



**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**TRIBUNALE ORDINARIO di RIMINI**

Sezione Unica CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Luigi La Battaglia  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nelle cause civili riunite iscritte ai nn. r.g. **5930/2007** e **4472/2009**, promosse da:

██ con il patrocinio dell'avv. BARTOLOMEI  
SAVERIO, presso il cui studio è elettivamente domiciliato in via Flaminia n. 185/B, RIMINI;

**ATTRICE**

contro

██ con il patrocinio dell'avv. BOCCARDI ERCOLE, presso il cui studio  
è elettivamente domiciliato in Corso D'Augusto n. 14, RIMINI;

██ con il patrocinio dell'avv. RIPA SIMONETTA, presso il cui studio è  
elettivamente domiciliato in via Rizzoli n. 4, BOLOGNA;

██ con il patrocinio degli avv. GARDINI IVO e BIANCHI MARELLA, presso il cui  
studio è elettivamente domiciliato in via Clementini n. 2, RIMINI;

██ con il patrocinio dell'avv. COLELLA ANTONIO, presso il cui studio è  
elettivamente domiciliato in via Flaminia n. 163/E, RIMINI;

██, con il patrocinio degli avv. BRUALDI RENATO e GUALTIERI  
MAURO; elettivamente domiciliato presso lo studio di quest'ultimo in Piazza Mercato n. 20,  
CATTOLICA;

**CONVENUTI**

██;

**CONVENUTA CONTUMACE**

██, con il patrocinio dell'avv. BOCCARDI ERCOLE,

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

presso il cui studio è elettivamente domiciliato in Corso D'Augusto n. 14, RIMINI;

████████████████████ con il patrocinio degli avv. PINZA ROBERTO, CIANI ANDREA e MULAZZANI PAOLO; elettivamente domiciliata presso lo studio di quest'ultimo in Corso D'Augusto n. 115, RIMINI;

TERZE CHIAMATE

### CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

#### Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

- 1) Con l'atto di citazione introduttivo della causa n. 5930/07, ██████████ conveniva in giudizio l'AUSL di Rimini e i dottori ██████████, ritenendoli a vario titolo responsabili della scomparsa del marito ██████████ avvenuta in data 24.4.2007 dalla Residenza sanitaria psichiatrica ██████████ di ██████████, dove era stato ricoverato sei giorni prima per le conseguenze della sindrome paranoide maniaco-depressiva (associata al morbo di Parkinson) che lo affliggeva da tempo. Rimproverava, ai sanitari convenuti, di non avere adeguatamente valutato le gravi condizioni del paziente, omettendo conseguentemente di prestargli la sorveglianza e protezione dovute, onde impedire che si allontanasse dalla struttura. Tanto più che, nei giorni precedenti alla scomparsa, l'██████████ aveva *“tenta[to] più volte di allontanarsi, ma vista la sua impossibilità a deambulare correttamente per la patologia di Parkinson veniva ritrovato in altri reparti”* (pag. 5 dell'atto di citazione). Viene, quindi, censurata, da parte dell'attrice, la *“condotta dei medici, dell'organizzazione e della struttura ossia [la] violazione dell'obbligo di vigilanza e protezione dei soggetti ad elevato rischio di fuga, che si è concretizzata nel mancato apprestamento di un'assistenza più informata o qualificata. L'aver trasferito imprudentemente il paziente dall'S.P.D.C. (per uscire od entrare necessita un infermiere o un addetto che apra appositamente la porta) alla “casa di cura” in stato di minorato controllo (o vigilanza) è, dunque, il nucleo principale dell'addebito”* (pag. 20 dell'atto di citazione). Nella sostanza, *“l'evento dannoso verificatosi (fuga) era prevedibile (“per il rischio di recidiva obiettivamente riscontrabile”) ed evitabile (“laddove fosse posta in essere un'adeguata sorveglianza”) e (..) era esigibile in concreto “dall'equipe” affidataria una condotta atta a prevenirlo”* (pag. 21 dell'atto di citazione). Dunque, *“la responsabilità si fonda (..) su un'azione colposa del medico curante, consistente nell'affidamento imprudente ad una casa di cura non adeguata rispetto allo stato di salute del paziente, sull'inadeguatezza della struttura e quindi del responsabile diretto della stessa, sull'insufficiente organizzazione da*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*parte del responsabile del territorio e comunque dell'Azienda U.S.L. di Rimini per aver omesso di proteggere adeguatamente gli interessi (vita e integrità fisica del paziente) ad un soggetto incapace in stato di diminuita sicurezza”* (pagg. 25 s. dell'atto di citazione). Costituendosi in giudizio, la AUSL puntualizzava che, in forza della legge regionale dell'8.11.2003 e della delibera regionale 759/98, l'██████████ (quale paziente affetto da patologie psichiche) era stato inviato (con il consenso dei familiari) presso la Residenza sanitaria convenzionata ██████████, cui quindi competeva la sua “custodia” e nei confronti della quale spiegava domanda di “manleva” in forza dell'art. 3 della convenzione suddetta, che prevedeva *“l'assunzione di ogni responsabilità civile per danni a persone o cose a qualunque titolo connesse e/o conseguenti alle attività della struttura contemplate dalla presente convenzione”*” (pag. 3 della comparsa di costituzione e risposta). Il dr. ██████████, da parte sua, ribatteva che, alla data del ricovero ██████████ (18.4.2007), egli non era più responsabile della Residenza ██████████ essendo stato sostituito, a partire dal 1°4.2007, dal dr. ██████████. Nel merito, rivendicava la correttezza della decisione di trasferire il sig. ██████████ dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'ospedale di Rimini alla residenza a trattamento intensivo, posto che *“il paziente, ormai fuori dalla fase acuta della psicosi, necessitava solo di assistenza nella prosecuzione della cura già individuata ed intrapresa”* (pag. 8 della comparsa di costituzione e risposta). La Residenza ██████████ *“era assolutamente idonea e presentava tutti i requisiti anche di sicurezza per accogliere pazienti come il Sig. ██████████; tant'è che un paio di tentativi di fuga effettuati dal marito dell'attrice erano stati prontamente sventati”* (pag. 9 della comparsa di costituzione e risposta). Né poteva in alcun modo prevedersi che un paziente che impiegava fino a quaranta minuti per percorrere tre metri, *“in appena 30 minuti potesse percorrere molte centinaia di metri, orientarsi (lui che spesso sbagliava persino la propria camera) nel trovare l'uscita, scappare dalla struttura eludendo la sorveglianza ed infine scomparire”* (pag. 9). Il dottor ██████████, a sua volta, puntualizzava di avere disposto il ricovero del paziente in una struttura selezionata, a monte, dalla AUSL (in sede di stipula della convenzione); e di non avere alcuna competenza dal punto di vista organizzativo, relativo alla sorveglianza dei pazienti. Chiamava in causa, pertanto, la residenza sanitaria ██████████ chiedendone l'eventuale condanna al risarcimento dei danni invocati dall'attrice e, in subordine, a *“manlevare e garantire il convenuto in proporzione al grado delle proprie colpe o quote di responsabilità”* (pag. 14 della comparsa di costituzione e risposta). La dr.ssa ██████████ (quale direttrice del dipartimento di salute mentale dell'AUSL di Rimini) ricusava, da parte sua, qualsiasi responsabilità, osservando di non avere avuto alcun potere di ingerenza nella decisione di trasferire l'██████████ presso la

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

Residenza [REDACTED] (decisione di competenza del medico dell'Unità operativa SPCD, il cui dirigente era il dr. [REDACTED]); e di non avere alcun potere di controllo sull'organizzazione interna della struttura convenzionata. Chiamava in causa la [REDACTED] (compagnia assicuratrice della responsabilità professionale), la quale, a sua volta, chiamava in causa la [REDACTED], *“al fine di essere mallevata da ogni domanda proposta dall'attrice”* (pag. 5 della comparsa di costituzione di Cattolica). Quest'ultima, costituendosi, asseriva che non poteva essere accertata *incidenter tantum*, in questo processo, la morte dell'[REDACTED] (quale fatto costitutivo della domanda risarcitoria proposta dalla moglie), *“dovendo l'attrice esperire la procedura prevista dagli artt. 726 c.p.c.”* (pagg. 8 s. della comparsa di costituzione e risposta), e contestando – nel merito – ogni addebito di responsabilità, sul presupposto che *“la Residenza Sanitaria aveva predisposto tutte le idonee procedure di vigilanza richieste dall'AUSL in sede di stipula della Convenzione del 30/10/2006 (..) e comunque conformi agli standard previsti per le strutture di accoglienza”*, dal momento che *“l'accesso al reparto in cui era ospitato il Sig. [REDACTED] era peraltro vigilato dagli addetti alla guardiania ed anche all'ingresso principale della struttura (cd. reception) erano presenti addetti al controllo degli accessi che avrebbero impedito agli ospiti di abbandonare in solitudine la Residenza (come in effetti avvenuto in passato in molte occasioni). La porta di accesso alla struttura poteva essere aperta soltanto dall'interno e premendo un pulsante per due volte a distanza di un determinato lasso di tempo (pratica già di per sé estranea alle capacità del sig. [REDACTED])”* (pag. 10 della comparsa di costituzione e risposta). All'udienza di prima comparizione e trattazione della causa (svoltasi il 3.2.2009), il dr. [REDACTED] chiedeva la propria *“estromissione”* dal giudizio, *“a spese legali compensate”*. Il procuratore dell'attrice dichiarava di non opporsi a tale *“estromissione”*, *“in quanto alla data dell'accadimento lo stesso non si trovava nella posizione di responsabile della R.T. [REDACTED] ma responsabile in qualità di facente funzione della S.P.D.C. di Rimini”*. Nella memoria ex art. 183, VI co., n. 1, c.p.c., depositata il 25.6.2009, l'attrice estendeva la domanda originariamente proposta nei confronti della Residenza sanitaria *“[REDACTED] chiedendo inoltre di accogliere “la domanda di parte convenuta concernente la carenza di legittimazione passiva del Dott. [REDACTED] in qualità di responsabile M.O. Emergenza Dipartimento Salute Mentale a Trattamento Intensivo denominato Residenza [REDACTED] con compensazione fra le parti delle spese di lite come richiesto concordemente dalle parti all'udienza del 03.03.09”* (pag. 2 della memoria citata).

- 2) Nelle more dei termini per il deposito delle memorie ex art. 183, VI co., c.p.c., la [REDACTED] instaurava un secondo giudizio nei confronti del dr. [REDACTED] (quale responsabile

