

Avv. ANDREA FLORINDI
Via Galileo Galilei, 10
66026 ORTONA (CH)

Sentenza n. [REDACTED]/2024 pubbl. il 18/03/20

RG n. [REDACTED]

Repert. n. [REDACTED]/2024 del 18/03/20

N. R.G. [REDACTED]



Tribunale Ordinario di Chieti

SEZIONE CIVILE

In nome del Popolo Italiano

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Gianluca Falco, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado, iscritta al n. r.g. [REDACTED] promossa da:

[REDACTED] e [REDACTED], in proprio ed in qualità di esercenti la potestà genitoriale del minore [REDACTED], rappresentati e difesi dall'Avv. Andrea Florindi, elettivamente domiciliati come in atti.

ATTORI

contro

AZIENDA SANITARIA LOCALE [REDACTED], rappresentata e difesa dall'Avv. [REDACTED], elettivamente domiciliata come in atti.

CONVENUTA

con la chiamata in causa di

[REDACTED], rappresentata e difesa dall'Avv. [REDACTED], elettivamente domiciliata come in atti.

TERZA CHIAMATA

OGGETTO: azione di risarcimento del danno da responsabilità professionale sanitaria

CONCLUSIONI

All'udienza del 26.9.22, le parti hanno concluso come da note scritte di udienza.

Gli attori: "1. Nel merito ed in via principale, accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale dell'Azienda Sanitaria Locale [REDACTED], in persona del l.r.p.t., nella causazione dei danni patrimoniali e non subiti e subendi dagli odierni attori così come descritti in narrativa; 2. per l'effetto, condannare la convenuta [REDACTED] al risarcimento, in favore dei genitori [REDACTED], nella loro qualità di esercenti la relativa potestà genitoriale, di tutti i danni patrimoniali e non patiti e patendi dal piccolo [REDACTED] che prudenzialmente si quantificano rispettivamente in € 163.080,00 ed in € 87.941,00 a titolo di danno biologico, oltre ad € 34.296,99 a titolo di personalizzazione massima a causa del grave danno esistenziale subito dal piccolo [REDACTED] ed a € 1.960,00 a titolo di invalidità temporanea, per un danno non patrimoniale complessivamente ammontante ad € 124.198,00 ovvero nelle diverse somme, maggiori o minori, ritenute di Giustizia o che saranno accertate in corso di causa anche a mezzo di apposita CTU medico legale, oltre interessi e rivalutazione fino all'effettivo soddisfo; 3. per l'effetto, condannare la convenuta Asl [REDACTED] al risarcimento, in favore dei genitori [REDACTED] [REDACTED] nella loro qualità di esercenti la relativa potestà genitoriale, dell'ulteriore danno non patrimoniale (morale, parentale e da perdita di chance) subito dal piccolo [REDACTED] che prudenzialmente si quantificano rispettivamente in € 70.000,00, in € 80.000,00 ed in € 25.000,00 ovvero nelle minori o maggiori somme che il Giudice riterrà di Giustizia o che saranno accertate in corso di causa anche a mezzo di apposita CTU medico legale, oltre interessi e rivalutazione fino all'effettivo soddisfo; 4. sempre nel merito ed in via principale, accertare e dichiarare la responsabilità dell'Azienda Sanitaria Locale [REDACTED], in persona del l.r.p.t., nella causazione dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti e subendi dall'attrice [REDACTED] che prudenzialmente si quantificano rispettivamente in € 57.078,00 e in € 20.951,00 (di cui € 13.967,00 a titolo di danno biologico ed € 5.447,13 di personalizzazione per il correlato danno esistenziale), oltre ad € 50.000,00 ed € 70.000,00 rispettivamente a titolo di danno morale e parentale ovvero nelle diverse somme, minori o maggiori, ritenute di Giustizia o che saranno accertate in corso di causa anche a mezzo di apposita CTU medico legale, oltre interessi e rivalutazione fino all'effettivo soddisfo; 5. sempre nel merito ed in via principale, accertare e dichiarare la responsabilità dell'Azienda Sanitaria Locale [REDACTED] [REDACTED] in persona del l.r.p.t., nella causazione dei danni non patrimoniali subiti e subendi dall'attore



[REDACTED] a titolo di danno esistenziale, morale e parentale che prudenzialmente si quantificano in € 20.951,00, € 50.000,00 ed € 70.000,00 ovvero nelle diverse somme, minori o maggiori, ritenute di giustizia o che saranno accertate in corso di causa anche a mezzo di apposita CTU medico legale, oltre interessi e rivalutazione fino all'effettivo soddisfo; 6. in via del tutto subordinata, in caso di mancato accoglimento delle domande su formulate accertare e dichiarare comunque la corresponsabilità dell'Azienda Sanitaria Locale [REDACTED] in persona del l.r.p.t., nella causazione dei danni patrimoniali e non, descritti in narrativa e di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 delle presenti conclusioni e, per l'effetto, condannare la convenuta ASL al risarcimento in favore degli attori del danno che il Giudice vorrà equitativamente liquidare e ritenere di Giustizia. 7. In ogni caso, ex art. 8, comma 4, L. 24 del 08.03.2017, condannare la [REDACTED] in persona del l.r.p.t., che non ha partecipato alla procedura di mediazione attivata dagli odierni attori, al pagamento delle spese di lite e alla pena pecuniaria prevista dalla citata normativa determinata in via equitativa in favore degli odierni attori. 8. In ogni caso, con condanna al risarcimento delle spese mediche sostenute, ivi comprese quelle della consulenza di parte. Con vittoria di spese e compenso professionale di lite”.

La convenuta: “- Rigettare la domanda attorea perché infondata; - in subordine, nella denegata ipotesi di accoglimento, anche solo parziale, della stessa, contenere il risarcimento nella misura ritenuta di Giustizia, comunque inferiore a quella ex adverso domandata; - in ogni caso, nell'eventualità di accoglimento in tutto o in parte della domanda risarcitoria attorea, dichiarare [REDACTED]

[REDACTED], in persona del l.r.p.t., tenuta a garantire la A.S.L. [REDACTED] e per l'effetto condannare la [REDACTED] in persona del l.r.p.t., a tenere indenne la A.S.L. [REDACTED] di quanto questa sia tenuta a pagare, sia per sorte che per spese di lite, per effetto dell'accoglimento in tutto o in parte dell'avversa domanda risarcitoria e quindi a corrispondere alla A.S.L. [REDACTED] tutto quanto questa sia tenuta a pagare, sia per sorte che per spese di lite, per effetto dell'accoglimento in tutto o in parte dell'avversa domanda risarcitoria. Con vittoria di spese e competenze di giudizio”.

La terza chiamata: “Torna a chiedere in via preliminare, associandosi alla richiesta dell'Ente assicurato, che venga accertata e dichiarata l'estinzione del diritto al risarcimento del danno riflesso invocato da parte attrice, in particolare dal padre del piccolo [REDACTED] per intervenuta prescrizione ex art. 2947 c.c., essendo inutilmente decorso il termine quinquennale previsto per la responsabilità a



titolo extracontrattuale; in via principale che venga accertata e ritenuta l'assenza di qualsivoglia nesso di causa, sia materiale che giuridico, tra gli eventi ex adverso lamentati in termini di danno e le condotte riferibili all'Azienda assicurata nonché la conformità di tali condotte alle regole dell'arte medica; con conseguente rigetto degli addebiti e delle domande di parte attrice, siccome del tutto destituiti di fondamento in fatto ed in diritto e comunque non provati; in via subordinata e per l'ipotesi non creduta che l'On.le Tribunale adito dovesse ritenere anche solo parzialmente fondata la domanda ex adverso formulata, e quindi nella ipotesi che dovesse ritenersi la sussistenza di una condotta antidoverosa dei sanitari dell'Azienda assicurata nei termini prospettati da parte avversa nel rispetto delle preclusioni assertive cui siano riconducibili eventuali danni, chiede che il Giudicante voglia accertare quelli risarcibili (da limitarsi al maggior danno iatrogeno) per come validamente pretesi, realmente subiti e strettamente riconducibili alla condotta censurata, previo accertamento dell'esistenza e graduazione del nesso eziologico; voglia altresì liquidare l'eventuale quota di indennizzo a carico di R.N.I.C.E. Ltd. nel rispetto dei massimali e limiti di polizza tutti, che si abbiano qui per espressamente richiamati. Con vittoria di spese ed onorari di giudizio”.

