriosa acuta critica, non avrebbe costituito motivo sufficiente all’amputazione dell’arto, potendo la lesione ben essere trattata in maniera conservativa, come avviene nella maggior parte dei casi tramite embolectomia, trombolisi o bypass chirurgico. I c.t.u. ribadiscono l’esistenza di una osteomielite, sulla base delle seguenti circostanze: il drenaggio di secrezione purulenta dalla ferita, avvenuto in data 27.12.10 presso l’RSA e, secondo quanto annotato presso CCMC; in data 10.1.11, la persistenza ed il peggioramento della lesione infetta ed il rilievo di iperpiressia all’ingresso in struttura; la programmazione di emocultura e l’effettuazione di Tampone da ferita, ulcera ginocchio sinistro finalizzati ad individuare un processo settico, nei fatti individuato (stafilococco aureo); il rilievo clinico oggettivo di ‘estesa ulcera osteomielitica ginocchio sx’ per “Estesa e profonda (60x50x15mm) lesione ulcerativa purulenta in corrispondenza del ginocchio sinistro che la paz. Riferisce successiva a caduta. Flogosi perilesionale”; il rilievo tramite tampone dalla ferita di stafilococco aureo, frequentemente responsabile di osteomielite Tali eventi supportano (più probabile che non) l’esistenza di un processo osteomielitico, coerente con i dati clinici della de cuius. Risulta più probabile che non quindi che la decisione dell’amputazione, sulla base dei dati di cui si dispone, era legata alla presenza dell’infezione in un evento di ischemia acuta, concausato dai fenomeni compressivi esercitati dall’ematoma e dai fenomeni trombotici favoriti dall’infezione stessa, al fine di ridurre il rischio di setticemia per la paziente.



I c.t.u. hanno, peraltro, rilevato che, in aggiunta ad una imperita condotta diagnostico-terapeutica, in contrasto con le linee guide, sussiste anche una rilevante lacunosità nella cartella clinica che non consente di apprezzare l'evoluzione patologica delle condizioni di salute della paziente e che non può che rafforzare la responsabilità di quanto successivamente occorso. Invero, come ben evidenziato, la lesione del ginocchio fu trascurata per lungo tempo, che, per contiguità, ha prodotto l'osteomielite e, alla fine, l'ischemia critica, in una paziente in cui, all'esordio, era stata rilevata solo iposfigmia agli arti inferiori, evento frequente nei soggetti anziani che, in assenza di altre spine irritative può non determinare mai lesioni ischemiche. Da rilevare altresì che, l'esistenza di insufficienza renale, non era ostativa alla prescrizione di terapia antibiotica adatta alle caratteristiche della paziente. Infine, appare evidente che le dimissioni volontarie della D. D., in accordo con il C. sono state determinate dall'aggravarsi delle condizioni di salute della prima, stante la censurabile condotta posta in essere dalla convenuta e l'assenza di alcun beneficio dalla censurata terapia fino allora praticata.

In definitiva, appaiono evidenti le gravi condotte negligenti ed imperite poste in essere in quanto, come osservato dai c.t.u., anche sotto il profilo dell'entità del danno biologico subito, diversamente dalle conclusioni cui è pervenuto il precedente c.t.u.: *il fatto che non si sa con esattezza quando sia insorta la complicanza settica osteomielitica, è da attribuire alla condotta censurabile dei Sanitari che per 25 giorni non hanno più verificato ed annotato le condizioni della lesione rilevata all'ingresso in struttura, nonostante la stessa sia stata oggetto di medicazioni durante il ricovero, fino al drenaggio di secrezione purulenta. Il fatto che la complicanza settica sia da intendersi come causa preponderante, rispetto alle criticità vascolari dell'arto inferiore, per la successiva amputazione transfemorale del terzo distale di coscia sinistra, risulta supportato dal fatto che, nel momento in cui la de cuius venne ricoverata presso la RSA, pur avendo una riduzione del flusso (iposfigmia) agli arti inferiori, questo non poteva equipararsi ad una ischemia critica in quanto non determinava lesioni ischemiche come dimostrato dalla mancanza di sintomi correlati (es. claudicatio). Ciò significa che, fino al ricovero presso la RSA il quadro vascolare era ben compensato ed eventuali interventi migliorativi, comunque non indicati in assenza di sintomi, potevano ben essere di natura conservativa.*