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

del reparto di psichiatria della residenza sanitaria [REDACTED]), della dott.ssa [REDACTED] e del dott. [REDACTED] (nonostante – come si è visto – non si fosse opposto alla “estromissione” di quest’ultimo dalla causa n. 5930/07 r. g.). L’atto di citazione ricalcava quello del 2007, con l’aggiunta però di alcune circostanze “nuove”, e segnatamente: che la mattina in cui scomparve [REDACTED] *“era presente la dott. [REDACTED], dirigente medico e responsabile di reparto, che nella visita alle camere dei pazienti, iniziata alle 9,30 circa, notava l’assenza dell’[REDACTED] ma senza destare preoccupazione alcuna sulla sua persona avendolo visto 10 minuti prima nella sala comune”* (pag. 17 dell’atto di citazione); che *“nella cartella infermieristica del 24.04.07 manca[va] la somministrazione della terapia”*, e che *“nei giorni precedenti si rileva[va]no anomalie nella somministrazione dei farmaci: duplicazione e assenza”* (ibidem); che *“la struttura è autorizzata sia dal Comune di Misano Adriatico che dall’Azienda U.S.L. per n. 20 posti letto, mentre in violazione delle autorizzazioni comunali e sanitarie, nel Centro [REDACTED] vi sono 25 camere e 30 posti letto cioè 1/3 di posti in più di quelli autorizzati. Circostanza questa conosciuta sia da tutti gli operatori e dirigenti e sia dalla struttura [REDACTED] che dall’Azienda U.S.L.”* (ibidem). Nelle conclusioni, dopo la richiesta di riunione delle due cause, si invocava la condanna dei convenuti, *“per aver con la loro condotta determinato e/o favorito la fuga dalla S.r.l. Residenza Sanitaria denominata [REDACTED] (..), e la conseguente scomparsa del Sig. [REDACTED] senza aver adoperato nessun accorgimento e nessuna attenzione per il raggiungimento di una situazione di minima sicurezza”* (pag. 31 dell’atto di citazione). Si costituiva nel processo il dr. [REDACTED] facendo presente che *“nel brevissimo periodo nel quale il convenuto (..) ebbe la responsabilità sanitaria della residenza [REDACTED] [REDACTED] non aveva manifestato particolari problematiche (rispetto alla nota patologia), sostanzialmente conservandosi la terapia ed il medesimo trattamento farmacologico già prescritto nel reparto SPDC”* (pag. 3 della comparsa di risposta). Dunque, *“attesa la specifica funzione espletata nonché la tempistica e le modalità del fatto, nessuna responsabilità, tantomeno quella di vigilanza e custodia, può essere addossata ad un responsabile sanitario (il dott. [REDACTED]), legittimamente in ferie nel giorno della “scomparsa” del paziente, per altrui gerarchica determinazione provvisoriamente e solo da pochi giorni inserito in struttura, autonoma e completamente indipendente rispetto a quella di propria provenienza ed appartenenza, già organizzata e predisposta per rendere un certo tipo di servizio”* (pag. 4 della citata comparsa). Il convenuto evocava inoltre in giudizio la Residenza sanitaria [REDACTED], affinché, in caso di accoglimento della domanda dell’attrice, fosse condannata a rifondergli le somme a qualsiasi titolo dovute alla [REDACTED]. Il dr. [REDACTED], questa volta evocato in giudizio *“in*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*qualità di responsabile dell'U.O. S.P.D.C. del Presidio Ospedaliero di Rimini*”, si difendeva sostenendo di essersi “*limitato a dare seguito alle deliberazioni e alla convenzione già assunte dall'AUSL di Rimini, la quale sola aveva il potere e l'onere di verificare la congruità effettiva della struttura alle specifiche legislative, nonché alle proprie esigenze*”. “*Il convenuto, verificata l'inopportunità di un prolungamento della degenza presso l'UO SPDC, non aveva alcun potere di assegnare il malato ad una struttura che non fosse la RTI ■■■■*” (pag. 13 della comparsa di costituzione e risposta). ■■■■ chiamava anche in questa causa la compagnia di assicurazioni ■■■■, la quale a sua volta evocava in giudizio la Residenza sanitaria ■■■■, chiedendo di “*condannarla direttamente a risarcire l'attrice o, in subordine, condannarla a mallevare l'AUSL ed i medici dipendenti dell'AUSL e, di conseguenza, la ■■■■ Ass.ne da ogni domanda proposta dall'attrice, e per l'effetto condannarla a rimborsare alla ■■■■ Assicurazione ■■■■ ogni somma che questa fosse a sua volta condannata a pagare all'attrice o al convenuto dott. ■■■■ che l'ha chiamata in causa, a qualsiasi titolo (..)*” (pag. 19 della comparsa di costituzione e risposta). Si costituiva pure la Residenza ■■■■, reiterando le difese già svolte nella comparsa di costituzione nel precedente giudizio, segnatamente in relazione al rispetto degli obblighi di assistenza e di tutela previsti dalla convenzione vigente con la AUSL di Rimini. Restava, invece, contumace la dr.ssa ■■■■. All'udienza del 15.7.2010, in contraddizione con quanto esplicitamente richiesto nell'atto di citazione, l'attrice si opponeva alla riunione delle due cause “*essendo la causa RG 5930/07 già in fase di escussione prove*”. Nella memoria ex art. 183, VI co., n. 1, c.p.c., l'attrice estendeva la domanda originariamente proposta nei confronti della ■■■■ Assicurazioni, previo accertamento del “*grave inadempimento contrattuale*” dei convenuti, nonché delle terze chiamate (Residenza ■■■■ e, appunto, ■■■■ Assicurazioni).

- 3) In primo luogo, sotto il profilo processuale, si evidenzia come, nei confronti del dr. ■■■■, l'attrice abbia proposto la medesima domanda in entrambi i processi. Non rileva, al riguardo la diversa “qualità” nella quale quest'ultima ha preteso di evocare in giudizio il convenuto (dapprima quale “responsabile” della residenza sanitaria ■■■■, poi quale “responsabile” del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della ASL di Rimini), trattandosi della medesima persona fisica, la cui responsabilità viene evocata in relazione allo stesso evento lesivo (sparizione di un paziente dalla residenza sanitaria). Né la proposizione (e la successiva riunione) di un secondo giudizio può valere a giustapporre (indiscriminatamente) circostanze di fatto non (tempestivamente) evocate, nel rispetto delle preclusioni c.d. assertive, in seno al primo giudizio (a “correggere il tiro”, come dice l'attrice a pag. 22 della comparsa

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

conclusionale). Vi è, infatti, che *“le decadenze processuali verificatesi nel giudizio di primo grado non possono essere aggirate dalla parte che vi sia incorsa mediante l'introduzione di un secondo giudizio identico al primo e a questo riunito, in quanto la riunione di cause identiche non realizza una vera e propria fusione dei procedimenti, tale da determinarne il concorso nella definizione dell'effettivo thema decidendum et probandum, restando anzi intatta l'autonomia di ciascuna causa. Ne consegue che, in tale evenienza, il giudice - in osservanza del principio del "ne bis in idem" e allo scopo di non favorire l'abuso dello strumento processuale e di non ledere il diritto di difesa della parte in cui favore sono maturate le preclusioni - deve trattare soltanto la causa iniziata per prima, decidendo in base ai fatti tempestivamente allegati e al materiale istruttorio in essa raccolto, salva l'eventualità che, non potendo tale causa condurre ad una pronuncia sul merito, venga meno l'impedimento alla trattazione della causa successivamente instaurata”* (Cass., n. 567/15; si veda anche Cass., n. 5894/06). Ora, posto che la seconda citazione venne notificata al dr. [REDACTED] allorquando nella prima causa era già spirato il termine per il deposito della memoria di cui all'art. 183, VI co., n. 1, c.p.c. (deputata alla precisazione o modificazione della domanda già proposta), appare evidente che non era più possibile delineare la *causa petendi* mediante il riferimento a circostanze diverse da quelle già evocate nel primo processo. E invece, mentre (come si è visto) nell'atto introduttivo della causa n. 5930/07 r.g. il riferimento era alla “presa in carico” del paziente, quale responsabile della casa di cura Sole, nella citazione da cui è sorta la causa n. 4472/09 r.g. il coinvolgimento dell'[REDACTED] veniva motivato in relazione alla sua posizione verticistica in seno all'unità operativa ospedaliera dalla quale (attraverso il dr. [REDACTED]) era partita la disposizione di ricoverare l'[REDACTED] nella residenza più volte menzionata (si legge, a pag. 21 della comparsa conclusionale dell'attrice, che [REDACTED] aveva *“trasferito congiuntamente al dott. Angelo Moretti il paziente dall'S.P.D.C. alla residenza “Il Sole”*). Pertanto, secondo quanto appena detto, verrà esaminato unicamente il merito della domanda (indirizzata al dr. [REDACTED]) contenuta nel primo atto di citazione.

- 4) Cominciando, dunque, dal processo n. 5930/07 (intentato, come detto, nei confronti della AUSL e dei dottori [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED]), le *causae petendi* enucleate dall'attrice sono: l'inadempimento colposo *“del medico curante, consistente nell'affidamento imprudente ad una casa di cura non adeguata rispetto allo stato di salute del paziente”* (pag. 25 dell'atto di citazione); l'illecito extracontrattuale (eventualmente integrante gli estremi del reato *ex art. 591 c.p.*) consistente nella lesione del *“diritto del paziente all'incolumità personale e [del] suo diritto al rientro in famiglia”* (pag. 19 dell'atto di citazione); l'inadempimento (contrattuale) dei

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

sanitari che ebbero in carico [REDACTED] in relazione alla “*inadeguatezza della struttura e quindi del responsabile diretto della stessa*”, alla “*insufficiente organizzazione da parte del responsabile del territorio e comunque dell’Azienda U.S.L. di Rimini per aver omesso di proteggere adeguatamente gli interessi (vita e integrità fisica [del] paziente ad un soggetto incapace in stato di diminuita sicurezza*” (pagg. 25 e s. dell’atto di citazione). Il primo punto concerne la posizione del solo dr. [REDACTED], che fu colui che dispose l’invio del paziente presso la Residenza [REDACTED], al fine di proseguire la terapia farmacologica iniziata presso l’ospedale di Rimini, mantenendolo lontano dalla famiglia (come si evince dalla scheda di prenotazione del ricovero presso il centro Sole, prodotta *sub* doc. 8 del fascicolo di parte attrice). È senz’altro (astrattamente) predicabile, rispetto a tale comportamento, la fattispecie della responsabilità professionale medica, trattandosi di prestazione tipicamente afferente alle mansioni del sanitario, nel caso di specie dello psichiatra che stabilì l’*iter* terapeutico del paziente a lui affidato (per un caso – assimilabile al presente – di responsabilità di un ginecologo per avere consigliato il ricovero della puerpera in una casa di cura non attrezzata per una situazione di emergenza, si veda Cass., n. 4029/13; e ancora, Cass., n. 18304/14 e, da ultimo, n. 280/15). Sotto il profilo della colpa, il rimprovero che viene mosso al dr. [REDACTED] non concerne però – come detto – l’aspetto strettamente medico, bensì quello “accessorio” della scelta della struttura ove trasferire [REDACTED]. In altri termini, l’attrice non censura – di per sé - la decisione terapeutica di affidare il proprio congiunto a struttura diversa dall’ospedale, né l’individuazione della terapia farmacologica da praticargli; si duole, piuttosto, della scelta di una struttura non adeguatamente attrezzata sotto il profilo della sorveglianza di pazienti – come i malati psichici – potenzialmente in grado di compiere atti autolesivi (quali, nel caso di specie, l’abbandono del nosocomio con conseguente interruzione della terapia farmacologica). Dal punto di vista del nesso causale, poi, la negligenza del medico viene messa in correlazione con l’evento lesivo rappresentato dalla scomparsa [REDACTED]. Invero, non sussiste alcuna responsabilità del dr. [REDACTED], e ciò sia dall’angolo visuale dell’elemento soggettivo, sia da quello del nesso causale. In linea generale, è opportuno premettere che l’accertamento positivo della fattispecie di responsabilità presuppone la verifica della sussistenza del nesso di causalità tra la condotta (eventualmente omissiva) e l’evento di danno, e della colpa (o dolo) dell’agente. Il primo elemento attiene alla struttura oggettiva del fatto produttivo di responsabilità (rappresentando, come detto, l’anello di congiunzione tra il comportamento considerato dalla norma e l’evento di danno); il secondo, invece, implica una qualificazione soggettiva del fatto stesso, in rapporto a criteri di comportamento più o meno modellati sulle caratteristiche personali dell’agente. Con la



## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

conseguenza che *“il giudice del merito deve accertare separatamente dapprima la sussistenza del nesso causale tra la condotta illecita e l'evento di danno, e quindi valutare se quella condotta abbia avuto o meno natura colposa o dolosa. In altre parole, solo dopo aver riscontrato l'esistenza di un nesso eziologico deve essere affrontato il tema della esistenza della colpa e dell'onere della prova”* (Cass., n. 10743/09, in motivazione). Ora, non si può affermare che dalla prescrizione del ricovero di un malato psichico in una residenza sanitaria specializzata per tale tipo di pazienti, e convenzionata col Servizio Sanitario Nazionale, consegua – in modo più probabile che non – la sparizione definitiva del paziente. Ciò perché la “catena causale” che prende le mosse dall’originaria prescrizione è inevitabilmente “intermediata” dal comportamento dei soggetti preposti alla struttura in questione, che possano concretamente aver reso possibile la “fuga”, così come effettivamente realizzatasi. Forse il collegamento eziologico in discorso si potrebbe ipotizzare (secondo il criterio della prognosi postuma) soltanto ove il medico avesse inviato il soggetto in un luogo talmente macroscopicamente privo delle condizioni minimali di sicurezza per i pazienti, da rendere (consistentemente) probabile una “sparizione” di questi ultimi. Ma ciò non può dirsi di una struttura, come la Residenza ■■■■, specificamente deputata a tale tipo di ricovero, e per di più legata alla AUSL di Rimini da una convenzione funzionale allo scopo. La circostanza dell’esistenza di una convenzione incide anche sull’elemento soggettivo della fattispecie, valendo a fondare nel sanitario il ragionevole “affidamento” circa il rispetto degli *standards* minimi di sicurezza della struttura medesima. È chiaro, infatti, che non può richiedersi al medico di verificare personalmente, volta per volta, le caratteristiche della struttura nella quale ritenga di inviare il paziente, soprattutto a fronte di una valutazione “preventiva” di idoneità da parte del proprio “datore di lavoro” (la AUSL), da ritenersi insita nella stipulazione della convenzione più volte menzionata. Del resto – come di seguito si vedrà – la residenza ■■■■ non presentava “deficienze” strutturali talmente significative da non consentire un adeguato controllo dei pazienti attraverso il proprio personale, né vi è alcun elemento che faccia ritenere che il medico del Servizio Psichiatrico dell’ospedale di Rimini potesse “sospettare” di negligenze nell’espletamento di tale compito di sorveglianza, da parte del personale medesimo. La causa della sparizione dell’■■■■ non può rinvenirsi, dunque, nella decisione di ricoverarlo presso il centro ■■■■, ma – se mai – nel modo (negligente) con cui, successivamente, fu adempiuta, da parte del personale di questo, la prestazione (accessoria) di sorveglianza e controllo del paziente, a tutela della sua incolumità personale. La mancanza dell’elemento soggettivo (della colpa) esclude in radice la configurabilità del reato *ex art. 591 c.p.*, la quale richiede, peraltro, il dolo, inteso come

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*“consapevolezza di abbandonare a se stesso il soggetto passivo che non abbia la capacità di provvedere alle proprie esigenze, in una situazione di pericolo per la sua integrità fisica”* (Cass. pen., 15147/07).