FATTO E QUESTIONI CONTROVERSE

1. Con atto di citazione del 19.11.19, i coniugi [REDACTED], in proprio ed in qualità di genitori esercenti la potestà sul loro figlio minore [REDACTED], hanno agito nei confronti della [REDACTED] (di seguito, ASL) - chiedendo il riconoscimento della responsabilità della stessa (con i connessi obblighi risarcitori), per i danni subiti dal piccolo [REDACTED] durante il parto eseguito il [REDACTED] dalla attrice presso l'ospedale di [REDACTED] a causa – a dire degli attori – di condotte imperite e negligenti dei sanitari nella gestione del parto e della fase ad esso immediatamente successiva.

In particolare, ad avviso degli attori, la colpa dei sanitari era consistita: nel non avere sottoposto la paziente, nonostante il suo sanguinamento, ad alcuna visita medica e ad alcuna ecografia per accertare le condizioni del bambino, né ad alcun monitoraggio cardiocografico continuo, ma solamente all'esecuzione di due visite ostetriche, con rilievo isolato del battito cardiaco fetale; nell'aver trascurato un tale sanguinamento e nell'aver ritardato la esecuzione del parto cesareo, così provocando una grave sofferenza perinatale al bambino; nell'aver causato a quest'ultimo – con tali negligenti



omissioni e ritardi - gravi danni cognitivi e comportamentali (“Sindrome da deficit attentivo con iperattività, disturbo comunicativo comportamentale”).

Tanto premesso, gli attori hanno chiesto la condanna della convenuta al risarcimento dei danni subiti dal minore (danno biologico e alla vita di relazione; danno morale; danno parentale; danno da perdita di chance di nascere sano; danno patrimoniale futuro da lesione della capacità lavorativa specifica) e da loro (danno esistenziale, danno morale, danno parentale, danno psichico depressivo insorto a carico della madre; danno patrimoniale di quest’ultima, per impossibilità di dedicarsi ad un lavoro).

2. La AZIENDA SANITARIA LOCALE [REDACTED] – nel costituirsi con comparsa depositata in data 4.2.20 – ha contestato la fondatezza degli avversi addebiti di responsabilità, assumendo la piena correttezza dell’operato dei propri sanitari, la mancanza – durante il ricovero della gestante – di elementi di rischio o di sofferenza per il nascituro, il probabile distacco della placenta avvenuto immediatamente prima dell’esecuzione del parto cesareo, la conseguente tempestività dell’intervento dei medici, la mancanza di nesso causale tra i danni lamentati dal minore e la vicenda sanitaria in questione. Essa ha altresì eccepito la intervenuta prescrizione quinquennale del diritto risarcitorio delle controparti (dalla stessa qualificato come di natura aquiliana), oltre che la infondatezza delle pretese risarcitorie attoree; ha inoltre invocato la operatività, in proprio favore, della garanzia per la responsabilità professionale prestata dalla [REDACTED] che, per questo, ha chiesto di essere autorizzata a chiamare in causa.

4. La compagnia assicurativa sopra citata – di cui è stata autorizzata la chiamata – nel costituirsi in giudizio, ha contestato la fondatezza delle domande degli attori, assumendo la correttezza dell’operato di sanitari ed eccependo sia il difetto di prova dei danni lamentati, sia la duplicazione dei risarcimenti invocati, sia la prescrizione dei diritti risarcitori da quelli rivendicati; in via subordinata, ha invocato la applicazione delle franchigie e del massimale convenuti in polizza.

5. Il processo si è articolato nelle fasi di trattazione e di istruttoria - nel cui ambito è stata espletata una CTU medico legale collegiale – per poi giungere alla odierna decisione.



MOTIVI DELLA DECISIONE

Le domande degli attori di accertamento della responsabilità professionale della AUSL convenuta sono fondate, in ragione delle considerazioni di seguito esposte.

A. Sulla infondatezza della eccezione di prescrizione sollevata dalla convenuta e dalla chiamata in causa

a.1 La convenuta ha eccepito *“l'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento del danno per decorso del termine quinquennale ex art. 2947 c.c., ove applicabile”*.

Anche la terza chiamata ha sollevato la medesima eccezione, assumendo che *“la responsabilità invocata dagli attori per i danni subiti iure proprio in via mediata per il fatto del terzo, ricadente in via immediata sul figlio, è di natura extracontrattuale in quanto nessun contratto è ripassato tra i genitori e l'Azienda Sanitaria convenuta”*. Essa ha quindi aggiunto: *“La prescrizione del diritto al risarcimento del danno in materia di responsabilità aquiliana, ex art. 2947 c.c., è quinquennale e il dies a quo è quello di commissione del fatto illecito; nel caso di specie è dunque, per quel che attiene alla posizione dell'esponente, quello del taglio cesareo praticato il [REDACTED]. È a dirsi, però, che dalla documentazione offerta da parte attrice emerge un primo evento interruttivo del periodo prescrizioneale coincidente con la diffida del 14 aprile 2011 - redatta dalla difesa avversaria nell'interesse dei Sigg.ri [REDACTED] in proprio e quali genitori del piccolo [REDACTED] cui seguiva la successiva del 4 luglio 2016. Da ciò consegue che il diritto preteso in questa sede dagli attori deve considerarsi irrimediabilmente estinto per prescrizione, portando il secondo evento interruttivo data successiva al maturarsi dei cinque anni, quale periodo prescrizioneale”* (cfr. la comparsa di risposta).

a.2 Si tratta di eccezioni infondate.

Infatti, gli attori, nella domanda introduttiva del giudizio, hanno dichiarato di agire per far valere la responsabilità contrattuale della convenuta (cfr. l'atto di citazione).

Ed è noto che *“la responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria è configurabile, oltre che nei confronti del paziente, anche relativamente a soggetti terzi cui si estendono gli effetti protettivi del contratto; ne consegue che il contratto stipulato tra una gestante, una struttura sanitaria ed un medico, avente ad oggetto la prestazione di cure finalizzate a garantire il corretto decorso della gravidanza, riverbera per sua natura effetti protettivi a vantaggio anche del padre del concepito, il*



quale in caso di inadempimento, è perciò legittimato ad agire per il risarcimento del danno” (Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 10812 del 18/04/2019; cfr. Cass., 11/05/2009, n. 10741; Cass., Sez. Un., 11/11/2008, n. 26972; Cass., 22/7/2004, n. 13634).