A ciò deve aggiungersi, in punto di diritto, che la lacunosità accertata in ordine alla descrizione della patologia e delle condizioni cliniche della paziente, non può che riverberarsi a carico del debitore in ordine alla valutazione della prova dell'esattezza dell'adempimento. Infatti, la giurisprudenza di legittimità afferma che, in tema di responsabilità medica, la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio di



vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato. Tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento dell'eventuale colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente



(Cass. Civ., n.6209/2016). L'eventuale incompletezza della cartella clinica è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente soltanto quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno, come accertato nella specie (Cass. Civ., n.27561/2017).

Ciò posto, deve concludersi nel senso che il danno patito dalla D. D. sia stato determinato dalla condotta gravemente negligente ed imperita dell'odierna convenuta e del Dott. C., quale responsabile sanitario ed essendo stato coinvolto direttamente nella gestione e nella cura della paziente, circostanza questa pacifica e non contestata.

Sicchè, va riconosciuta la responsabilità contrattuale dei convenuti in via solidale per il danno biologico patito.

Sul punto, va rilevato che i CTU hanno riconosciuto un danno biologico pari al 45%.

Il danno va dunque quantificato tenendo conto di quanto previsto dalle Tabelle del Tribunale di Milano (in atto quelli del 2021), che rapportano l'entità del risarcimento a un valore progressivo con riferimento all'incremento dei punti di invalidità e con una funzione regressiva di decurtazione con riferimento al crescere dell'età del danneggiato al momento del sinistro, secondo il seguente prospetto :

| | |
|--|---------------------|
| Età del danneggiato alla data del sinistro | 88 anni |
| Percentuale di invalidità permanente | 45% |
| Punto danno biologico | € 5.853,71 |
| Danno non patrimoniale risarcibile | € 148.831,00 |

Deve rilevarsi al riguardo che la nota sentenza della Suprema Corte n.7513/2018 ha aggiunto che "La lesione della salute risarcibile in null'altro consiste, su quel medesimo piano, che nella compromissione delle abilità della vittima nello svolgimento delle attività quotidiane tutte, nessuna esclusa: dal fare, all'essere, all'apparire. Non, dunque, che il danno alla salute "comprenda" pregiudizi dinamicorelazionali dovrà dirsi; ma piuttosto che il danno alla salute è un danno "dinamico-relazionale". Se non avesse conseguenze "dinamico-relazionali", la lesione della salute non sarebbe nemmeno un danno medico-legalmente apprezzabile e giuridicamente risarcibile". Inoltre, la Corte ha sancito: "In presenza d'un danno permanente alla salute, costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta



attribuzione d'una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e l'attribuzione d'una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi di cui è già espressione il grado percentuale di invalidità permanente (quali i pregiudizi alle attività quotidiane, personali e relazionali, indefettibilmente dipendenti dalla perdita anatomica o funzionale: ovvero il danno dinamico-relazionale)". Infine, la Corte ha stabilito che il danno non patrimoniale conseguente alla lesione del bene salute (non diversamente dalla lesione di altri interessi costituzionalmente tutelati) "va liquidato, tenendo conto tanto dei pregiudizi patiti dalla vittima nella relazione con se stessa (la sofferenza interiore e il sentimento di afflizione in tutte le sue possibili forme, id est il danno morale interiore), quanto di quelli relativi alla dimensione dinamicorelazionale della vita del soggetto leso. Nell'uno come nell'altro caso, senza automatismi risarcitori e dopo accurata ed approfondita istruttoria". Con riguardo, invece, alla cd. personalizzazione del danno, la Suprema Corte ha ribadito che "qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamicorelazionali personali documentati e obiettivamente accertati", ovvero (ma solo ai sensi del terzo comma dell'art. 139 citato) "causi o abbia causato una sofferenza psico-fisica di particolare intensità", il Giudice potrà riconoscere un aumento