- 5) Per quanto concerne la posizione del dr. ██████████, richiamate la puntualizzazioni di cui al punto 3), si deve ribadire che la stessa attrice ha riconosciuto l'estraneità di quegli alla fattispecie dedotta in giudizio (nella causa n. 5930/07), sostanzialmente rinunciando, quindi, alla domanda spiegata nei suoi confronti. In ragione della sua soccombenza (dovuta anche alle ragioni processuali relative all'inammissibile “duplicazione” della domanda), l'attrice sarà quindi tenuta al pagamento delle spese processuali (invocate in sede di precisazione delle conclusioni, a dispetto dell'iniziale “disponibilità” del convenuto alla relativa compensazione), potendosi tuttavia valutare il comportamento processuale della prima (che ha riconosciuto, sin dalle battute iniziali del processo, l'infondatezza della pretesa avanzata nella causa n. 5930/07 nei confronti del dr. ██████████) quale circostanza idonea a giustificare la compensazione delle stesse in misura di un quinto. La liquidazione delle spese si rimette al dispositivo.
- 6) Venendo a trattare della posizione della dr.ssa ██████████, non è esplicitato, dall'atto di citazione, a quale titolo ella sia stata evocata in giudizio. Un elemento potrebbe trarsi dalle affermazioni contenute alle righe 17 e 18 di pag. 4 dell'atto di citazione, in cui si legge che la “*residenza psichiatrica di Misano*” era “*di pertinenza della stessa Azienda U.S.L. di Rimini e sotto il controllo organizzativo della Dott. ██████████*” (anche a pag. 17 dell'atto introduttivo si legge che la residenza Sole era “*struttura dipendente in parte dall'organizzazione del direttore Dott. ██████████*”). Al punto 31 dell'atto di citazione medesimo (pag. 16) si legge poi che l'█████████ “*in ragione di dette condizioni psichiche, frequentava da anni il servizio psichiatrico ed era sempre stato seguito dal servizio di salute mentale di Riccione (Azienda U.S.L. di Rimini) diretto dalla Dott. ██████████*”. Il nucleo dell'addebito pare, quindi, fondarsi “*sull'insufficiente organizzazione da parte del responsabile del territorio e comunque dell'Azienda U.S.L. di Rimini per aver omesso di proteggere adeguatamente gli interessi (vita e integrità fisica del paziente) ad un soggetto incapace in stato di diminuita sicurezza*” (pag. 26 dell'atto di citazione). Il ragionamento appare viziato, tuttavia, da quella che appare atteggiarsi come una petizione di principio: che la dr.ssa ██████████, quale direttrice del dipartimento di salute mentale dell'AUSL di Rimini, avesse un potere organizzativo, di supervisione o di controllo sulla Residenza ██████████ di Misano Adriatico. Anzitutto, non si comprende a cosa alluda l'attrice, dal punto di vista giuridico, quando parla di rapporto di “*pertinenza*” o di “*dipendenza in parte*”

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

tra AUSL e Residenza [REDACTED]. Ad ogni modo, dal tenore della convenzione intercorsa tra i due soggetti (doc. 1 del fascicolo di parte della convenuta [REDACTED]) si evince l'assenza di qualsivoglia rapporto organico tra l'azienda sanitaria e la struttura residenziale (che ha forma giuridica di società "privatistica"), prevedendosi (tra l'altro) che *"al Gestore è riconosciuta, a tutti gli effetti, autonoma responsabilità organizzativa dell'intero personale operante all'interno della struttura medesima, indipendentemente dalla appartenenza giuridica e/o dalla natura del rapporto di lavoro"* (art. 2). La convenzione prevede sì, all'art. 8, attività di controllo *"afferenti alla sfera assistenziale"*, ma queste paiono riferirsi alla valutazione dei risultati dell'attività assistenziale nel suo complesso, e in ogni caso sono affidate all'Azienda sanitaria unitariamente considerata, e non già specificamente al Dipartimento di salute mentale, al cui direttore non pare competere alcun potere di ingerenza sull'esecuzione delle prestazioni in favore dei singoli pazienti. Discorso non dissimile deve farsi relativamente alla decisione di trasferire [REDACTED] presso la residenza [REDACTED]. Essa fu presa, come s'è visto, dal dr. [REDACTED], sul quale non risulta la dr.ssa [REDACTED] avesse alcun potere "gerarchico". Ciò perché il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (del quale faceva parte il dr. [REDACTED], come si evince anche dal timbro posto in calce alla scheda di prenotazione di ricovero presso il centro [REDACTED]) era organizzato come "unità operativa", definita dal regolamento del dipartimento di salute mentale della AUSL (doc. 6 del fascicolo di parte della convenuta [REDACTED]) come *"struttura complessa finalizzata alla produzione di una linea di processi/servizi caratterizzata da un sistema coerente e complesso di conoscenze, competenze e risorse da ottimizzare al proprio interno. Le UO del DSM non afferiscono ad altro dipartimento e sono dirette da un Dirigente Medico cui è affidata la responsabilità e riconosciuta la piena autonomia per le specifiche competenze tecnico-professionali"*. Da tanto discende che la dr.ssa [REDACTED] non avesse alcuna voce in capitolo sulle opzioni terapeutiche relative ai pazienti in trattamento presso la suddetta unità operativa, ed affidati alle cure di uno specialista alla stessa afferente. Senza dire, in ogni caso, che il mancato riscontro di qualsivoglia responsabilità in capo al dr. [REDACTED] varrebbe di per sé ad escludere in radice quella (per così dire, "di secondo grado") di un soggetto (ipoteticamente) dotato di poteri direttivi nei confronti del primo.

- 7) Il rigetto della domanda proposta contro i medici implica altresì quello della domanda avanzata nei confronti della AUSL. Infatti, non essendo stati evidenziati profili di responsabilità della struttura, esulanti dalla prestazione medico-assistenziale riferibile ai medici, non è ipotizzabile un esito diverso del giudizio nei confronti della prima, cui l'onere risarcitorio "ascende" dai propri dipendenti ai sensi dell'art. 1228 c.c. (*"la struttura presso la quale ha avuto luogo il*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*trattamento sanitario contestato risponde, ex art. 1218 c.c., non solo dell'inadempimento delle obbligazioni su di essa incombenti, ma, ai sensi dell'art. 1228 c.c., anche dell'inadempimento della prestazione professionale svolta dal medico, quale ausiliario necessario dell'organizzazione aziendale, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato*": Cass., n. 10616/12).

- 8) Resta da esaminare la domanda proposta dalla sig.ra [REDACTED], con riguardo alla Residenza sanitaria [REDACTED]. Infatti, per effetto della chiamata in causa da parte del dr. [REDACTED], la domanda risarcitoria proposta contro gli originari convenuti si è estesa nei confronti della terza chiamata, *“onde il giudice può direttamente emettere nei suoi confronti una pronuncia di condanna, anche se l'attore non ne abbia fatto richiesta”* (Cass., n. 632/14) (l'attrice ha peraltro formulato una dichiarazione espressa, nel senso dell'estensione della domanda, nella memoria ex art. 183, VI co., c.p.c.). Andrà, quindi, vagliata la responsabilità della residenza [REDACTED] nella “gestione” del paziente [REDACTED], vale a dire nell'adempimento degli obblighi di protezione sorti nei suoi confronti a seguito del ricovero. Ciò in quanto *“l'accettazione di un degente presso una struttura ospedaliera comporta l'assunzione di una prestazione strumentale e accessoria - rispetto a quella principale di somministrazione delle cure mediche, necessarie a fronteggiare la patologia del ricoverato - avente ad oggetto la salvaguardia della sua incolumità fisica e patrimoniale, quantomeno dalle forme più gravi di aggressione”* (Cass., n. 19658/14). Sul punto, è bene precisare che il meccanismo dell'estensione della domanda nei confronti del terzo non implica necessariamente la limitazione della cognizione del giudice ai medesimi fatti costitutivi predicati con riferimento alla domanda originariamente proposta (contro il convenuto), bene potendosi profilare una concorrente responsabilità di più soggetti, sulla base di diverse *causae petendi*. E invero, *“nell'ipotesi in cui due soggetti concorrono a causare un evento di danno con distinti comportamenti colposi, la responsabilità da fatto illecito da luogo ad un'obbligazione in cui la ragione della domanda non è data da ciascun fatto concreto che determina l'evento, ma da tutti i possibili fatti riconducibili al medesimo titolo di responsabilità che hanno concorso a determinare il danno (v. anche Cass. 9.11.2006 n. 23918, in motivazione). La diversità dei fatti che hanno dato causa all'evento, quindi, non dà luogo a diverse obbligazioni risarcitorie, ma alla medesima”* (Cass., n. 5057/10). Cosicché, la delibazione della domanda originariamente proposta può essere compiuta, nei confronti del terzo chiamato cui essa si sia estesa, (anche) in relazione ai fatti costitutivi posti dal convenuto a fondamento dell'affermazione della (cor)responsabilità dello stesso. Vi è però che, all'esito dell'estensione della domanda determinata dalle chiamate in causa da parte del dr. [REDACTED] (nel

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

processo n. 5930/07 r.g.) e del dr. [REDACTED] (nel processo n. 4472/09 r.g.), questa si trova ad essere stata proposta in due processi (successivamente riuniti), con la conseguenza che – per le medesime ragioni illustrate al punto 3) con riguardo alla domanda nei confronti del convenuto dr. [REDACTED] – essa dovrà essere decisa unicamente sulla base delle allegazioni e prove raccolte nel primo dei processi menzionati (posto che, al momento della notifica della citazione ex art. 269 c.p.c. nella causa n. 4472/09, in tale processo erano decorsi i termini ex art. 183, VI co., c.p.c., assegnati con l'ordinanza del 5.2.2009).

- 9) Venendo, pertanto, all'esame del merito della domanda indirizzata alla Residenza sanitaria [REDACTED], la tesi dell'attrice può efficacemente compendiarsi nella seguente affermazione: *“il paziente poté allontanarsi dalla struttura, nonostante la sua estrema difficoltà a deambulare e senza che nessuno si accorse di nulla, approfittando dell'assenza del personale in guardiola o della sua distrazione o omessa organizzazione”* (pag. 19 dell'atto di citazione nella causa n. 5930/07). In primo luogo viene rilievo una responsabilità di tipo contrattuale, cui, nella prospettazione dell'attrice, *“fanno capo i comportamenti e le omissioni che hanno inciso sul servizio che si era obbligata a rendere, sotto il profilo della custodia, della cura, della protezione di [REDACTED]”* (pag. 19 dell'atto di citazione). In effetti, *“accettando il ricovero del paziente, la struttura sanitaria stipula con lui un contratto da cui discendono, quali effetti naturali ex art. 1374 c.c., l'obbligo di apprestargli le cure mediche e l'obbligo di proteggerlo e sorvegliarlo, adeguato alle sue menomate condizioni di salute, per prevenire danni a terzi o alla sua persona”* (Cass., n. 22331/14). Dunque, *“la responsabilità della struttura ospedaliera, fondata sul “contatto sociale”, ha natura contrattuale. Ne consegue che, in virtù del contratto, la struttura deve fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di “assistenza sanitaria”, che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi cd. di protezione ed accessori. Così ricondotta la responsabilità della struttura ad un autonomo contratto (di ospedalità), la sua responsabilità per inadempimento si muove sulle linee tracciate dall'art. 1218 c.c., e, per quanto concerne le prestazioni mediche che essa svolge per il tramite dei medici propri ausiliari, l'individuazione del fondamento di responsabilità dell'ente nell'adempimento di obblighi propri della struttura consente quindi di abbandonare il richiamo, alquanto artificioso, alla disciplina del contratto d'opera professionale e di fondare semmai la responsabilità dell'ente per fatto dei dipendenti sulla base dell'art. 1228 c.c.”* (Cass., n. 1620/12). Anche *“nel caso in cui un paziente sia ricoverato in una struttura sanitaria gestita, in virtù di apposita convenzione, da un soggetto diverso dal proprietario, dei danni causati dai medici ivi operanti è tenuto a rispondere il*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*soggetto che ha la diretta gestione dell'ospedale, e non il proprietario, in quanto è col primo e non col secondo che il paziente stipula, per il solo fatto dell'accettazione nella struttura, il contratto atipico di ospedalità” (Cass., n. 24791/08). Se è vero quindi, in linea generale, che “l'accettazione di un degente presso una struttura ospedaliera comporta l'assunzione di una prestazione strumentale e accessoria - rispetto a quella principale di somministrazione delle cure mediche, necessarie a fronteggiare la patologia del ricoverato - avente ad oggetto la salvaguardia della sua incolumità fisica e patrimoniale, quantomeno dalle forme più gravi di aggressione” (Cass., n. 19658/14), nel caso di specie tale prestazione era ancora più pregnante, correlandosi direttamente alla peculiare tipologia (psichica) della sua patologia, che lo rendeva incapace di badare alla sua propria incolumità (ed anzi potenzialmente pericoloso per se stesso e per gli altri). L'assetto degli oneri probatori gravanti sulle parti è ormai consolidato, nella giurisprudenza della Corte di Cassazione, nel senso che “il paziente che agisce in giudizio deve, anche quando deduce l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, provare l'esistenza del rapporto di cura, il danno e il nesso causale e allegare (ma non di provare) l'inadempimento del sanitario, restando a carico del debitore (medico-struttura sanitaria) l'onere di dimostrare che la prestazione è stata eseguita in modo diligente, e che il mancato o inesatto adempimento è dovuto a causa a sé non imputabile, in quanto determinato da impedimento non prevedibile né prevenibile con la diligenza nel caso dovuta” (Cass., n. 17143/12). La regola non muta se dalla prestazione sanitaria in senso stretto si trascorra a quella più propriamente afferente al rapporto c.d. di ospedalità, in ossequio al principio vigente (a partire dalla sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione n. 13533/01) per tutte le obbligazioni, secondo cui “il creditore che agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno o per l'adempimento deve provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto ed il relativo termine di scadenza, limitandosi poi ad allegare la circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre al debitore convenuto spetta la prova del fatto estintivo dell'altrui pretesa, costituito dall'avvenuto adempimento” (così, da ultimo, Cass., n. 826/15). Orbene, nella fattispecie in esame la Residenza █████ non è riuscita a fornire la prova del corretto adempimento della propria prestazione (come sopra specificata) nei confronti dell'██████████. In primo luogo, si deve sgombrare il campo dall'equivoco che sembra annidarsi nella difesa della terza chiamata, laddove sostiene che “la domanda di condanna formalizzata dall'attrice richiede (...) che venga previamente accertata dal giudice la morte del Sig. ██████████” (pag. 6 della comparsa di costituzione nella causa n. 5930/07), e che tale accertamento richiederebbe il rispetto delle forme di cui agli artt. 726 ss. c.p.c. In realtà,*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