B. Sugli esiti della indagine tecnica espletata dal Collegio di CTU

b.1 In ragione della natura squisitamente tecnica della controversia, relativa sia alla correttezza o meno delle prestazioni sanitarie rese dalla convenuta nella vicenda di cui è causa, sia alla individuazione dei danni “ingiusti” eventualmente riconducibili a quelle prestazioni, è stata disposto, nel corso del giudizio, l’espletamento di una CTU Collegiale altamente specialistica, con ausiliari operanti in altro Distretto ed individuati nelle persone dei Dott.ri █████ (Specialista in Medicina Legale), █████ (Specialista in Ostetricia e Ginecologia, Già resp. Day Surgery Ginecologico - Ospedale S. Camillo – Roma) e █████ (Specialista in Neuropsichiatria infantile, Psicoterapeuta dell’Età Evolutiva, Dottore di Ricerca Neuroscienze Sperimentali e Cliniche Sapienza Università di Roma).

b.2 I plurimi e dettagliati quesiti di indagine – formulati in relazione all’oggetto del *thema decidendum* versato in atti – sono compendati nella ordinanza di conferimento dell’incarico del 15.11.21, da intendersi qui integralmente richiamata *per relationem*.

b.3 Gli Ausiliari del Giudice hanno innanzitutto proceduto - attraverso un esame analitico della documentazione sanitaria rilevante ai fini di causa - alla ricostruzione della cronologia e delle caratteristiche rilevanti della vicenda clinica oggetto di causa, nonché alla descrizione del decorso delle condizioni di salute del minore:

“[...] La vicenda tratta del travaglio e del parto della Sig.ra █████ di 21 anni all’epoca dei fatti, gravida alla 41a settimana + 5 giorni che, in data █████ veniva ricoverata presso la U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell’Ospedale Civile █████ con diagnosi di “I gravidanza a termine”. [...] Subito dopo il ricovero, dalle ore 8:37 alle ore 9:05, la paziente veniva sottoposta a tracciato cardiotocografico. Venivano poi effettuati altri due CTG, uno iniziato alle ore 9:57 della durata di circa 25 minuti e l’altro iniziato alle ore 12:13 della durata di circa 22 minuti. In considerazione dell’epoca gestazionale (41 sett. + 5 gg) e della situazione locale riscontrata nella visita di accettazione (“Collo uterino conservato chiuso ... Presentazione del feto cefalica alta”) i sanitari optavano, alle ore 9:10, per l’induzione del travaglio tramite “Introduzione



di Prepidil cervicale". Dal diario clinico, si riscontra che la paziente veniva sottoposta a visite di controllo: h 11:00: "Collo posteriore, conservato, pervio a 1 dito. No scolo di L.A. (Liquido Amniotico). BCF (Battito Cardiaco Fetale) percepito regolare; h 12:45: "Collo in via di appianamento > 50% pervio a due dita. Sacco integro. PP cefalica. Scarse perdite ematiche"; h 14:30: "Situazione invariata. Si decide per Taglio Cesareo. BCF percepito regolare"; h 15.20: "BCF percepito regolare (dopo induzione anestesia)". Nella descrizione dell'intervento di taglio cesareo, iniziato alle h15:20 e terminato alle 16:00, si legge che al momento del taglio cesareo era presente "... abbondante quantità di sangue in prevalenza coagulato ...". Il piccolo [REDACTED] nasceva il [REDACTED] mediante taglio cesareo per distocia di collo in feto in presentazione cefalica in primigravida alla 42 esima settimana di amenorrea. [...] Il neonato veniva trasferito il giorno stesso della sua nascita (data di ingresso in reparto: ore 17.10 del [REDACTED]) presso il Reparto di TIN6 dell'Ospedale Civile di [REDACTED], con diagnosi di accettazione di "Sofferenza perinatale". All'accesso presso la predetta struttura, le condizioni generali del piccolo [REDACTED] erano "gravissime", con soggetto con cianosi diffusa e cute fredda; gasping, intubato; motilità spontanea assente, tono muscolare fortemente ridotto, atteggiamento "in est". Il neonato rimaneva degente fino al 21.12.2020 per poi essere trasferito presso il reparto di neonatologia e, il giorno successivo, 22/12/2010, veniva dimesso con diagnosi di "Distress respiratorio, Ipertensione polmonare, Sepsi intercorrente, Piastrinopenia". [...] Da quanto riportato in cartella clinica, al momento delle dimissioni le condizioni generali erano buone, il peso in aumento (Kg 4,850), l'attività cardiaca regolare e il neonato si alimentava correttamente. Come riportato nella Relazione Clinica del P.O. "[REDACTED] al momento del parto veniva segnalato "liquido amniotico fortemente tinto di sangue". Inoltre, "Il neonato è arrivato in reparto intubato, in condizioni generali gravissime, bradicardia, cianosi diffusa, gasping, segni importanti di distress respiratorio". Venivano inoltre riscontrati una grave ipertensione polmonare e uno pneumotorace sinistro che necessitava di drenaggio chirurgico. Durante le prime 48 ore di ricovero, nonostante l'assistenza ventilatoria, "il neonato manteneva, comunque un equilibrio ossigenativo molto precario". Nei giorni successivi il quadro clinico si stabilizzava ed in data 14/12/2010 il piccolo [REDACTED] veniva estubato e in data 22.12.2010 veniva dimesso. [...] In data 29.10.2012, (all'età di quasi due anni), veniva riscontrata al piccolo [REDACTED] una Sindrome da deficit attentivo con iperattività in paziente con progressiva sofferenza perinatale. Inoltre, si verificava un episodio comiziale generalizzato all'età di 2



anni. A tale quadro si associavano anche disturbi visivi (miopia severa bilaterale) con strabismo. Il bambino ha ricevuto nel tempo le diagnosi seguenti: "Disturbo Emotivo- comportamentale e disarmonia dello sviluppo in progressa sofferenza perinatale", "Disturbo del linguaggio Disturbo prassico, Disabilità Intellettiva Lieve- media, ADHD". Ha effettuato dalla prima infanzia (2 anni e mezzo / 3 anni) terapia riabilitativa psicomotoria e logopedica presso il Centro Riabilitativo di ■■■■■, e ha il sostegno didattico a scuola con adozione di PEI (Piano Educativo Individualizzato) e assistenza educativa a partire dalla scuola d'infanzia. Inoltre, ha il riconoscimento da parte della Commissione INPS di una condizione di handicap grave ai sensi della L. 104 art. 3, co. 3 (sin dall'8.07.2013, poi confermato nella seduta di maggio 2016). Infine, la Commissione INPS ha riconosciuto anche una indennità di accompagnamento al piccolo ■■■■■ a partire dal maggio 2016. [...] Lo sviluppo psicomotorio a quanto ricostruito anamnesticamente e dalla documentazione clinica prodotta, appare caratterizzato da un moderato ritardo dello sviluppo in ambito sia linguistico che motorio-prassico. ■■■■■ ha camminato autonomamente a 18 mesi, ha presentato un ritardo del linguaggio ma non delle competenze interattive e comunicative; ha presentato sia un deficit attentivo che labilità oculo-manuale, con conseguenze sulle tappe di sviluppo, più evidente in età scolare [...]"

b.4 A questo punto, i consulenti tecnici d'ufficio hanno analiticamente approfondito l'esame delle condotte poste in essere dai sanitari, dal momento dell'accesso in ospedale di ■■■■■ e – in quest'ambito – hanno rilevato e motivatamente spiegato una serie di gravi criticità dell'operato dei medici di volta in volta intervenuti, ritenendole causative della grave sofferenza prenatale subita dal neonato:

"[...] Dall'attento studio della documentazione presente in atti, emergono diversi elementi di criticità nella gestione della parte finale della gravidanza e, successivamente, del travaglio.

Il piccolo ■■■■■ alla nascita aveva un peso di Kg. 4,800.

Lascia fortemente perplessi che durante il terzo trimestre di gravidanza non sia stata fatta una stima del peso fetale, che avrebbe permesso di ponderare la possibilità di una induzione al travaglio al termine delle 40 settimane o anche prima, evitando al feto la condizione di macrosomia fetale. [...].

Al riguardo, si rileva che, nel grado 2 di macrosomia, esiste un rischio aumentato di complicanze del travaglio e della morbosità neonatale (sindrome da aspirazione di meconio, basso punteggio di Apcar e RDS (sindrome da distress respiratorio, come successivamente verificatosi.