"con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato". Sicchè, "In presenza d'un danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dagli organi giudiziari di merito (oggi secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata solo in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale ed affatto peculiari. Le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'id quod plerumque accidit (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento" (Cass., ord. n. 7513/2018). Sotto tale profilo, parte attrice non ha adempiuto all'onere della prova alla stessa incombente per come sopra evidenziato dalla giurisprudenza di legittimità.

Ciò posto, deve, tuttavia, rilevarsi che la D. D. è deceduta in data 22.03.2011, seppur appare accertato che nessun nesso di causalità sussiste con riguardo alle condotte poste in essere per come sopra evidenziato. Sicchè, nella specie, deve osservarsi, come afferma la giurisprudenza di legittimità costante che, in tema di risarcimento del danno biologico, ove la persona offesa sia deceduta per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito, l'ammontare del danno spettante agli eredi del defunto iure successionis va parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato, e non a quella probabile, in quanto la durata della vita futura, in tal caso, non costituisce più un valore ancorato alla mera probabilità statistica, ma è un dato noto; e, d'altra parte, non è giuridicamente



configurabile un danno risarcibile in favore della persona per il tempo successivo alla sua morte (in questo senso v. le sentenze 3 ottobre 2003, n. 14767, 24 ottobre 2007, n. 22338, 31 gennaio 2011, n. 2297, 14 novembre 2011, n. 23739, 18 gennaio 2016, n. 679, 26 maggio 2016, n. 10897, e 26 giugno 2020, n. 12913).

Tale giurisprudenza, tuttavia, non è applicabile nello specifico. Ed infatti, va condivisibilmente considerata altra pronuncia giurisprudenziale più attinente al caso concreto. Il riferito orientamento giurisprudenziale, infatti, è volto a rapportare la liquidazione del danno alla durata effettiva della vita del danneggiato, rispetto al parametro, meramente probabilistico, dell'aspettativa di vita. Esso assume, quindi, specifico rilievo se il danneggiato decede in età precoce rispetto all'aspettativa di vita. Nel caso in esame, invece, la danneggiata è deceduta a 88 anni e quindi ben oltre l'ordinaria aspettativa di vita secondo le tabelle dell'ISTAT del 2011. Il punto-base previsto dalle tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale elaborate dal Tribunale di Milano, pertanto, in relazione ad un soggetto quasi novantenne tiene già conto delle più ridotte aspettative di vita. Non si registra, quindi, quello scollamento fra l'aspettativa di vita meramente ipotetica e potenziale e l'effettiva durata della vita del danneggiato che giustifica l'applicazione di un coefficiente di riduzione del risarcimento dovuto in ragione del punto-base (cfr., Cass. Civ., n.25157/2018).

Pertanto, la convenuta R.S.A. e il Dott. C. V. vanno condannati in solido al pagamento della complessiva somma di euro 148.831,00, oltre rivalutazione ed interessi come di seguito indicato. Sotto tale profilo, pur essendo chiaro dalla complessiva lettura dell'atto di citazione che il C. A. agisce in qualità di successore legittimo di D. D. S., come risulta da certificato storico di famiglia versato in atti, tuttavia, non altrettanto può ritenersi nei confronti della nipote, in quanto non rientrante nella categoria dei legittimari, se non per rappresentazione ex art.536 c.c. Sicchè, va dichiarato il difetto di legittimazione attiva di C. C..

Le somme liquidate a titolo di danno biologico, una volta devalutate alla data di verifica del fatto dannoso (02.12.2010), vanno poi rivalutate alla stregua degli indici Istat del costo della vita con decorrenza dalle date in cui sono state monetariamente determinate (cd. *aestimatio*) e fino al giorno della presente sentenza con la quale è resa la definitiva liquidazione (cd. *taxatio*), trattandosi di credito di valore in conseguenza della natura risarcitoria delle corrispondenti obbligazioni.