l'evento lesivo generatore del pregiudizio non patrimoniale lamentato dalla sig. ██████ è (non già la morte, bensì) la scomparsa (presumibilmente definitiva) del marito, potendo rilevare l'accertamento dell'avvenuto decesso (in linea, peraltro, puramente teorica) soltanto nella fase (logicamente e giuridicamente successiva) della qualificazione e liquidazione del "danno-conseguenza". A fondare la responsabilità della struttura è sufficiente, quindi, il riconoscimento del colpevole "abbandono" del paziente (che ne consentì l'allontanamento dalla casa di cura), in uno con la considerazione che egli non sia mai stato ritrovato (indipendentemente, dunque, dalla circostanza che sia morto o meno). Peraltro, come già osservato nell'ordinanza del 12.7.2013, ai fini del risarcimento del relativo pregiudizio, la morte dell'██████ si sarebbe potuta desumere da presunzioni dotate dei crismi di cui all'art. 2729 c.c., anche a prescindere dagli elementi emersi alla fine del 2012 (di cui si dirà in seguito), essendo del tutto inconferente, al riguardo, il procedimento per la dichiarazione della morte presunta (il quale evidentemente rileva ad altri fini). La difesa della Residenza ██████ si incentra sulla mancanza di colpa nei propri operatori, sotto due distinti profili: l'ingresso e l'uscita dal reparto in cui era ospitato ██████ e dalla casa di cura era adeguatamente controllato; e comunque gli "amministratori" e i "dipendenti" della casa di cura non avevano titolo per *"ingerirsi nella valutazioni di carattere medico effettuate dall'Azienda Sanitaria, soprattutto con riferimento alla "auto pericolosità" del paziente ed alla verifica della compatibilità delle sue condizioni con la struttura convenzionata"* (pag. 13 della comparsa di risposta nella causa 5930/07). Viene poi evocato il caso fortuito rappresentato dal fatto di un terzo: in considerazione delle condizioni del paziente, *"è infatti certo che il suo allontanamento dalla struttura non può che essere stato realizzato con il contributo di terze persone"* (pag. 13 della comparsa di risposta nella causa 5930/07). Tali allegazioni di fatto non sono state, però, supportate da adeguata dimostrazione nel processo, non avendo la parte richiesto alcun mezzo istruttorio (se non a prova contraria). Dalle prove espletate sono emerse, al contrario, carenze organizzative della Residenza ██████, che possono essere messe in correlazione causale con la "sparizione" di ██████. Prima di esaminare il contenuto delle testimonianze, è opportuno puntualizzare che è pienamente utilizzabile quella resa dalla dr.ssa ██████, in seno alla causa n. 5930/07, all'udienza del 15.12.2010, mostrandosi infondata l'eccezione di incapacità formulata alla detta udienza dal procuratore dell'attrice. E infatti, al di là del fatto che tale eccezione non è stata seguita da quella di nullità immediatamente dopo la deposizione testimoniale (Cass., s. u., n. 21670/13), non inficia la capacità del teste la circostanza che egli sia parte di un altro processo connesso (ed eventualmente riunito), dal momento che *"l'interesse che determina l'incapacità a*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*testimoniare, ai sensi dell'art. 246 c.p.c., è solo quello giuridico, personale, concreto ed attuale, che comporta o una legittimazione principale a proporre l'azione, ovvero una legittimazione secondaria ad intervenire in un giudizio già proposto da altri cointeressati; tale interesse non si identifica con l'interesse, di mero fatto, che un testimone può avere a che venga decisa in un certo modo la controversia in cui esso sia stato chiamato a deporre, pendente fra altre parti, ma identica a quella vertente tra lui ed un altro soggetto ed anche se quest'ultimo sia, a sua volta, parte del giudizio in cui la deposizione deve essere resa; nè l'eventuale riunione delle cause connesse (per identità di questioni) può far insorgere l'incapacità delle rispettive parti a rendersi reciproca testimonianza, potendo tale situazione unicamente incidere sulla attendibilità delle relative deposizioni, che spetta al giudice del merito di delibare”*: Cass., n. 2618/99 e n. 11034/06). Tornando al merito della questione, vengono in rilievo, in seno al giudizio sullo *standard* di diligenza esigibile dal personale della residenza, i due aspetti del rispetto delle misure di sicurezza praticate nei confronti di tutti i pazienti, e della prevedibilità del pericolo di “fuga” dello specifico paziente ██████████. Cominciando dal primo, dalle testimonianze raccolte al processo è emerso che l’ingresso della Residenza ██████████ era costituito da una porta a vetro scorrevole (teste ██████████), per aprire la quale bisognava schiacciare due volte un pulsante posto sul muro, alla sinistra della stessa (teste ██████████). Dopo l’episodio per cui è causa, fu installata, all’ingresso principale, una seconda porta, che poteva essere aperta soltanto dal personale del reparto (teste ██████████). Oltre alla *reception* generale, vi era una guardiola per ciascun reparto (teste ██████████, ██████████, ██████████), “con un infermiere e un operatore socio-sanitario, i quali però non riman[evano] sempre fermi lì” (teste ██████████). Il teste ██████████ (dipendente della AUSL “distaccato” presso la Residenza con mansioni di coordinamento infermieristico) ha detto che la guardiola del reparto di psichiatria era presidiata ventiquattro su ventiquattro, mentre quella posta all’ingresso generale della struttura soltanto di giorno. All’interno della struttura erano affissi gli avvisi prodotti *sub* docc. I, J e K del fascicolo della AUSL, uno dei quali (doc. J) recitava (tra l’altro) che “è da considerarsi norma l’assenza di permessi di uscita”, e che “nel caso di necessità, riconosciute dalla direzione del reparto, saranno concessi permessi di uscita diurni sotto la responsabilità di un familiare” (teste ██████████, ██████████, ██████████). Tuttavia, i pazienti usavano uscire, anche da soli, per fumare (teste ██████████). Le dipendenti addette alla *reception* non avevano lo specifico compito di controllare chi entrava ed usciva dall’edificio (teste ██████████). Gli infermieri, gli operatori socio-sanitari e gli educatori erano dipendenti della Residenza ██████████ (teste ██████████, ██████████), mentre i medici specialisti erano dipendenti della AUSL. Per quanto concerne il secondo aspetto, si deve



## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

ricordare che [REDACTED] aveva fatto ingresso nella struttura il 18 aprile 2007. Nella cartella clinica relativa al ricovero presso il S.P.D.C. dell'ospedale di Rimini (prodotto, in uno agli altri documenti medici, dall'attrice) è annotato, al giorno 17 aprile: *“si esplora con il paziente la possibilità di trasferimento in RTI per dimissione protetta. Il paziente accetta”*; e al giorno 18: *“colloquio con la moglie che accetta di trasferire il paziente in RTI, dopo 10 minuti telefona anche il figlio che è d'accordo sarà trasferito appena possibile”*. Nel diario infermieristico relativo alla degenza presso il centro [REDACTED], si legge che il paziente era affetto da *“disturbo delirante cronico, m. di Parkinson”* e *“disorientamento spaziotemporale”*, e non aveva coscienza della propria malattia. Sempre con riferimento al 18 aprile, veniva annotato nel diario che era stato *“trovato più volte sceso da letto in piedi vicino alla porta del bagno oppure camminando verso alla [sic] porta della camera uscendo fuori dal corridoio”*. Al giorno 20 c'è scritto: *“un po' disorientato, delle volte sbaglia la camera”*; e poi: *“paz. non dorme. Gira nel reparto. Vuole andare a lavorare. (..) Ogni 10-20 min. si alza e va cercare sua moglie”*. Al giorno 21 aprile: *“confuso. Cammina tutto il tempo nel corridoio”*. Al giorno successivo (22.4.): *“si è perso varie volte nel reparto, l'abbiamo trovato nella prima camera del nucleo azzurro”*. Al giorno 23 aprile: *“continuamente tentato di uscire dalla struttura scavalcando anche i balconi delle stanze aperte”*. Il 24 aprile viene annotato sul diario che alle ore 11,00 il paziente non era presente nella struttura. Nella sua deposizione all'udienza del 15.12.2010, la dr.ssa [REDACTED] ha affermato che *“nel giorno della scomparsa di [REDACTED] non cred[eva] che nella guardiola vi fosse qualcuno quando [lei] ha fatto il giro-visita, poiché l'infermiera era con [lei] e l'O.S.S. faceva le sue incombenze”*. Ha riferito di avere visto [REDACTED] in reparto prima di iniziare il giro, e di avere successivamente verificato che non c'era più (intorno alle ore 10,30). La scomparsa del paziente può essere quindi collocata, approssimativamente, nell'arco temporale che va dalle 9,30 alle 10,30. A causa del morbo di Parkinson, [REDACTED] camminava molto lentamente, trascinando i piedi a piccoli passi ravvicinati (teste [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]). Tuttavia, *“quando stava meglio poteva camminare quasi regolarmente ma per poco tempo, per effetto di un farmaco (Mirapexin) che assumeva in cinque dosi durante la giornata e che quel giorno aveva assunto solo per la prima dose alle 8, dato che la seconda avrebbe dovuto prenderla alle 10,30. Preciso che l'effetto benefico sulla facoltà di camminare durava per due ore dopo ciascuna assunzione di dose”* (teste [REDACTED]). E in effetti la teste [REDACTED] (impiegata addetta alla *reception*) ha riferito di aver visto una volta [REDACTED] nel parcheggio esterno all'edificio, e di averlo riaccompagnato all'interno. Tutte queste circostanze sono state attentamente vagliate dalla Corte d'Assise di Rimini, nella sentenza (non passata in giudicato,