Ulteriori criticità si ravvisano nella mancanza di una diligente osservazione del benessere materno-fetale durante il corso del travaglio di parto [...]. In caso di induzione del travaglio con prostaglandine, una corretta sorveglianza materno-fetale richiede: 1) NST (Non Stress Test) per 20-30 minuti prima dell'applicazione del gel con prostaglandine; 2) dopo l'applicazione del gel, la partoriente deve restare sdraiata per almeno 15 minuti; 3) NST per un'ora; 4) in caso di attività contrattile (come nel caso de quo) applicare il monitoraggio elettronico continuo. [...] Tale importante linea di condotta è ribadita anche in un altro "sacro testo": "... è raccomandabile che l'induzione del parto, medica o chirurgica, venga eseguita sistematicamente sotto controllo cardiotocografico assiduo. tre tracciati cardiotocografici effettuati erano sicuramente di tipo I (normali). Tuttavia, a parere di questi CC.TT.UU. appare condannabile la mancata attuazione di una CTG in continua come da letteratura sopra riportata, anche in relazione alle ridotte valutazioni ostetriche, risultando queste solo due (alle ore 11:00 e ore 12:45) prima dell'ultima delle ore 14:30, a seguito della quale fu deciso di intervenire chirurgicamente. Poco o nulla rileva che durante la visita delle ore 11:00 viene riportato "BCF percepito regolare" e lo stesso viene riportato nella visita delle 14:30 ma, tra l'altro, non in quella delle ore 12:45. Infatti, l'auscultazione intermittente (AI), che pure è prevista nei travagli a basso rischio (e comunque non è il nostro caso) o quando la paziente deve interrompere il monitoraggio continuo per esempio per necessità fisiologiche, deve in ogni modo rispondere a ben precisi parametri. Essa ha come principale obiettivo l'identificazione tempestiva di ipossia/acidosi fetale, al fine di consentire interventi appropriati prima che si instauri un danno irreversibile. Permette inoltre di identificare le situazioni di normalità della FCF, in modo tale da evitare interventi non necessari. Ha il vantaggio di permettere il monitoraggio della FCF nelle diverse posizioni materne, favorendo la mobilizzazione della paziente durante il travaglio, condizione importante questa per facilitare la progressione del travaglio. L'AI dovrebbe essere eseguita ogni 15 minuti nel I stadio e successivamente ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio o durante ogni contrazione e per almeno 30-60 secondi dopo il termine della stessa. L'Auscultazione Intermittente non deve, però, essere intesa come un semplice ascolto della FCF ma dovrebbe sottostare a ben precise Raccomandazioni, in modo tale da avere una uniformazione delle procedure per la pianificazione della gestione della paziente e per scopi medico-legali. [...] Appare di tutta evidenza, oltre al ridottissimo numero rilievi effettuati (due!!!), la circostanza che viene solamente



riportato che il BCF è stato percepito e non vengono colpevolmente riportate le caratteristiche di tale auscultazione.

Un ulteriore punto di negligenza è dato dalla mancata compilazione del partogramma.

Il partogramma è un grafico dove la dilatazione cervicale espressa in centimetri viene correlata con il tempo in ore; l'uso del partogramma è fondamentale perché: 1) permette una immediata comprensione dell'evoluzione del travaglio e una precoce individuazione di un eventuale travaglio distocico; 2) è semplice da usare; 3) rappresenta un mezzo di comunicazione intercambiabile tra diverse unità ostetriche. Viene qui riportata il grafico del partogramma privo di annotazioni. [...] esiste un vuoto temporale riguardante la valutazione della salute fetale che va dalle ore 12:35 (fine del CTG) alle 14:30, ora in cui venne presa la decisione di effettuare il taglio cesareo. Tale criticabile condotta, con chiari connotati di imprudenza e negligenza, non ha permesso di intercettare per tempo le gravi condizioni in cui versavano la gestante ed il feto. La gravità del quadro clinico, che coinvolgeva la gestante ed il feto è confermata dall'oggettivo riscontro: 1) della "fuoriuscita di abbondante quantità di sangue in prevalenza coagulato" all'incisione del S.U.I. (Segmento Uterino Inferiore), secondario a "Distacco di placenta normoinserita", come riportato in cartella nella diagnosi di dimissione; 2) della grave sofferenza del feto nato con punteggio di Apgar di 4/5, che richiese l'immediato trasferimento al Reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di [REDACTED] 3) del grave stato anemico della gestante, con valori di emoglobina scesi a 6,5 che richiesero la trasfusione di 4 unità di sangue.

Altro motivo di censura nell'operato dei sanitari coinvolti a vario titolo nella vicenda di cui si tratta è l'eccessivo prolungamento del tempo intercorso tra la decisione di effettuare il taglio cesareo (h 14:30 ... Si decide per taglio cesareo") e l'inizio dello stesso ("Inizio intervento h 15:20").

Questo intervallo di tempo è ben codificato nella letteratura medica ed è indicato con la dizione di "decision to delivery interval" o intervallo di tempo che intercorre tra la decisione di intervenire ed il momento in cui avviene la nascita. E' noto, infatti, come nella preparazione di un taglio cesareo, anche in condizioni di urgenza ed in punti di nascita con livelli elevati di cura, sia necessario un certo tempo tecnico. Questo è necessario per trasportare la paziente in sala operatoria, per la vestizione dei sanitari medici e paramedici che intervengono, allestire il campo chirurgico, praticare l'anestesia. partire dagli anni '70, nei paesi anglosassoni (Gran Bretagna e Stati Uniti), in caso di taglio cesareo d'urgenza per indicazioni fetali è stata adottata la cosiddetta "regola dei 30 minuti"



("30 minutes rule") che consiste nell'eseguire il taglio cesareo entro 30 minuti dalla diagnosi di "distress fetale" ("decision to delivery interval") al fine di migliorare gli esiti neonatali in termini di morte neonatale, danno neurologico, sequele a distanza, ricorso al ricovero presso le Unità di Terapia Intensiva Neonatale, etc. Come spesso accade, questa regola è stata fatta propria anche negli altri paesi, come l'Italia. Tuttavia, nei casi di ipossia profonda ed immediata, come nel caso di un distacco di placenta (presente nel nostro caso), necessita verosimilmente di un rapido espletamento del parto entro 10 minuti, al contrario, in caso di un insulto ipossico più lieve e graduale (come succede nella maggior parte dei casi) la nascita potrà avvenire senza danni neurologici neonatali anche con un intervallo di tempo di 30-40 minuti.

Infine, non può non rilevarsi la mancanza dell'esame istologico della placenta, che è mandatorio effettuare nei casi come quello di specie, in quanto in grado di fornire elementi utili per contribuire a dare un quadro il più possibile completo della vicenda.

b.5 Il Collegio di CTU ha quindi ricostruito in modo circostanziato il decorso, nel tempo, delle condizioni di salute del minore, nonché ha descritto le problematiche attuali da cui lo stesso risulta affetto:

"[...] Alla luce dell'esame specialistico effettuato, della revisione di tutta la documentazione presente agli atti nonché della raccolta anamnestica e della storia di sviluppo ricostituita con i genitori, si conclude quanto segue.

Il bambino [REDACTED] presenta un quadro di deficit attentivo con iperattività (codice DSM-5: 314.01) disturbo del comportamento oppositivo-provocatorio più evidente in ambito familiare (codice DSM-5: 313.81), disturbo dello sviluppo della coordinazione (codice DSM-5: 315.4) in un'organizzazione cognitiva di disabilità intellettiva lieve (codice DSM-5: 317).