Sulla somma sono dovuti gli interessi al tasso legale dalla data del fatto illecito sino al momento della liquidazione, calcolati non sulle somme integralmente rivalutate (il che condurrebbe ad una duplicazione



delle voci risarcitorie; cfr. Cass., Sezioni Unite, 1712/95) ma sulla somma via via rivalutata con periodicità annuale (Cass. 20.6.1990, n. 6209).

Nei relativi rapporti interni la quantificazione così operata va ripartita in parti uguali in conformità al criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, in assenza di prova contraria, per come evidenziato dalla giurisprudenza di legittimità sopra richiamata (si veda, Cass. Civ., 28987/2019). Sicchè, in accoglimento della domanda avanzata dalla R.S.A. nulla essendo stato provato in tal senso dalla struttura sanitaria convenuta, deve ripartirsi in misura paritaria la quota di responsabilità per i danni cagionati. Pertanto, il dott. C. va condannato a corrispondere alla R.S.A. convenuta quanto da questa corrisposto a parte attrice in conseguenza del presente procedimento nella misura della metà.

Parimenti deve rilevarsi con riguardo al Dott. C.. Sicchè, la Casa di Cura convenuta va condannata a corrispondere al Dott. C. quanto da lui corrisposto a parte attrice in conseguenza del presente procedimento nella misura della metà.

Inoltre, in accoglimento della domanda di manleva avanzata nei confronti della Axa Ass.ni s.p.a. chiamata in causa dalla R.S.A. convenuta, deve rilevarsi che quest'ultima deve essere mantenuta indenne dalla terza chiamata di quanto dalla stessa versato in conseguenza di questo procedimento nella misura della metà, poiché le contestazioni circa l'avvenuto pagamento del premio appaiono generiche ed infondate, a fronte della documentazione prodotta. Inoltre, diversamente da quanto sostenuto dalla terza chiamata, la polizza stipulata da una casa di cura "per conto proprio" a copertura della responsabilità civile (tanto per il fatto proprio quanto per quello altrui) non può "operare in eccesso" rispetto all'assicurazione "personale" del medico che in essa operi, poiché i due contratti, che sono diversi e riguardano soggetti differenti, non coprono il medesimo rischio (cfr., Cass. Civ., n.30314/2019, in applicazione dell'enunciato principio, la S.C. ha cassato la sentenza di appello, affermando che presupposto necessario perché possano sussistere una coassicurazione, una assicurazione plurima od una copertura "a secondo rischio" è proprio l'identità del rischio coperto). Con riguardo alla eccezione di qualità di medico non dipendente della R.S.A. deve, altresì, rilevarsi che ciò non emerge dalla documentazione in atti, bensì, si evince che il Dott. C. è stato nominato responsabile sanitario della R.S.A. convenuta come da nota del 09.05.2005. Sicchè, anche in tal caso l'eccezione di inoperatività della polizza con riferimento al limite di franchigia previsto con riguardo a tale ipotesi va disattesa.

Parimenti deve rilevarsi con riguardo alla domanda di manleva avanzata nei confronti della Società Reale



Mutua di Ass.ni s.p.a. chiamata in causa dal Dott. C.. Sicchè, quest'ultimo deve essere mantenuto indenne dalla terza chiamata di quanto dallo stesso versato in conseguenza di questo procedimento nella misura della metà.