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

siccome appellata dall'imputato) n. 3/12 (prodotta dall'attrice all'udienza del 18.7.2013), con la quale [redacted], legale rappresentante della Residenza [redacted], venne giudicato colpevole del reato di abbandono di persone incapaci, di cui all'art. 591 c.p. Si legge, in particolare, nella motivazione della sentenza, che *“l'esponente [l'imputato, n.d.r.] era a conoscenza che la porta del reparto psichiatrico rimaneva aperta e che i pazienti psichiatrici circolavano liberamente nella hall insieme a tutti gli altri degenti”*; che *“solo dopo la scomparsa [redacted], il [redacted] [aveva] adottato provvedimenti a tutela dei pazienti che ospitava, disponendo l'installazione di una porta che si apriva con il consenso dell'operatore, sia in entrata che in uscita, nonché disponendo che ogni paziente che avesse chiesto di uscire non avrebbe più potuto farlo liberamente, ma previa sottoscrizione del relativo modulo”*; che *“nessuna concreta attività di tutela era stata approntata, neppure attraverso la mera opera di sensibilizzazione del personale, come è emerso dalla deposizione della teste [redacted] [redacted], addetta alla reception ove erano collocati i monitor della videosorveglianza, di turno la mattina della scomparsa di [redacted]; invero, la teste ha riferito che chiunque poteva uscire quando voleva senza la necessità di formalizzare alcuna richiesta “bastava solamente premere un pulsante. Ha visto uscire i pazienti dalla porta principale. Vi era un video che riprendeva in tre punti ma non registrava e non vi era l'obbligo di controllare le entrate”*; che anche un'altra addetta alla reception aveva visto [redacted] uscire dalla porta scorrevole ed incamminarsi nel parcheggio. Conclude, quindi, la Corte d'Assise *“che l'evento-scomparsa del povero [redacted] non è conseguenza di difetti ed errori estemporanei, ma di evidenti difetti “strutturali”, quali il mancato isolamento del reparto trattamento intensivo psichiatrico, la mancata individuazione (o assunzione) di un dipendente addetto a sorvegliare i pazienti psichiatrici tramite l'esistente impianto di videosorveglianza, la mancata installazione prima della scomparsa di [redacted] di una porta apribile soltanto con il consenso dell'operatore, installata – guarda caso – in conseguenza della scomparsa, la presenza di finestre aperte con balconi scavalcabili dai quali pazienti psichiatrici come [redacted] potevano gettarsi, la violazione sistematica del divieto regolamentare di uscita dei pazienti se non accompagnati e previo parere del medico, la mancata istruzione ai dipendenti addetti alla reception di sorvegliare ed impedire l'uscita di pazienti non preventivamente autorizzati, la colpevole sottovalutazione dei ricorrenti episodi di “allontanamento arbitrario di pazienti psichiatrici”, infine la mancata predisposizione di procedure di controllo e di allarme note a tutti i dipendenti, tanto che alcuni dipendenti hanno dichiarato di non essere stati neppure a conoscenza degli episodi in cui erano addirittura dovuti intervenire i Carabinieri”*. Orbene, il

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

ragionamento del giudice penale (*mutatis mutandis*, e per i fini che in questa sede rilevano) merita senz'altro di essere condiviso. Non solo la Residenza ■■■ non ha provato quanto allegato – vale a dire che gli ingressi e le uscite dalla struttura erano adeguatamente controllate –, ma è risultato dimostrato l'esatto contrario, vale a dire che il suo personale non esercitava diligentemente le mansioni di controllo pur possibili, in relazione alle dotazioni esistenti (guardiole all'ingresso dei reparti, sistema di videosorveglianza, regolamentazione delle uscite). Né riveste efficacia esimente l'estraneità, rispetto alle funzioni della struttura, delle valutazioni medico-specialistiche delle condizioni dei pazienti. La Residenza aveva, infatti, un reparto dedicato ai pazienti psichiatrici, ai quali è connaturale un peculiare bisogno di controllo e protezione. In secondo luogo, la stessa accettazione di un paziente implica l'obbligo di adeguata informazione circa la sua patologia, onde “calibrare” in concreto l'adempimento delle prestazioni scaturenti dal contratto (o dal “contatto sociale”). Non si tratta di “ingerirsi” nelle valutazioni spettanti ai medici (della AUSL), ma semplicemente di adeguarsi allo *standard* comportamentale esigibile dall'operatore professionale medio in relazione a pazienti con quel tipo di patologia. Peraltro, nel caso di specie vi erano state avvisaglie di pericolo di fuga proprio con riferimento al singolo paziente, che già nei giorni precedenti alla scomparsa era stato visto aggirarsi (come si è detto) al di fuori del reparto e addirittura della stessa struttura. Al cospetto di tali circostanze, è agevole instaurare un nesso causale giuridicamente rilevante tra il mancato apprestamento delle cautele richieste e la scomparsa dell'■■■ nesso causale non reciso dalla prova del caso fortuito, in nessun modo fornita dalla terza chiamata, limitatasi ad ipotizzare un “prelevamento” da parte di terzi del paziente (“prelevamento” che peraltro si dovrebbe dimostrare attuato con modalità tali da eludere i controlli che da parte del personale della struttura dovrebbero pur sempre attuarsi in ordine all'identità di coloro che intendevano condurre all'esterno i pazienti). Tale prova era vieppiù necessaria, in quanto il c.t.u. nominato dr. ■■■, premesso che “*il Mirapexin ed il Sinemet servivano a consentire un miglioramento seppur temporaneo delle performance motorie dell'■■■*”, ha ribadito che, “*dopo la somministrazione della predetta terapia l'uomo si muoveva, seppur lentamente, in autonomia*”, concludendo pertanto che “*che le condizioni fisiche dell'■■■ fossero compatibili con il suo autonomo allontanamento dalla struttura ovvero penso che fosse in grado, seppur con lentezza, di percorrere la distanza che separava il reparto nel quale si trovava ricoverato dall'uscita della struttura*” (così la consulenza depositata il 16.12.2013). Non basta, quindi, contestare (come la Residenza ■■■ fa, pure nelle conclusioni) le affermazioni del c.t.u., ritenendo “improbabile” che ■■■ si fosse allontanato da solo dalla struttura. Nello schema della

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

responsabilità contrattuale (sanitaria), infatti, a fronte di un nesso causale “astrattamente compatibile” con l’evento (che nel caso di specie sussisteva, se non altro per essere riuscito ■■■■■ ad uscire dalla struttura già nei giorni precedenti alla scomparsa, come emerso dalle testimonianze), incombeva sulla convenuta (in questo caso, terza chiamata) la prova dello specifico evento (secondo l’allegazione, il fatto del terzo) idoneo ad integrare il caso fortuito, siccome assorbente su di sé l’efficacia eziologica rispetto all’evento medesimo.

10) Ci si deve ora occupare della domanda proposta dall’attrice, in seno alla causa n. 4472/09, contro i soggetti non (già) convenuti nel precedente processo, vale a dire il dr. ■■■■■ e la dr.ssa ■■■■■. Come sopra s’è detto, il primo è stato evocato in giudizio “*in qualità di responsabile del Reparto di Psichiatria della Residenza Sanitaria ■■■■■*”. È necessario, quindi, verificare se tale qualità (conseguita a partire dal 1° aprile del 2007: doc. 3 allegato alla memoria ex art. 183, Vi co., n. 2, c.p.c., depositata dal convenuto ■■■■■ in data 27.10.2010) gli imponesse i medesimi (o analoghi) obblighi di protezione sui pazienti, incumbenti sulla struttura residenziale convenzionata. Le circostanze di fatto già dettagliate con riferimento alla posizione della Residenza ■■■■■ sono emerse pure nel processo n. 4472/09, a seguito delle deposizioni degli stessi testimoni sentiti anche nella causa n. 5930/07 (■■■■■, ■■■■■, ■■■■■, ■■■■■, ■■■■■ e ■■■■■). Nell’approvare lo schema di convenzione tra la AUSL di Rimini e la residenza ■■■■■, la determinazione dirigenziale n. 879 del 24.10.2006 (doc. B della ■■■■■ Assicurazioni) evidenziava l’opportunità di “*provvedere alla stipula di un atto convenzionale con un Ente Gestore privato che presenti una struttura residenziale e un’organizzazione tale da garantire un trattamento residenziale rispondente alle normative nazionali e regionali di riferimento*”. Nelle premesse della convenzione in discorso (doc. A del fascicolo della ■■■■■), si legge che “*nel trattamento residenziale si fondono quindi esigenze di tipo terapeutico, riabilitativo, risocializzante ed assistenziale*”, e che “*le strutture residenziali costituiscono un continuum di livelli di protezione sanitaria e sociale che va da una elevata quota sanitaria (le cosiddette strutture residenziali a trattamento intensivo) ad una elevata quota riabilitativa (le cosiddette strutture residenziali a trattamento protratto) fino ad una preminenza assistenziale (le cosiddette strutture socio-assistenziali come i gruppi appartamento o le comunità protette)*”. La Residenza ■■■■■ veniva autorizzata “*per il ricovero di nr 20 adulti in regime di “Residenza a trattamento intensivo”*”. La convenzione definisce l’attività da svolgersi all’interno della struttura come “*attività di diagnosi e terapeutico riabilitativ[a] per persone di esclusiva competenza psichiatrica*” (art. 1). Le prestazioni assicurate dal “gestore” vanno da quelle di tipo “alberghiero”, a quelle di assistenza

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

infermieristica (ventiquattrore su ventiquattro), a quelle “educative” e di “assistenza psicologica”, a quelle “socio-assistenziali di base a rilievo sanitario” (art. 2). Queste ultime, in particolare, comprendono la “assistenza tutelare diurna e notturna”, in cui sono ricomprese “tutte le attività assistenziali necessarie per l’espletamento delle funzioni quotidiane”. All’art. 4 si prevede, poi, che la AUSL “garantisca] l’accesso alla struttura” di “nr. 2 medici di cui uno con responsabilità sanitaria della Struttura”, e “nr. 1 infermiere professionale a tempo pieno con esperienza maturata nel settore psichiatrico, con compiti di coordinamento del personale infermieristico presente nella struttura”; ciò “al fine di assicurare, sia un puntuale svolgimento della attività sanitarie previste dalle normative Regionali sulle R.T.I. che un costante collegamento con il Dipartimento di Salute Mentale”. La “direttiva per l’istituzione dei dipartimenti di salute mentale” (allegata alla delibera della Giunta regionale dell’Emilia-Romagna del 1998: doc. g del fascicolo di ██████████) recita: “sul piano organizzativo, il rapporto del DSM con le altre Istituzioni (Università, Istituti di ricerca, Fondazioni scientifiche) e con altri soggetti imprenditoriali (Casa di Cura, Cliniche e altre Strutture private) va definito in funzione del completamento della rete dei servizi assistenziali secondo la programmazione dipartimentale, che deve riaffermare con le convenzioni la specificità delle competenze e l’autonomia delle strutture esterne all’Azienda”. Nel delineare lo schema organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale, si dice che le Unità Operative (che costituiscono settori del dipartimento medesimo) si articolano, a loro volta, “per Moduli Organizzativi che costituiscono una tipologia differenziata di servizi e di funzioni. I MO corrispondono di norma alle diverse modalità di erogazione dell’assistenza (Servizio ambulatoriale e di assistenza domiciliare, day-hospital/night-hospital, Centro Diurno, Semiresidenza, Residenza terapeutica e/o riabilitativa, Comunità Protetta, Gruppo appartamento, ecc.) e sono collocati ne Distretto, in base alle necessità assistenziali della popolazione, alla ottimizzazione delle risorse per la rete dei Servizi distrettuali, e alla diversificazione delle Strutture delle UO per la rete dei Servizi Aziendali. Il Responsabile del MO è un dirigente del ruolo sanitario, a cui è riconosciuta l’autonomia funzionale”. Da tale quadro emerge che la residenza ██████████ (qualificata come “a trattamento intensivo”), ferma restando l’autonomia organizzativa dal punto di vista delle funzioni alberghiere, assistenziali ed educative, si ponesse invece come “emanazione” del Dipartimento di Salute Mentale della AUSL di Rimini, sotto il profilo strettamente sanitario (della cura, cioè, delle patologie psichiche dei pazienti). La nomina, da parte della AUSL, di un proprio medico quale “responsabile” della struttura si spiega proprio con la necessità di garantire un efficace raccordo

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

tra il momento diagnostico e terapeutico e quello dell'attuazione concreta del "trattamento residenziale". In quest'ottica, è chiaro che al responsabile della struttura (nella specie, il dr. ██████████) competesse una supervisione sulle modalità di svolgimento del trattamento, da esercitarsi mediante gli accessi "garantiti" dalla Struttura e la raccolta di informazioni dal proprio collega (l'altro medico indicato nella convenzione) e dal personale infermieristico. L'investitura formale del ruolo di "responsabile" poneva, dunque, il dr. ██████████ in una relazione qualificata (senz'altro ascrivibile alla categoria giuridica del "contatto sociale") con i pazienti inviati dalla AUSL alla Residenza ██████████, e gli imponeva, a monte, di accertarsi delle condizioni di ciascun paziente, e poi di verificarne l'evoluzione, onde valutare la (persistente) efficacia del programma terapeutico, mano a mano che questo andava svolgendosi. Né può seriamente sostenersi che al suo ruolo fosse estranea qualsiasi considerazione delle condizioni logistico-organizzative della Struttura convenzionata, a motivo della "autonomia" di quest'ultima dalla AUSL. L'elemento comune delle patologie che affliggevano i pazienti della Residenza ██████████ (vale a dire l'incapacità o difficoltà di costante autocontrollo) conferiva, infatti valenza particolarmente pregnante agli obblighi di protezione della loro incolumità; obblighi che, nei confronti dei malati psichici, da accessori finiscono per divenire qualificanti della prestazione dello psichiatra. Tanto che la giurisprudenza penale configura una vera e propria posizione di garanzia in capo allo psichiatra, che lo obbliga ad apprestare specifiche cautele (volte a prevenire, per esempio, gli atti autolesivi del paziente), la cui omissione rende il medico colpevole reato che vola a volta venga in rilievo (Cass. pen., n. 48292/08 e n. 10430/03). D'altra parte, anche a voler ritenere che al "medico responsabile" non fosse consentito di incidere in alcun modo sulle "misure di sicurezza" adottate dalla Struttura, egli avrebbe senz'altro potuto (e dovuto) trasferire dalla stessa il paziente, le cui condizioni avesse valutato non compatibili con lo *standard* di tutela concretamente presente (*"in materia di responsabilità per attività medico-chirurgica, posto che l'esecuzione della prestazione professionale implica una diligenza qualificata ai sensi del secondo comma dell'art. 1176 cod. civ., è in colpa il medico che, in presenza di un paziente che non possa essere adeguatamente curato nella struttura ospedaliera in cui si trova, ometta di attivarsi per tentare di disporre il trasferimento in altra più idonea struttura"*: Cass., n. 22338/14). Tirando le fila del discorso, il dr. ██████████ deve ritenersi (cor)responsabile della scomparsa dell'██████████ dal momento che, se avesse svolto con la diligenza richiesta il ruolo di "responsabile" sanitario della struttura, avrebbe avuto modo di accorgersi dei rischi che incombevano sull'incolumità del paziente – al cospetto del *deficit* di attuazione delle misure di sicurezza della Residenza -, e avrebbe potuto, quindi, sollecitare