La valutazione intellettiva risale al 2017 e necessita di un aggiornamento psicometrico, essendo l'intervallo di età tra i 7 e gli 11 un periodo cruciale per lo sviluppo delle funzioni cognitive e per il livello di adattamento.

Le funzioni cognitive superiori si presentano alla valutazione effettuata dalla sottoscritta molto disomogenee (si ribadisce che trattasi di valutazione non strutturata), con un livello adattivo (autonomie personali e sociali) basso rispetto all'età anagrafica; si segnala che il livello adattivo, nella fattispecie, risente molto del disturbo del comportamento.



*In definitiva, pur essendo il livello totale di QI riportato nella documentazione compatibile con una diagnosi di Disabilità Intellettiva Media, il livello complessivo di funzionamento, e anche i punteggi degli item parziali, sono invece compatibili con una **diagnosi di disabilità intellettiva lieve**.*

*Il disturbo da deficit d'attenzione con iperattività, il disturbo intellettivo e il disturbo dello sviluppo della coordinazione motoria rientrano nell'inquadramento diagnostico nosografico del DSM-5 tra i **disturbi del neurosviluppo**. Nel manuale DSM-5 si legge che "i disturbi del neurosviluppo sono un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo. I disturbi si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, spesso prima che il bambino inizi la scuola elementare, e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causa una **compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo**. (...) I disturbi del neurosviluppo si presentano frequentemente in concomitanza."*

*La **etiopatogenesi dei disturbi del neurosviluppo** viene letta attualmente in un'ottica biopsicosociale, in accordo con il modello proposto inizialmente da Engel alla fine degli anni '70, e adottato da tutti i sistemi classificatori delle malattie mentali e neuropsichiatriche della comunità scientifica**. Secondo il modello biopsicosociale, la malattia è la risultante della interazione tra fattori biologici, psichici- psicologici e sociali, sicchè la determinante delle malattie mentali risulta essere multifattoriale.*

*In questo senso, nel determinismo dei disturbi riscontrati nel bambino, hanno un peso sia fattori costituzionali, genetici quindi ereditari, sia l'impatto che fattori di rischio e fattori di protezione hanno su questo substrato congenito. In relazione a tutti i disturbi di sviluppo che sono stati diagnosticati al bambino █████ la **presenza di sofferenza perinatale e l'ipossia nel peripartum rappresentano decisamente un fattore di rischio**, anche quando non determina conseguenze chiaramente definibili anatomicamente (come è nel caso di █████ che presenta una RMN negativa). Tanto si legge nel DSM-5 a proposito, infatti, della **patogenesi della Disabilità Intellettiva, dell'ADHD e del Disturbo di Sviluppo della Coordinazione Motoria**".*

b.6 A questo punto, il Collegio dei CTU ha accertato e concluso - con motivazione lineare e suffragata dal richiamo alla letteratura scientifica della materia – che le sopra riscontrate plurime criticità dell'operato dei medici intervenuti hanno avuto una eziologia diretta ed esclusiva nella grave sofferenza prenatale subita dal minore e nei danni permanenti conseguiti a carico dello stesso:

"Dall'analisi del caso de quo sono emerse le seguenti criticità:



-mancata effettuazione di una stima del peso fetale nel corso del terzo trimestre di gravidanza, con conseguente mancata diagnosi di macrosomia fetale;

-mancata osservazione diligente del benessere materno fetale durante il corso del travaglio di parto e, in particolare: • mancata attuazione di tracciato cardiocografico (CTG) in continuo; • mancata compilazione del partogramma; • vuoto temporale della salute fetale dalle ore 12:35 (fine del CTG) alle 14:30, ora in cui venne presa la decisione di effettuare il taglio cesareo;

- eccessivo prolungamento del tempo intercorso tra la decisione di effettuare il taglio cesareo (14.30) e l'inizio dello stesso (15.20),

Tale criticabile condotta, con chiari connotati di imprudenza e negligenza, non ha permesso di intercettare per tempo le gravi condizioni in cui versavano la gestante ed il feto.

La gravità del quadro clinico, che coinvolgeva la gestante ed il feto è confermata dall'oggettivo riscontro: 1) della "fuoriuscita di abbondante quantità di sangue in prevalenza coagulato" all'incisione del S.U.I. (Segmento Uterino Inferiore), secondario a "Distacco di placenta normoinserita", come riportato in cartella nella diagnosi di dimissione; 2) della grave sofferenza del feto nato con punteggio di Apgar di 4/5, che richiese l'immediato trasferimento al Reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di █████ e successivo ricovero; 3) del grave stato anemico della gestante, con valori di emoglobina scesi a 6,5 che richiesero la trasfusione di 4 unità di sangue.

Inoltre, la mancata esecuzione dell'esame istologico della placenta, mandatoria in casi come quello di specie, ha impedito di entrare in possesso di una serie di elementi utili per contribuire a dare un quadro più possibile completo della vicenda.

In particolare, la presenza di sofferenza perinatale e l'ipossia nel peripartum rappresentano decisamente un fattore di rischio per le condizioni cliniche del nascituro.

Pertanto, in assenza di altre problematiche degne di nota dal punto di vista materno fetale emerse nel corso della gravidanza e in assenza di familiarità, è possibile affermare che le criticità sopra menzionate con elevata probabilità siano riconducibili causalmente con i problemi riportati dal minore █████ bambino affetto da deficit attentivo con iperattività (codice DSM-5: 314.01), disturbo del comportamento oppositivo-provocatorio più evidente in ambito familiare (codice DSM-5: 313.81), disturbo dello sviluppo della coordinazione (codice DSM-5: 315.4) in un'organizzazione cognitiva di disabilità intellettiva lieve (codice DSM-5: 317)".



[...] Nel caso de quo sono stati riscontrati profili di responsabilità professionale in capo alla struttura sanitaria convenuta, correlati -secondo un criterio ex ante- a imprudenza e negligenza.

[...] Nel caso di specie, invero, non si sono verificati elementi di criticità riconducibili al concetto di "complicanza".

b.7 Le superiori conclusioni sono quindi state motivatamente confermate dal Collegio di CTU, in risposta alle note critiche del consulente della convenuta:

"[...] Questi CC.TT.UU. (d'ora innanzi semplicemente CTU) sono ben consci che la valutazione fetale clinica del peso può essere approssimativa. Infatti, le valutazioni ultrasonografiche del peso fetale hanno un margine di errore del 10% ed una sensibilità intorno al 70% per l'individuazione della megalosomia fetale. [...] Detto e premesso quanto sopra, non si può comunque disconoscere, pur con i suoi limiti, il valore della stima del peso fetale, soprattutto nei casi di forte sospetto di macrosomia fetale. A tal proposito si ricorda che il peso fetale alla nascita era di Kg. 4,800 e pertanto tale importante valore poteva indurre il forte sospetto di macrosomia soltanto "ictu oculi". Vero che la paziente era stata seguita da una ginecologa privata, ma è altrettanto vero che la paziente venne ricoverata alle ore 8:20 del 2/12/10 ed il taglio cesareo venne effettuato alle ore 15:20. C'era, pertanto, tutto il tempo per fare una stima del peso fetale. La conoscenza di tale valore, pur con i limiti sopra detti, avrebbe comunque dato un ulteriore parametro per una corretta gestione del travaglio.

[...] Mancata attuazione di tracciato cardiocografico (CTG in continuo).