Infine, con riguardo al danno biologico terminale, nonché al danno cd. catastrofe invocato iure hereditatis, deve osservarsi che, in punto di diritto, in tema di danno non patrimoniale risarcibile in caso di morte causata da un illecito, il danno morale terminale e quello biologico terminale si distinguono, in quanto il primo (danno da lucida agonia o danno catastrofe o catastrofico) consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine ed è risarcibile a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'intensità della sofferenza medesima; mentre il secondo, quale pregiudizio alla salute che, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, sussiste, per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla percezione cosciente della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della stessa, ma richiede, ai fini della risarcibilità, che tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo. Dai pregiudizi risarcibili "iure hereditatis" si differenzia radicalmente il danno da perdita del rapporto parentale che spetta "iure proprio" ai congiunti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto e che è risarcibile se sia provata l'effettività e la consistenza di tale relazione, ma non anche il rapporto di convivenza, non assurgendo quest'ultimo a connotato minimo di relativa esistenza (Cass. Civ., n.21837/2019). Nella specie, appare acclarato dalle due relazioni tecniche espletate che non esiste alcun nesso causale tra la condotta colposa posta in essere dai sanitari e il decesso della D. D., per come sopra evidenziato. Sicchè, nessun risarcimento del danno va riconosciuto in ordine a tali voci di danno. Parimenti deve osservarsi con riguardo al risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale richiesto iure proprio, nonché del danno patrimoniale e del danno biologico subito iure proprio dagli attori, in quanto, peraltro, non provato sia nell'an che nel quantum, e sui quali gli attori non hanno insistito in sede di precisazione delle conclusioni.

Non sussistono i presupposti in fatto ed in diritto per la domanda di condanna ex art.96 c.p.c. stante l'esito della causa per come sopra evidenziato.

Stante la parziale soccombenza, con riferimento al quantum inizialmente richiesto, tenuto conto dell'effettiva entità del danno accertato rispetto a quanto domandato, parte convenuta e le terze chiamate devono essere condannate in solido al pagamento delle spese processuali sostenute nella misura della



metà, come liquidate in dispositivo tenuto conto del valore effettivo della causa, ai sensi del DM 55/14, tabella n.2, quinto scaglione, da distrarre in favore del procuratore antistatario.

Le spese di c.t.u., come liquidate nel relativo decreto, vanno poste definitivamente a carico della parte convenuta e delle terze chiamate in solido.

P.Q.M.

Il Tribunale di Catania, definitivamente pronunciando, così statuisce:

- dichiara il difetto di legittimazione attiva di C. C.;
- condanna la R.S.A. R. S. s.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore e C. V. in solido al pagamento in favore di C. A. della somma di euro €148.831,00, in valori attuali, oltre interessi legali sulla somma devalutata alla data del 02.12.2010 e di anno in anno rivalutata fino ad oggi e poi, sul coacervo come sopra liquidato, con gli interessi legali dalla data della presente sentenza al soddisfo; -
- condanna la Società Reale Mutua di Ass.ni, in persona del legale rappresentante pro tempore, a tenere indenne C. V. del risarcimento del danno da corrispondere a C. A. come sopra determinato, nei limiti suindicati;
- condanna Axa Ass.ni s.p.a., in persona del legale rappresentante pro tempore, a tenere indenne la R.S.A. R. S. s.r.l. del risarcimento del danno da corrispondere a C. A. come sopra determinato, nei limiti suindicati;
- condanna C. V. a corrispondere alla R.S.A. R. S. s.r.l. quanto da questa corrisposto a C. A. in conseguenza del presente procedimento nella misura della metà;
- condanna la R.S.A. R. S. s.r.l. a corrispondere a C. V. quanto da questi corrisposto a C. A. in conseguenza del presente procedimento nella misura della metà;
- condanna le parti convenute e le terze chiamate in solido al pagamento delle spese processuali sostenute da parte attrice che si liquidano nella complessiva somma di euro 6.715,00 per compensi, oltre euro 1.474,00 per spese vive, oltre spese generali, I.V.A. e C.P.A. come per legge, da distrarre in favore del procuratore antistatario.
- pone le spese di c.t.u., come liquidate nel relativo decreto, definitivamente a carico delle parti convenute e delle terze chiamate in solido.

Catania, 03.06.2022

IL GIUDICE
Dott.ssa Cristiana Gaia Cosentino