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

un'intensificazione dei controlli su di lui o, al limite, disporne il trasferimento in luogo più "protetto". È evidente che, da tale punto di vista, sono del tutto irrilevanti le circostanze (evidenziate dal dr. ██████ nella propria difesa) che egli avesse assunto il ruolo di responsabile sanitario soltanto da pochi giorni, e che fosse in ferie il giorno della scomparsa. Non si imputa, infatti, al dr. ██████ di non avere effettuato una sorveglianza diretta (e continua) sul paziente, per tutto il periodo del ricovero presso la Residenza ██████, bensì, da un lato, di non aver attentamente vagliato le condizioni di ██████ al momento del ricovero, e dall'altro di non essersi assicurato che i sistemi di sicurezza di cui era dotata la struttura fossero effettivamente funzionanti e comunque idonei a garantire l'incolumità del paziente nel corso di tutto il periodo del ricovero. Si tenga presente, sotto il primo profilo, che il c.t.u. dr. ██████ ha concluso, nel suo elaborato, con le seguenti, testuali parole: *"trattandosi di soggetto affetto da disturbo delirante cronico con pregressi agiti eteroaggressivi, che si mostrava disorientamento sul piano spazio-temporale e confabulante, che nei giorni precedenti alla sua scomparsa era stato trovato in altre camere e che aveva "...continuamente tentato di uscire dalla struttura scavalcando anche i balconi dalle stanze aperte ...", ritengo che, onde evitare che il soggetto divenisse pericoloso per sé e per gli altri, necessitasse di sorveglianza, supervisione e vigilanza continua"* (pag. XL). Sotto il secondo profilo, non può farsi a meno di notare come l'istruttoria processuale (della quale s'è dato ampiamente conto sopra) si sia incaricata di smentire l'assunto della *"esistenza di personale addetto anche alla custodia, una guardiola in ogni reparto e, all'ingresso, una reception, mai sprovvista di personale, che verificava le entrate e le uscite"* (pag. 5 della comparsa di costituzione del dr. ██████); cosicché, a voler credere all'affermazione che il convenuto avesse concretamente verificato tali circostanze, ne uscirebbe rafforzata la conclusione della sua responsabilità, per essersi formato una convinzione errata sulla scorta di una rappresentazione fuorviante della realtà.

- 11) La dr.ssa ██████ (rimasta contumace nella causa n. 4472/09) era stata originariamente condannata dal G.u.p. di Rimini (insieme con ██████ coordinatore del personale infermieristico) per il reato di abbandono di persone minori o incapaci, di cui all'art. 591 c.p.. La statuizione veniva "ribaltata" successivamente dalla Corte d'Assise d'Appello di Bologna, con sentenza che veniva, a sua volta, cassata dalla Corte di Cassazione (la cui sentenza n. 619/13 veniva prodotta dall'attrice all'udienza del 18.7.2013), con rinvio nuovamente alla Corte d'Assise d'Appello di Bologna. Quest'ultima, con la sentenza n. 20/13 (prodotta all'udienza del 12.3.2014 dalla Residenza ██████), condannava nuovamente gli imputati ex art. 591 c.p. Si legge, nella motivazione, che la dr.ssa ██████ *"era la responsabile del reparto di psichiatria [della*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

Residenza [REDACTED], n.d.r.] *in assenza del primario*”, cosicché non poteva non conoscere le “*carenze strutturali, specie in tema di sorveglianza e vigilanza, del nosocomio de quo*”. La [REDACTED], tra l’altro, era colei che aveva autorizzato il ricovero dell’[REDACTED] nella struttura. A fronte delle gravi patologie manifestate dal paziente, si chiede il giudice penale, “*quali particolari provvedimenti avevano adottato la [REDACTED], medico psichiatra curante, ed il [REDACTED] (..)? Nessuno, a parere di questa Corte d’Appello, non potendosi certo ritenere efficaci quelli di evidenziare che la struttura non era adeguata, che era consigliabile far ritornare l’[REDACTED] in una struttura protetta, di eseguire dei controlli medici ed infermieristici di “routine” (ci si vantava di ben undici controlli giornalieri e nell’intervallo fra i predetti chi si prendeva cura dell’[REDACTED]?), ovvero, infine, di somministrargli le medicine secondo un prontuario prestabilito e controllando anche una eventuale regolare assunzione dei pasti. Per non dire che giornalmente i parenti venivano a fargli visita e compagnia. E con ciò? Tutto quanto sopra poteva sopperire a dei dovuti controlli continuativi, tanto più necessari trattandosi di struttura aperta senza vincoli particolari e senza vigilanza alcuna tenuto presente che le apparecchiature di video sorveglianza erano inattive? Poteva valere come scusante che i due prevenuti ignorassero che detto sistema non era affatto “allarmato” dato che, avendo in carico ammalati psichiatrici di cui ben conoscevano, o almeno dovevano conoscere, l’abnorme particolarità delle rispettive condotte? Potevano, quindi, ritenersi esonerati da ogni incombenza per la semplice circostanza che quel fatidico giorno l’[REDACTED] sembrava non agitato e pressoché normale, dato che si aggirava tranquillamente nei locali comuni, si era anche recato al “bar” ed aveva scambiato un saluto con un sanitario ivi trovato? Né sembra valida scusante l’essersi attivati nella vana ricerca dell’[REDACTED] non appena ci si rese conto della sua scomparsa, di aver provveduto ad avvisare immediatamente i familiari ed anche provvedere subito a bloccare la porta d’ingresso nella struttura de qua (con apposito meccanismo manovrabile soltanto da addetto alla vigilanza finalmente introdotto nella solitaria gabbia, illuminata anche dal funzionamento dei monitors della video sorveglianza)”. Alla sentenza penale non può riconoscersi, nel presente processo, l’efficacia di cui all’art. 651 c.p.p., non essendo stata fornita la prova della sua irrevocabilità (si veda Cass., n. 11483/04, a tenore della quale “*la prova del passaggio in giudicato della sentenza penale può discendere, per legge, soltanto dall’apposita attestazione sulla sentenza resa dal cancelliere ai sensi dell’art. 27 del D.M. 30 settembre 1989 n. 334 (regolamento di esecuzione cod. proc. pen.), in mancanza della quale deve reputarsi, anche ai fini della utilizzabilità delle risultanze probatorie emergenti dalla predetta sentenza in un giudizio civile, che il passaggio in giudicato della sentenza non sia ancora avvenuto*”).*



## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

Nondimeno, questa può essere utilizzata quale argomento di prova, benché l'attrice non si sia curata di produrre, nel giudizio civile, i verbali dell'istruttoria in quella sede svolta. Infatti, *“il giudice civile, in assenza di divieti di legge, può formare il proprio convincimento anche in base a prove atipiche come quelle raccolte in un altro giudizio tra le stesse o tra altre parti, delle quali la sentenza ivi pronunciata costituisce documentazione, fornendo adeguata motivazione della relativa utilizzazione, senza che rilevi la divergenza delle regole, proprie di quel procedimento, relative all'ammissione e all'assunzione della prova”* (Cass., n. 840/15); e ancora, *“nell'ipotesi di sentenza penale di condanna non definitiva e di sentenza definitiva di non doversi procedere essendo il reato estinto per prescrizione - che non hanno efficacia di giudicato nel giudizio civile di danno ai sensi degli artt. 651 e 654 cod. proc. pen. - il Giudice civile (nella specie in sede di regresso da parte del condebitore solidale che aveva risarcito il danno cagionato dal dipendente) deve interamente rivalutare il fatto ma può tener conto di tutti gli elementi di prova acquisiti, nel rispetto del contraddittorio tra le parti, in sede penale e non gli è vietato ripercorrere lo stesso "iter" argomentativo del giudice penale e giungere alle medesime conclusioni”* (Cass., n. 16559/05). Per le ragioni sopra meglio spiegate, concernenti l'autonomia delle due cause civili riunite, non potranno essere utilizzate le prove raccolte nel processo n. 5930/07 (tantomeno – ovviamente – le dichiarazioni rese dalla ██████████, in quella sede, in qualità di testimone). Dalla cartella clinica prodotta nel fascicolo dell'attrice si ricava che la dr.ssa ██████████ sottoscrisse il “modulo di adesione al progetto diagnostico e terapeutico”, contenente la (propria) dichiarazione di *“aver informato in modo chiaro e comprensibile il Sig. ██████████ sul progetto terapeutico, sulla prognosi, sui trattamenti psicofarmacologici e i loro effetti, basando[si] per quel che riguarda le avvertenze e gli effetti collaterali su quanto indicato nelle schede tecniche e sull'evidenza clinica”*. Ella risulta quindi essere il medico che prese in carico l'██████████ presso la Residenza ██████████, definendo la terapia farmacologica e controllandone giornalmente il decorso (sono sue le sigle a margine delle indicazioni relative nel diario clinico-infermieristico). In capo alla stessa sussistono, dunque, entrambi i presupposti sui quali s'è fondato il riconoscimento della responsabilità “sanitaria” nei riguardi della residenza ██████████ e del dr. ██████████, vale a dire, da un lato, il rapporto “contrattuale” col paziente (con la effettiva consapevolezza delle sue peculiari condizioni psico-fisiche), e dall'altro la conoscenza diretta delle misure di sorveglianza dei pazienti della Residenza il ██████████ (dalla specialista frequentata quotidianamente, proprio per visitarli e prescrivere loro le terapie appropriate). Nella sentenza del G.u.p. di Rimini n. 723/10 (prodotta all'udienza del 6.7.2011 dalla Residenza ██████████) si dice che *“la dott.ssa ██████████, infatti, sentita dai carabinieri,*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*confermava che, subito dopo la scomparsa, aveva provveduto ad informare il dott. ██████████ del reparto di psichiatria dell'ospedale di Rimini, rappresentandogli che l'██████████ non era un paziente adatto a permanere nella struttura e proponendogli il cambio con uno più idoneo"; e ancora che "sia la ██████████ che il ██████████, pur essendo dipendenti dell'A.U.S.L. con cui la residenza "██████████" aveva stipulato apposita convenzione, prestavano la loro opera dentro la struttura in parola, come figure specialistiche di riferimento, dunque conoscevano perfettamente le sue caratteristiche, l'estrema facilità di entrata ed uscita ed in generale di movimento anche per i pazienti psichiatrici". Sussiste, pertanto, l'inadempimento degli obblighi di protezione predicabili in favore di un paziente affetto da una malattia psichica che la stessa specialista aveva avuto modo, nei giorni precedenti alla scomparsa, di valutare come rischiosa per la sicurezza del paziente medesimo. Al riguardo appare opportuno citare, conclusivamente, un passo della motivazione con la quale la Corte di Cassazione annullò la sentenza di assoluzione della dr.ssa ██████████ (prodotta dall'attrice all'udienza del 18.7.2013): "proprio nei confronti di ██████████ – avrebbe dovuto essere esercitata una sorveglianza ben più stretta, rispetto a quella che, si deve presumere, veniva riservata agli altri pazienti; il fatto che il suo ricovero fosse avvenuto senza consenso alcuno degli aventi diritto, il fatto che la struttura "Il ██████████" fosse un nosocomio nel quale si poteva circolare liberamente, il fatto che la videosorveglianza fosse, per usare un eufemismo, puramente virtuale, il fatto che chiunque potesse – ad libitum – aprire la porta d'ingresso e quindi uscire all'esterno, costituiscono altrettante circostanze che avrebbero dovuto, da un lato, consigliare la revoca del provvedimento di ricovero di ██████████ in una struttura sostanzialmente inadeguata per un paziente la cui psiche, per quel che si legge in sentenza, era così gravemente compromessa (..), dall'altro, sollecitare ad una puntuale – e si vorrebbe dire puntigliosa – sorveglianza delle "mosse" di tale paziente all'interno della struttura che, comunque, in quel momento, lo ospitava. Ciò a maggior ragione in considerazione del fatto che ██████████ aveva già dimostrato, con concrete condotte, di aver intenzione di allontanarsi dal nosocomio e, ovviamente, anche in considerazione del fatto che lo stesso, per il suo stato di salute psichica e fisica, non era in grado di badare a se stesso e, con ogni probabilità, di sopravvivere, se non adeguatamente assistito sul piano medico". In definitiva, saranno tenuti, in solido, al risarcimento del danno in favore dell'attrice, la Residenza ██████████ ed i dott.ri ██████████ e ██████████. Non la AUSL, non convenuta in giudizio dall'attore (nel procedimento n. 4472/09), né chiamata in causa da alcuno dei convenuti. L'esame della domanda subordinata proposta dalla Residenza ██████████ nelle proprie conclusioni ("accoglierle nei limiti del giusto e del provato specificando la quota di*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*responsabilità da porsi a carico di ciascun soggetto coinvolto compreso il Sig. [REDACTED]”) è, invece, precluso dall’inammissibilità della stessa, proposta in seno ad una comparsa di risposta tardivamente depositata rispetto alle scadenze delineate dagli artt. 166 e 167, II co., c.p.c. (sulla natura di domanda della richiesta di ripartizione delle responsabilità tra coobbligati solidali, si veda Cass., n. 10042/06, secondo cui, “nel giudizio avente ad oggetto l'accertamento della responsabilità del danno da fatto illecito imputabile a più persone, il giudice del merito adito dal danneggiato può e deve pronunciarsi sulla graduazione delle colpe solo se uno dei condebitori abbia esercitato l'azione di regresso nei confronti degli altri, o comunque, in vista del regresso abbia chiesto tale accertamento in funzione della ripartizione interna. Da ciò deriva che, allorché il presunto autore di un fatto illecito - convenuto in giudizio unitamente ad altri, perché ritenuto responsabile, in solido con questi, dell'evento dannoso lamentato dall'attore - neghi la propria responsabilità in ordine al verificarsi dell'evento denunciato, detto convenuto non propone, nei confronti degli altri convenuti, alcuna domanda, ma si limita a svolgere - ancorché assuma che, in realtà, gli altri convenuti sono responsabili esclusivi del fatto - delle mere difese, al fine di ottenere il rigetto, nei suoi confronti, della domanda attrice. Affinché tali argomentazioni esulino dall'ambito delle mere difese ed integrino, ai sensi degli artt. 99 e segg. cod. proc. civ., delle "domande", nei riguardi degli altri presunti responsabili, con il conseguente instaurarsi tra costoro di un autonomo rapporto processuale (diverso e distinto rispetto a quello tra il danneggiato e i singoli danneggiati) è, invece, indispensabile che il suddetto convenuto richieda espressamente, ancorché in via gradata e subordinatamente al rigetto delle difese svolte in via principale, l'accertamento della percentuale di responsabilità propria e altrui in relazione al verificarsi del fatto dannoso, domanda questa che, non potendosi ritenere implicita nella mera richiesta svolta nei confronti del solo attore di rigetto della sua domanda, non può essere introdotta, all'evidenza, per la prima volta in giudizio in grado di appello, né, a maggior ragione, in sede di giudizio di legittimità”).*