[...] A parere di questi CTU appare, quindi, censurabile la mancata attuazione di una CTG in continua come da letteratura sopra riportata. Ciò anche in relazione alle ridotte valutazioni ostetriche, risultando queste solo due (alle ore 11:00 e ore 12:45) prima dell'ultima delle ore 14:30, a seguito della quale fu deciso di intervenire chirurgicamente. Poco o nulla rileva che durante la visita delle ore 11:00 viene riportato "BCF percepito regolare" e lo stesso viene riportato nella visita delle 14:30 ma, tra l'altro, non in quella delle ore 12:45. Infatti, l'auscultazione intermittente (AI), che pure è prevista nei travagli a basso rischio (e comunque non è il nostro caso) o quando la paziente deve interrompere il monitoraggio continuo per esempio per necessità fisiologiche, deve in ogni modo rispondere a ben precisi parametri. L'AI dovrebbe essere eseguita ogni 15 minuti nel I stadio e successivamente ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio o durante ogni contrazione e per almeno 30-60 secondi dopo il termine della stessa. [...] Appare di tutta evidenza, oltre al ridottissimo



numero rilievi effettuati (due!!!), la circostanza che viene solamente riportato che il BCF è stato percepito senza che vengano, colpevolmente, riportate le caratteristiche di tale auscultazione.

3 Mancata compilazione del partogramma.

CTU, il partogramma è un grafico che registra la dilatazione cervicale espressa in centimetri viene correlata con il tempo in ore e la progressione della parte presentata. L'uso del partogramma è fondamentale perché: 1) permette una immediata comprensione dell'evoluzione del travaglio e una precoce individuazione di un eventuale travaglio distocico; 2) è semplice da usare; 3) rappresenta un mezzo di comunicazione intercambiabile tra diverse unità ostetriche. Quindi, secondo quanto riportato nelle note critiche, la paziente non sarebbe stata in fase di travaglio attivo.

In realtà tale affermazione appare errata. Infatti: "Per la diagnosi di travaglio di parto ci si baserà soprattutto sui segni obiettivi ... I segni obiettivi più importanti sono: - la constatazione palpatoria (oppure strumentale) di contrazioni uterine regolari; - la constatazione che sono comparse perdite genitali di muco o di muco misto a scarsa quantità di sangue (espulsione del tappo mucoso cervicale) ... - la constatazione all'esplorazione vaginale delle iniziali modificazioni del collo uterino (appianamento, iniziale dilatazione) ..." (Cfr. "Ginecologia e Ostetricia" di Pescetto-De Cecco-Pecorari-Ragni Ed. SEU pag.1216). Come si rileva dagli esami obiettivi erano presenti le iniziali modificazioni del collo uterino (appianamento, iniziale dilatazione), sia una scarsa perdita di sangue da espulsione del tappo mucoso, sia un'attività contrattile valida e coordinata come si evince dai CTG sotto riportati.

4 Vuoto temporale ... eccessivo prolungamento del tempo intercorso tra la decisione di effettuare il taglio cesareo (14.30) e l'inizio dello stesso (15.20).

Nelle note critiche è riportato: "L'indicazione TC non è legata quindi ad un'emergenza in corso, almeno al momento della decisione di ricorrere al taglio cesareo, per questo motivo non si è proceduto in tempi rapidissimi all'espletamento dello stesso". Tale considerazione, in linea teorica, potrebbe essere accettabile ma non lo è nel nostro caso per almeno due motivi. Il primo perché nella visita effettuata alle ore 12:45 è riportato "... Scarse perdite ematiche", mentre la paziente in corso di operazioni peritali ha dichiarato che in realtà le perdite erano iniziate subito dopo il controllo ostetrico delle ore 11:00 e che si erano fin da subito mostrate abbondanti ed associate ad intenso dolore addominale, a cui però il personale sanitario non aveva prestato particolare attenzione. Il secondo perché esiste un vuoto temporale riguardante la valutazione della salute fetale che va dalle



ore 12:35 (fine del CTG) alle 14:30, ora in cui venne presa la decisione di effettuare il taglio cesareo. Tale criticabile condotta, con chiari connotati di imprudenza e negligenza, non ha permesso di intercettare per tempo le gravi condizioni in cui versavano la gestante ed il feto. La gravità del quadro clinico, che coinvolgeva la gestante ed il feto è confermata dall'oggettivo riscontro: 1) della "fuoriuscita di abbondante quantità di sangue in prevalenza coagulato" all'incisione del S.U.I. (Segmento Uterino Inferiore), secondario a "Distacco di placenta normoinserita", come riportato in cartella nella diagnosi di dimissione; 2) della grave sofferenza del feto nato con punteggio di Apgar di 4/5, che richiese l'immediato trasferimento al Reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di [REDACTED]; 3) del grave stato anemico della gestante, con valori di emoglobina scesi a 6,5 che richiesero la trasfusione di 4 unità di sangue. Se fosse stato fatto il CTG in continuo come prescritto dalle Linee-Guida e dalle buone pratiche quasi certamente sarebbe stata intercettata, per tempo, la situazione di alto rischio che successivamente si è manifestata.

Per quanto concerne poi le note critiche relative alle valutazioni di natura neuropsicologica nei confronti del minore [REDACTED]. La valutazione dello stato di salute materno-fetale e neonatale hanno consentito di evidenziare con grado di probabilità vicino alla certezza l'esposizione a fattori ambientali nocivi (es. abuso di sostanze) ciò perché il neonato non ha riportato crisi di astinenza né altri segni o sintomi riconducibili ad abuso di alcol, farmaci o droghe. [...]. Dai dati documentali analizzati, da quanto emerso nel corso della visita peritale e dallo studio della storia dello sviluppo del minore è stato possibile escludere la condizione di svantaggio socio-culturale nel caso di specie. Dal punto di vista genetico si specifica che il documento del 2014 citato alla pagina 8 delle note critiche al quale noi CTU facciamo riferimento come consulenza genetica negativa altro non è che una vera e propria valutazione specialistica (genetica) redatta da struttura di terzo livello (Università [REDACTED]). Nel caso de quo, il genetista che ha redatto la relazione ha escluso la necessità di ulteriori indagini, scartando a priori aspetti genetici sospetti e quindi degni di ulteriori approfondimenti. A ulteriore riprova della mancata componente genetica nel disturbo de quo, si riporta anche successivo accertamento genetico presente in atti..."

C. Sulla sussistenza della responsabilità professionale della struttura sanitaria convenuta e

c.1 Alla luce della considerazione comparata, per un verso, risultanze delle indagini tecniche espletate dal Collegio peritale (risultanze qui condivise, perché elaborate all'esito di accertamenti circostanziati e



motivati e ad esauriente risposta delle controdeduzioni tecniche delle parti) e, per altro verso, dei principi governanti la materia della responsabilità professionale sanitaria, la struttura sanitaria convenuta deve ritenersi responsabili dei danni subiti dal neonato, in ragione delle condotte (commissive ed omissive) imperite e negligenti che hanno avuto una incidenza causale diretta nella verifica dei descritti pregiudizi.

c.2 E' noto che, *"in tema di responsabilità del medico chirurgo, la diligenza nell'adempimento della prestazione professionale deve essere valutata assumendo a parametro non la condotta del buon padre di famiglia, ma quella del debitore qualificato, ai sensi dell'art. 1176, comma 2 c.c., con la conseguenza che, in presenza di paziente con sintomi aspecifici, il sanitario è tenuto a prenderne in considerazione tutti i possibili significati ed a segnalare le alternative ipotesi diagnostiche"* (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 30999 del 30/11/2018).

E' parimenti noto che, *"in tema di responsabilità medica, qualora, nel corso di un trattamento terapeutico o di un intervento, emerga una situazione la cui evoluzione può comportare (come nella specie: ndr) rischi per la salute del paziente, il medico, che abbia a disposizione metodi idonei ad evitare il verificarsi della situazione pericolosa, è tenuto ad impiegarli (a differenza di quanto avvenuto nella specie: ndr), essendo suo dovere professionale applicare metodi che salvaguardino la salute del paziente, preferendoli a quelli che possano anche solo esporla a rischio, sicché, ove egli privilegi il trattamento più rischioso e la situazione pericolosa si determini, non riuscendo egli a superarla senza danno, la colpa si radica già nella scelta inizialmente compiuta"* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 19213 del 29/09/2015: in applicazione di tale principio, la S.C. ha cassato la sentenza impugnata che aveva ritenuto esente da colpa un medico in relazione alla scelta compiuta di sottoporre un paziente, affetto da "paraparesi spastica", ad intervento di ernia discale per via transarticolare, in luogo del meno rischioso intervento anteriore alla colonna attraverso toracotomia destra, con determinazione della situazione pericolosa connessa al detto rischioso intervento e conseguente necessità di un secondo intervento, attraverso toracotomia, all'esito del quale era residua una lesione dell'integrità psico-fisica stimata pari al 68 per cento; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7682 del 16/04/2015: nella specie, la S.C. ha confermato la decisione con cui il giudice di merito ha ravvisato la responsabilità di un aiuto primario di ostetricia che, accertato il grave stato di sofferenza del feto sulla base delle inequivocabili risultanze dell'esame del tracciato cardiocografico e di quello amnioscopico, a dispetto dell'estrema urgenza dell'intervento, ometteva di procedere - in attesa dell'arrivo del primario



- all'esecuzione del parto cesareo, di per sé eseguibile anche da un solo medico con l'ausilio di uno strumentista; Cass. ez. 3, Sentenza n. 5881 del 09/05/2000, per la quale *“È correttamente motivata la decisione di merito la quale abbia qualificato in termini di colpa grave la condotta del medico ostetrico che, dinanzi ad un arresto della progressione del feto al momento del parto, abbia atteso più di tre ore prima di predisporre ed effettuare un intervento cesareo).*

c.3 È altresì opportuno ribadire che, *“in tema di nesso di causalità, mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (e pertanto in termini di -quasi- certezza: v. Cass., Sez. Un. pen., 10/7/2002, n. 30328, e, conformemente, Cass., pen., 25/08/2015, n. 41158; Cass., pen., 19/3/2015, n. 22378), in materia civile opera la diversa regola dell'ascrivibilità in termini di preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non" (v. Cass., Sez. Un., 11/1/2008, n. 576; Cass., 16/10/2007, n. 21619. E, da ultimo, Cass., 12/10/2018, n. 25365; Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 16581 del 20/06/2019) dell'evento lesivo alla sua condotta dolosa o colposa, quest'ultima propriamente costituendone il criterio d'imputazione” (v., in particolare, Cass., 29/2/2016, n. 3893; Cass., 21/4/2016, n. 8035; Cass., 22/2/2016, n. 3428; Cass., 20/2015, n. 3367; Cass., 17/09/2013, n. 21255). Pertanto, *“l'esistenza del nesso di causalità tra una condotta illecita ed un evento di danno può essere affermata dal Giudice civile anche soltanto sulla base di una prova che lo renda probabile, a nulla rilevando che tale prova non sia idonea a garantire una assoluta certezza al di là di ogni ragionevole dubbio”* (cfr. *ex multis*, Cass. civ., Sez. III, 26.7.12, n. 13214).*

Da quanto detto deriva che *“l'affermazione della responsabilità del medico per i danni cerebrali da ipossia patiti da un neonato, ed asseritamente causati dalla ritardata esecuzione del parto, esige la prova - che deve essere fornita dal danneggiato - della sussistenza di un valido nesso causale tra l'omissione dei sanitari ed il danno, prova da ritenere sussistente quando, da un lato, non vi sia certezza che il danno cerebrale patito dal neonato sia derivato da cause naturali o genetiche e, dall'altro, appaia più probabile che non che un tempestivo o diverso intervento da parte del medico avrebbe evitato il danno al neonato; una volta fornita tale prova in merito al nesso di causalità, è onere del medico, ai sensi dell'art. 1218 c.c., dimostrare la scusabilità della propria condotta”* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 11789 del 09/06/2016; Cass. Cass. n. 12686 del 09/06/2011).

Peraltro, *“in materia di responsabilità contrattuale (nella specie, per attività medico-chirurgica), una volta accertato il nesso causale tra l'inadempimento e il danno lamentato, l'incertezza circa l'eventuale efficacia concausale di un fattore naturale non rende ammissibile, sul piano giuridico, l'operatività di*



un ragionamento probatorio "semplificato" che conduca ad un frazionamento della responsabilità, con conseguente ridimensionamento del "quantum" risarcitorio secondo criteri equitativi" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 8995 del 06/05/2015: in applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la decisione con cui il giudice di merito, in relazione al danno celebrale patito da un neonato, aveva posto l'obbligo risarcitorio interamente a carico della struttura sanitaria in cui egli era stato ricoverato immediatamente dopo il parto - avvenuto in altra struttura - e presso la quale aveva contratto un'infezione polmonare, e ciò sebbene le risultanze della consulenza tecnica d'ufficio non avessero escluso la possibilità che un contributo concausale al pregiudizio lamentato fosse derivato da una patologia sviluppata in occasione della nascita; cfr. in senso conforme *ex multis* Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 30521 del 22/11/2019).

c.4 Nella specie, la prova sia della esistenza di profili di colpa nell'operato dei sanitari, sia della efficacia eziologica diretta di essi nella verifica dei danni a carico del neonato, sia della insussistenza di elementi per imputare causalmente tali danni a fattori alternativi diversi, è stata acquisita positivamente dal collegio dei CTU - come visto - tenendo in debita considerazione tutte le emergenze cliniche della vicenda.

D. I danni risarcibili

d.1 Passando all'esame delle questioni relative alla individuazione e alla quantificazione dei danni risarcibili al minore e ai suoi genitori, giova premettere che gli stessi - all'esito del giudizio (cfr. la comparsa conclusionale) - hanno rivendicato il ristoro dei seguenti danni:

per il minore: "€ 163.080,00 ed € 87.941,00 a titolo di danno biologico, oltre ad € 34.296,99 a titolo di personalizzazione massima a causa del grave danno esistenziale subito dal piccolo [REDACTED] ed a € 1.960,00 a titolo di invalidità temporanea, per un danno non patrimoniale complessivamente ammontante ad € 124.198,00; b) l'ulteriore danno non patrimoniale (morale, parentale e da perdita di chance) subito dal piccolo [REDACTED] che prudenzialmente si quantificano rispettivamente in € 70.000,00, in € 80.000,00 ed in € 25.000,00;

per la madre: "€ 57.078,00 e d € 20.951,00 (di cui € 13.967,00 a titolo di danno biologico ed € 5.447,13 di personalizzazione per il correlato danno esistenziale), oltre ad € 50.000,00 ed € 70.000,00 rispettivamente a titolo di danno morale e parentale;

per il padre: "a titolo di danno esistenziale, morale e parentale che prudenzialmente si quantificano in € 20.951,00, € 50.000,00 ed € 70.000,00"