- 12) Venendo a trattare il profilo del danno conseguenza, negli atti di citazione l’attrice specificava di richiederne il risarcimento *jure proprio*, precisando: “sarà poi quindi al momento della dichiarazione di assenza avanzare anche domanda “*jure successionis*” (punto 52 di entrambi gli atti introduttivi). Subito dopo, però, la [REDACTED] descriveva i pregiudizi invocati “*in termini di perdita a tempo indeterminato di un congiunto facente parte del nucleo familiare con conseguente perdita definitiva come sopradetto*”, chiedendone la liquidazione in € 250.000,00, secondo non meglio precisate “*tabelle in uso da parte di questo Tribunale (segnatamente presso la sezione che tabellarmente tratta le cause di responsabilità civile)*”. Ora, poiché le

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

tabelle in uso (sin dal 2007, anno di introduzione della prima causa) presso il Tribunale di Rimini sono quelle elaborate dall'Osservatorio per la Giustizia civile del Tribunale di Milano, il riferimento non può che essere ai valori *ivi* contemplati, per l'appunto, per il danno non patrimoniale da perdita del congiunto (il valore massimo, nel 2007, con riferimento alla perdita del coniuge, era di € 207.264,00). Ciò dimostra, una volta di più, come la domanda dell'attrice si fondasse sin dall'inizio sul presupposto della definitiva "perdita" del marito; presupposto corroborato dalla perizia di parte ampiamente citata negli atti introduttivi dei processi, secondo la quale era *"ragionevole ritenere che le condizioni cliniche dell'██████████ al di fuori di una clinica specialistica o del proprio domicilio, po[tessero] ritenersi incompatibili con la sua sopravvivenza"* (punto 51 degli atti di citazione). La circostanza emergeva, peraltro, in corso di causa, precisamente all'udienza del 30.1.2013, allorquando la Residenza ██████ documentava il ritrovamento - a poche centinaia di metri di distanza dalla casa di cura ██████ - di ossa umane, che gli esami svolti dal R.I.S. dei Carabinieri consentivano di attribuire, con elevatissima probabilità, a ██████████. Con le ordinanze del 12.7.2013, si riteneva tuttavia superfluo esperire ulteriori accertamenti sulla morte di ██████████, nulla aggiungendo - sul piano giuridico - la relativa certezza alla prospettazione iniziale dell'attrice. Quest'ultima, come si è appena detto, aveva infatti già delineato il pregiudizio subito come perdita (definitiva) del rapporto coniugale; e tale perdita poteva già ritenersi acquisita, sotto il profilo giuridico, secondo l'*id quod plerumque accidit* (in considerazione del tempo trascorso e delle peculiarità della fattispecie concreta). Non può essere accolta, pertanto, la richiesta dell'attrice (formulata all'udienza del 18.7.2013 e ribadita in sede di precisazione delle conclusioni) di *"essere rimessi in termini e pertanto rimettere la causa in istruttoria al fine di esperire le seguenti prove orali, onde meglio determinare il danno risarcibile, quantificato in atti solo sulla scorta della scomparsa del Sig. ██████████, oggi invece accertato essere deceduto"*. I capitoli di prova riguardano il modo di svolgersi del rapporto tra la ██████████ e il marito, prima della scomparsa di costui. È evidente che essi fossero funzionali a dimostrare i fatti costitutivi della domanda - avanzata sin dall'atto di citazione - relativa al venire meno (a tempo indeterminato o definitivo, secondo il modo di esprimersi dell'attrice) del suddetto rapporto. Come tali essi sono pertanto inammissibili, perché proposti dopo lo spirare delle preclusioni istruttorie di cui all'art. 183, VI co., n. 2, c.p.c. La morte ██████████ è stata posta dall'attrice a fondamento di un'ulteriore domanda, proposta per la prima volta in sede di conclusioni nei seguenti termini: *"condannare i convenuti tutti ed i terzi chiamati tutti, in solido ovvero per il proprio diverso titolo al pagamento della somma complessiva di € 712.145,00, in favore della Sig.ra ██████████ di*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*cui € 346.609,00 per danno iure proprio (vittima di 75 anni e coniuge di 66 anni convivente (€ 259.900,00) senza altri conviventi che comportano l'aumento del danno da 1/3 ad 1/2 e quindi da € 346.609,00 a 389.970,00) e € 250.000,00, oltre al danno parentale da valutarsi in € 115.536,00 per danno iure hereditatis danno non patrimoniale (tabelle di Milano 2013): vittima 75 anni danno non patrimoniale € 750.000,00, danno trasmissibile € 2/3 del danno patrimoniale, € 500.000,00 da corrispondere al 50% essendo in concorso con il figlio ██████████ ██████████ non convivente".* La "cripticità" espressiva, la farraginoso formulazione sintattica e lessicale e l'oscurità logica rendono davvero arduo comprendere l'oggetto di tale domanda. L'unica cosa che si capisce è che l'attrice chiede il risarcimento di un danno *iure proprio* e di un danno *iure hereditatis*. Il danno *iure proprio* viene qualificato nell'atto di citazione come "*di natura morale e/o esistenziale e/o biologico pluridimensionale*", ma in nessun modo descritto. Quantificato originariamente in € 250.000,00, nelle conclusioni viene quantificato invece in € 346.609,00, partendo dalla cifra di € 259.000,00 e applicando un incremento del 20% (le tabelle milanesi del 2014 prevedono, per il danno da perdita del coniuge, una "forbice" da € 163.990,00 ad € 327.990,00). Viene poi aggiunto l'importo di € 250.000,00, non si sa a quale titolo. Appare improbabile che l'attore abbia inteso cumulare la somma di € 250.000,00 - originariamente indicata nell'atto di citazione, con riferimento alla "scomparsa" del marito - con una ulteriore somma, idealmente riferibile al( danno per)la morte del congiunto, non trattandosi di voci di danno diverse, dal momento che - come detto più volte - la morte emersa in corso di causa altro non è che il "suggerimento" fattuale della "scomparsa" allegata nell'atto di citazione. Si passa, poi, al "*danno parentale da valutarsi in € 115.536,00 per danno iure hereditatis*". Ora, nel lessico giuridico corrente per "danno parentale" s'intende - appunto - il danno (non patrimoniale) da perdita (o compromissione) del rapporto parentale, che però è un danno *iure proprio* e non *iure hereditatis*. Quest'ultima figura definisce un pregiudizio occorso al (danneggiato "primario") defunto, con conseguente trasmissione del diritto (patrimoniale) al risarcimento. Non un cenno, però, viene fatto dall'attrice, nelle conclusioni, alla tipologia di tale pregiudizio: danno biologico per la compromissione dell'integrità psico-fisica? Danno "morale" da sofferenza interiore? Danno da perdita della vita? Anche la quantificazione è oscura: si parte da un importo di € 750.000,00, ma determinato come? Forse prendendo come riferimento il valore monetario di un danno biologico del 100% ad una persona di 75 anni (che, secondo la tabella milanese - richiamata fra parentesi nelle citate conclusioni - ammonta ad € 759.076,00). Ma, nel "silenzio" dell'attrice, non è possibile azzardare ipotesi. Senza dire, in ogni caso, che, "*in materia di risarcimento del danno alla salute, l'esistenza e la derivazione causale di*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*postumi permanenti integrano il fatto costitutivo della pretesa al risarcimento e la loro sussistenza va provata da chi la allega, senza nessuna possibilità per il giudice di ricorrere all'equità, atteso che in via equitativa può determinarsi la misura del risarcimento del danno, non l'esistenza dello stesso*" (Cass., n. 23425/14). Il prosieguo del calcolo confonde, poi, ulteriormente le idee. Entra in gioco, forse per un refuso, un danno "patrimoniale", e comunque si considera "trasmissibile" solo la frazione dei 2/3 dell'importo di € 750.000,00 (perché?). Si afferma quindi che i 2/3 (pari ad € 500.000,00) vadano suddivisi al 50% tra l'attrice ed il figlio del *de cuius*, e ciononostante si richiede la (minore) somma di € 115.536,00 (pari a meno di un quarto di € 500.000,00). Uno sviluppo del calcolo viene, invero, riportato (soltanto) nella memoria di replica, e di esso dunque non si può tenere alcun conto. Tale calcolo è comunque parimenti incomprensibile, dal momento che parte dal valore di un non meglio specificato "punto base" (€ 9.282,14), che viene moltiplicato per 28 "punti" (unità di misura in nessun modo spiegata). In conclusione, la domanda di risarcimento del danno *iure hereditatis*, oltre ad essere inammissibile in quanto tardivamente proposta (quantomeno rispetto al momento di emersione nel processo del relativo presupposto fattuale, vale a dire l'udienza del 30.1.2013: v. Cass., n. 23561/11), lo è pure per la sua assoluta genericità e indeterminatezza. Dovrà esaminarsi nel merito, quindi, la sola domanda risarcitoria del danno (*iure proprio*) da perdita del congiunto.

- 13) In seno al sistema scaturito dalle sentenze delle Sezioni Unite della Cassazione nn. 26972, 26973, 26974 e 26975 del 2008, il pregiudizio di cui si discute deve essere inquadrato nella categoria del danno non patrimoniale derivante dalla lesione di interessi inviolabili della persona costituzionalmente garantiti, segnatamente il c.d. diritto all'intangibilità della sfera degli affetti familiari, tutelato dagli artt. 2, 29 e 30 Cost. di recente, la Corte di Cassazione ha precisato che "*il soggetto che agisca in giudizio al fine di veder accertato e riconosciuto il diritto al risarcimento del danno subito in conseguenza dell'uccisione di un prossimo congiunto, per la definitiva perdita del rapporto parentale, lamenta la lesione dell'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito familiare oltre all'inviolabilità della libera e piena esplicazione dell'attività realizzatrici della persona umana in seno alla famiglia, quale formazione sociale costituzionalmente tutelata. Trattasi di un interesse protetto, avente rilevanza costituzionale, per la cui lesione il risarcimento rappresenta la forma minima ed imprescindibile di tutela. Il danno lamentato incide, infatti, sulla valenza del bene supremo della vita e si riflette sul rapporto che correva tra la vittima ed i prossimi congiunti. Detta protezione costituzionale degli affetti familiari, in quanto concernente i diritti inviolabili della*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

*persona umana, non si arresta al solo ambito interno ma trova riconoscimento anche nella dimensione europea della tutela della vita familiare” (Cass., n. 19405/13). La compromissione del rapporto parentale discendente dalla morte di un congiunto è (come tutti i pregiudizi non patrimoniali) un danno conseguenza, che deve essere allegato e provato, e liquidato dal giudice mediante l'equo apprezzamento di tutte le circostanze della fattispecie concreta (“il danno subito in conseguenza della uccisione del prossimo congiunto, per la definitiva perdita del rapporto parentale, concretandosi nell'interesse all'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia, nonché all'inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito della famiglia, la cui tutela è individuabile negli artt. 2, 29 e 30 Cost., si colloca nell'area del danno non patrimoniale di cui all'art. 2059 cod. civ.. Esso, quale tipico danno conseguenza, deve essere allegato e provato da chi chiede il relativo risarcimento, potendosi tuttavia ricorrere a valutazioni prognostiche e presunzioni sulla base degli elementi oggettivi forniti dal danneggiato, quali l'intensità del vincolo familiare, la situazione di convivenza, la consistenza del nucleo familiare, le abitudini di vita, l'età della vittima e dei singoli superstiti, la compromissione delle esigenze di questi ultimi”): Cass., n. 15022705). È, dunque, senz'altro possibile il ricorso alle presunzioni (come l'attrice sottolinea a pag. 33 della propria comparsa conclusionale). Senonché, il meccanismo probatorio presuntivo prende pur sempre le mosse da circostanze di fatto (note), dalle quali, mediante il ragionamento inferenziale, si ricava l'esistenza di altri fatti (ignoti), costituenti elementi della fattispecie dedotta in giudizio. Nel caso di specie, come s'è detto, relativamente al danno conseguenza l'attrice non ha allegato (nelle scansioni processuali a ciò preordinate) assolutamente nulla. Gli unici elementi utilizzabili per la liquidazione del pregiudizio in discorso sono, quindi, l'età dei coniugi (66 anni per l'attrice e 74 per il marito, al momento della scomparsa di costui); la durata del matrimonio (al 2007, 46 anni, stando all'affermazione di cui al punto 1 dell'atto di citazione) e le condizioni di salute [REDACTED] (la cui patologia, risalente nel tempo e progressivamente aggravatasi, non pare potesse consentirgli una vita coniugale caratterizzata, per esempio, dallo svolgimento di attività di svago o di vacanze, comunque in nessun modo allegate dall'attrice). Sotto tale ultimo profilo, le circostanze emerse nel processo depongono, invero, per un rapporto difficile tra i coniugi, proprio a causa delle ripercussioni, sul comportamento dell'[REDACTED], della patologia psichica da cui era affetto. Dalla documentazione medica prodotta emerge che egli viveva “con la moglie, con la quale vive[va] uno stato di conflitto pressoché permanente, sostenuto dall'ideazione delirante” (così la cartella clinica del ricovero all'ospedale di Rimini*

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

dell'11.4.2007). Situazione conflittuale che deflagrò nell'episodio da cui ebbe origine il ricovero all'ospedale di Rimini, che viene descritto nella citata cartella clinica nella seguente maniera: “ *il paziente sotto la pressione di un'ideazione delirante a contenuto persecutorio e di gelosia, si è appostato nei pressi dell'entrata della sua abitazione per “cogliere sul fatto” un immaginario amante della moglie e colpirlo con un coltello di cui si era per l'occasione armato. La moglie spaventata ha chiamato aiuto*”. Ancora, nel referto della visita psichiatrica svolta l'11.4.2007 presso l'ospedale di Rimini, si legge: “*nel corso degli ultimi giorni cospicuo aumento della ideazione delirante di gelosia nei confronti della moglie che in serata è sfociata in comportamenti potenzialmente aggressivi e pericolosi (il figlio riferisce di essere stato chiamato dalla madre e di aver trovato il pz. con un coltello in mano, coltello che gli è stato poi consegnato). Negli ultimi giorni numerosi gli interventi delle Forze dell'Ordine (CC.) e numerosi gli accessi del pz. ad avvocati nel tentativo di intentare una causa nei confronti della moglie. (...) ideazione fortemente polarizzata su temi deliranti interessanti il tradimento sessuale protratto ormai da anni dalla moglie ai suoi danni*”. Da tali elementi appare evidente come, nel caso di specie, il ragionamento presuntivo non possa operare nel senso di far conseguire, alla morte del marito, un radicale peggioramento delle abitudini e della qualità della vita dell'attrice. Non è azzardato, infatti, sostenere che per la ██████████ (ormai anziana) il rapporto col marito fosse divenuto più un peso che una fonte di realizzazione ed appagamento. Ella doveva, infatti, fornirgli – ormai da molti anni - cura ed assistenza continue, senza peraltro poter sperare in un significativo miglioramento delle sue condizioni, e restando anzi esposta, continuamente, alle (imprevedibili) manifestazioni della sua malattia, di cui era divenuta bersaglio principale. Tanto che, dopo il ricovero dell'██████████ alla Residenza ██████████, chiedeva “*una pausa perché ultimamente era in difficoltà*” (così la cartella clinica, al giorno 19.4.2007). Si consideri che, “*ai fini del ristoro del pregiudizio esistenziale da lesione del rapporto parentale, soltanto l'allegazione circostanziata - mercé l'indicazione di fatti precisi e specifici nel caso concreto - di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, ovvero del compimento di scelte di vita diverse, determina l'inversione dell'onere della prova tipica delle presunzioni (nella specie, è stata considerata inidonea la deduzione di fatti inerenti alla perdita di abitudini e riti propri della quotidianità della vita)*” (Cass., n. 10527/11). Nella vicenda in esame, invece, non soltanto nessuna “allegazione circostanziata” è stata effettuata dall'attrice, ma gli elementi acquisiti al processo – come s'è appena detto – sono di segno contrario. Si deve tenere presente, ancora una volta, che l'██████████ (già settantaquattrenne al momento dei fatti) non sarebbe verosimilmente sopravvissuto a lungo, e sarebbe stato costantemente menomato (nelle forme



## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

che si sono viste) dai pesanti sintomi della ingravescente malattia. Ne deriva che, prendendo come riferimento le tabelle di Milano (assunte dalla Corte di Cassazione, a partire della sentenza n. 12408 del 2011, “*a parametro in linea generale attestante la conformità della valutazione equitativa del danno in parola alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056, primo comma, cod. civ.*”), non è possibile riconoscere all’attrice neppure l’importo minimo *ivi* contemplato per la perdita del coniuge (pari ad € 163.990,00), il quale per l’appunto ha riguardo, congiuntamente, alla sofferenza interiore indotta dall’evento lesivo, e a quella tipologia di pregiudizio che (in funzione puramente descrittiva) potrebbe definirsi “esistenziale” (consistente nella modificazione peggiorativa delle abitudini quotidiane e degli aspetti dinamico-relazionali pregressi). Una volta sostanzialmente esclusa tale ultima componente, appare pertanto equo stimare il danno non patrimoniale occorso all’attrice in una somma pari alla metà del valore minimo sopra indicato, in funzione della “riparazione” del danno rappresentato dallo sconvolgimento emotivo e dal patimento interiore conseguente alla definitiva perdita (in quelle circostanze) del marito. Trattandosi di debito di valore, la somma deve essere devalutata, secondo gli indici Istat, al momento del fatto; gli interessi al tasso legale debbono poi computarsi - in ossequio al criterio fatto proprio dalle Sezioni Unite della Cassazione (sent. n. 1712/95) - sulle somme annualmente rivalutate. Ne deriva che la somma dovuta alla ██████ all’attualità, ammonta ad € 94.976,61.

- 14) La domanda dell’attrice viene accolta, pertanto, nei soli confronti dei convenuti dott.ri ██████ e ██████ (nella causa n. 4472/09) e della terza chiamata Residenza ██████ s.r.l. (nella causa n. 5930/07). Peraltro l’attrice ha invocato, nelle conclusioni, la condanna anche “*dei terzi chiamati tutti*”, mentre è evidente che in nessun modo potrebbe considerarsi la ██████ Assicurazioni soggetto passivo delle fattispecie dedotte in giudizio dalla ██████. Non è fondata la domanda di “manleva” formulata dal dr. ██████ nei confronti della Residenza ██████, difettando qualsivoglia rapporto contrattuale, idoneo a giustificare la traslazione degli effetti della condanna del primo sulla seconda. I tre soggetti responsabili saranno, pertanto, tenuti a rifondere le spese processuali sostenute dall’attrice (la sola Residenza ██████ quelle – che possono stimarsi in ¼ delle totali - corrispondenti all’attività processuale afferente alla causa n. 5930/07, antecedente all’introduzione del secondo giudizio). L’attrice dovrà invece sobbarcarsi l’onere delle spese processuali delle altre parti (la AUSL di Rimini, i dott.ri ██████, ██████ e ██████, e la ██████ Assicurazioni, chiamata in causa dai primi due sanitari menzionati, rispettivamente nelle cause 5930/07 e 4472/09). Tra le spese liquidate in favore della dott.ssa ██████, potrà riconoscersi anche quella relativa al compenso del consulente tecnico di parte, la

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

quale “non presuppone la prova dell'avvenuto pagamento, ma presuppone, comunque, la prova della effettività delle stesse, ossia che la parte vittoriosa abbia quantomeno assunto la relativa obbligazione” (Cass., n. 4357/03). Sui convenuti (e terza chiamata) soccombenti graveranno pure, in via definitiva, le spese di c.t.u.). Le spese si liquidano in dispositivo, in applicazione dei parametri di cui al d. m. n. 55/14, in vigore al momento del completamento dell'attività difensiva dei procuratori delle parti.

### P.Q.M.

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

- 1) **Condanna** [REDACTED] in solido tra loro, a corrispondere all'attrice la somma di € 94.976,61 (calcolata all'attualità);
- 2) **rigetta** la domanda dell'attrice nei confronti di tutte le altre parti;
- 3) **rigetta** la domanda di “manleva” avanzata da [REDACTED] nei confronti della Residenza Sanitaria Assistenziale [REDACTED];
- 4) **condanna** [REDACTED] a rifondere all'attrice le spese processuali, che si liquidano in € 12.000,00 per compensi professionali ed € 1.422,39 per spese (oltre a spese generali, iva e c.p.a. di legge), disponendo che le stesse gravino sulle parti sopra indicate, in solido, nella misura di  $\frac{3}{4}$ , ed in capo alla sola Residenza Sanitaria Assistenziale [REDACTED] per il restante quarto;
- 5) **dispone** la distrazione delle spese liquidate al punto precedente in favore del difensore dell'attrice, avv. S. Bartolomei, dichiaratosi antistatario;
- 6) **condanna** l'attrice a rifondere alla A.U.S.L. di Rimini le spese processuali, che si liquidano in € 10.500,00 per compensi professionali ed € 14,65 per spese, oltre a spese generali, iva e c.p.a. di legge;
- 7) **condanna** l'attrice a rifondere ad [REDACTED] i  $\frac{4}{5}$  delle spese processuali - che si liquidano, per l'interro, in € 9.500,00 per compensi professionali ed € 27,33 per spese, oltre a spese generali, iva e c.p.a. di legge -, compensando fra le parti il restante quinto;
- 8) **condanna** l'attrice a rifondere a [REDACTED] le spese processuali, che si liquidano in € 9.500,00 per compensi professionali ed € 810,75 per spese, oltre a spese generali, iva e c.p.a. di legge;
- 9) **condanna** l'attrice a rifondere ad [REDACTED] le spese processuali, che si liquidano in €

## DIRITTO CIVILE CONTEMPORANEO

9.500,00 per compensi professionali, oltre a spese generali, iva e c.p.a. di legge;

10) **condanna** l'attrice a rifondere alla [REDACTED] Assicurazioni le spese processuali, che si liquidano in € 10.000,00 per compensi professionali ed € 12,10 per spese, oltre a spese generali, iva e c.p.a. di legge;

[REDACTED] **pone** le spese di c.t.u. – liquidate con decreto del 18.2.2014 – definitivamente a carico di [REDACTED]

Rimini, 8 settembre 2015.

Il Giudice  
dott. Luigi La Battaglia