d.2 Tanto premesso, si deve tenero conto del fatto che (cfr. *ex multis*, Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 2788 del 31/01/2019), “*sul piano del diritto positivo, l'ordinamento riconosce e disciplina (soltanto) le fattispecie del danno patrimoniale (nelle due forme del danno emergente e del lucro cessante: art. 1223 cod. civ.) e del danno non patrimoniale (art. 2059 cod. civ.; art. 185 cod. pen.). La natura unitaria e onnicomprensiva del danno non patrimoniale, secondo l'insegnamento della Corte costituzionale e delle Sezioni Unite della Suprema Corte (Corte cost. n. 233 del 2003; Cass., Sez. U., 11/11/2008, n. 26972) dev'essere interpretata, parte qua, sul piano delle categorie giuridiche (anche se non sotto quello fenomenologico) rispettivamente nel senso: a) di unitarietà rispetto a qualsiasi lesione di un interesse o valore costituzionalmente protetto e non suscettibile di valutazione economica; b) di onnicomprensività intesa come obbligo, per il giudice di merito, di tener conto, a fini risarcitori, di tutte le conseguenze (modificative "in peius" della precedente situazione del danneggiato) derivanti dall'evento di danno, nessuna esclusa, con il concorrente limite di evitare duplicazioni attribuendo nomi diversi a pregiudizi identici, procedendo, a seguito di compiuta istruttoria, a un accertamento concreto e non astratto del danno, a tal fine dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, ivi compresi il fatto notorio, le massime di esperienza, le presunzioni. Nel procedere all'accertamento e alla quantificazione del danno risarcibile, il giudice di merito deve dunque tenere conto, da una parte, dell'insegnamento della Corte costituzionale (Corte cost. n. 235 del 2014, punto 10.1 e ss.) e, dall'altra, del recente intervento del legislatore sugli artt. 138 e 139 c.d.a. come modificati dall'art. 1, comma 17, della legge 4 agosto 2017, n. 124, la cui nuova rubrica ("danno non patrimoniale", sostituiva della precedente, "danno biologico"), e il cui contenuto consentono di distinguere definitivamente il danno dinamico-relazionale da quello morale. Ne deriva che il giudice deve congiuntamente, ma distintamente, valutare la compiuta fenomenologia della lesione non patrimoniale, e cioè tanto l'aspetto interiore del danno sofferto (cd. danno morale) quanto quello dinamico-relazione (destinato a incidere in senso peggiorativo su tutte le relazioni di vita esterne del soggetto). La regola di giudizio dianzi esposta si pone in una linea di evidente continuità con i principi diacronicamente (ma costantemente) affermati dalla giurisprudenza della Corte costituzionale e della Corte di Giustizia europea, oltre che dalla Corte di Cassazione”.*

d.3 Alla luce dei superiori principi, deve passarsi, a questo punto, alla disamina dei danni non patrimoniali riconoscibili in ristoro alla vittima primaria (il minore) e alle vittime secondarie (i genitori) della malpractice sanitaria oggetto di causa.



DANNI NON PATRIMONIALI DEL MINORE [REDACTED]

1. Va risarcito il danno da invalidità temporanea assoluta alla salute, patito dal minore nei primi giorni di vita, per la durata (venti giorni) del ricovero presso l'Ospedale di [REDACTED] (cfr. la relazione di CTU: *"Come riportato nella Relazione Clinica di [REDACTED] "il neonato è arrivato in reparto intubato, in condizioni generali gravissime, bradicardia, cianosi diffusa, gasping, segni importanti di distress respiratorio [...]. Verrà dimesso con diagnosi di "Distress respiratorio. Ipertensione polmonare. Sepsi intercorrente. Piastrinopenia"*).

1.2 Va risarcito altresì il danno da invalidità permanente alla salute, patito dal minore a causa della colpevole vicenda sanitaria che lo ha visto come vittima (vd. *infra*).

1.3 Tali danni vanno liquidati secondo le Tabelle di Milano vigenti, le quali – come è noto ed in coerenza con il principio di onnicomprensività del ristoro del danno non patrimoniale, codificato sin dalle cd. sentenze di San Martino delle S.U. della Cassazione del 2008 (cfr. la relazione esplicativa dell'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano, allegata alle tabelle) – prevedono quanto segue:

"La liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di: ➤ c.d. danno biologico "standard" ➤ c.d. personalizzazione - per particolari condizioni soggettive - del danno biologico ➤ c.d. danno morale.

Per individuare i valori monetari di tale liquidazione congiunta, si è poi fatto riferimento all'andamento dei precedenti degli Uffici giudiziari di Milano, e si è quindi pensato: ➤ a una tabella di valori monetari "medi", corrispondenti al caso di incidenza della lesione in termini "standardizzabili" in quanto frequentemente ricorrenti (sia quanto agli aspetti anatomofunzionali, sia quanto agli aspetti relazionali, sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva); ➤ a una percentuale di aumento di tali valori "medi" da utilizzarsi - onde consentire un'adeguata "personalizzazione" complessiva della liquidazione - laddove il caso concreto presenti peculiarità che vengano allegate e provate (anche in via presuntiva) dal danneggiato, in particolare: o sia quanto agli aspetti anatomicofunzionali e relazionali (ad es. lavoratore soggetto a maggior sforzo fisico senza conseguenze patrimoniali; lesione al "dito del pianista dilettante"), o sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva (ad es. dolore al trigemino; specifica penosità delle modalità del fatto lesivo), ferma restando, ovviamente, la possibilità che il giudice moduli la liquidazione oltre i valori minimi e massimi, in relazione a fattispecie eccezionali rispetto alla casistica comune degli illeciti".



[...] A seguito dell'orientamento giurisprudenziale delle sentenze di San Martino 2008, l'Osservatorio, nelle edizioni dal 2009 al 2018, ha proposto una liquidazione congiunta anche del danno non patrimoniale da inabilità temporanea, inclusiva delle componenti del "danno biologico" (ora definito "danno dinamico-relazionale") e del c.d. "danno morale temporaneo" (ora definito "danno da sofferenza soggettiva interiore"). In coerenza con la rivisitazione grafica delle Tabelle per il danno non patrimoniale da lesione permanente del bene salute, tenuto conto dei precedenti degli uffici giudiziari di Milano, fermi gli importi monetari delle precedenti edizioni (aggiornati secondo l'indice ISTAT all'1.1.2021), si è deciso di esplicitare anche i valori monetari delle due componenti del danno non patrimoniale "temporaneo" corrispondente a un giorno di inabilità temporanea al 100%.

Si propone quindi, come nelle precedenti edizioni: ➤ una forbice di valori monetari, con un valore standard ed un valore denominato "aumento personalizzato"; ➤ il valore standard è stato ottenuto partendo dall'importo indicato nell'edizione 2018 (aggiornato all'1.1.2021): con la nuova veste grafica si esplicitano i valori monetari corrispondenti alla componente dinamico-relazionale ed alla componente da sofferenza soggettiva interiore di regola presumibile (quest'ultima determinata nella misura del 25% del danno dinamicorelazionale, come in tutte le edizioni precedenti delle Tabelle); ➤ quanto al valore massimo della forbice, come nelle passate edizioni, lo stesso si ottiene aumentando il valore standard fino al 50%, in presenza di allegate e provate peculiari circostanze personalizzanti del caso concreto meritevoli di un aumento [...]. Valore monetario di liquidazione del danno non patrimoniale per un giorno di inabilità temporanea assoluta (in parentesi i valori monetari delle componenti per danno biologico/dinamicorelazionale e per danno da sofferenza soggettiva interiore media presumibile) = €. 99,00; Aumento personalizzato in presenza di allegate e comprovate peculiarità = fino a max 50%".

Ed è noto che, "in assenza di diverse disposizioni di legge, il danno alla persona dev'essere liquidato sulla base delle regole vigenti al momento della liquidazione, e non già al momento del fatto illecito" (Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 19229 del 15/06/2022).

1.4 Tali criteri risultano coerenti con i principi codificati dal Legislatore e dalla Suprema Corte.

L'art. 138 del codice delle assicurazioni (la cui rubrica è stata correttamente e coerentemente trasformata da quella di danno biologico in quella, onnicomprensiva, di danno non patrimoniale), al comma 2 lett. e) recita testualmente: «al fine di considerare la componente del danno morale da lesione dell'integrità fisica, la quota corrispondente al danno biologico è incrementata in via



percentuale e progressiva per punto, individuando la percentuale di aumento di tali valori per la personalizzazione progressiva della liquidazione». Si legge, ancora, al comma 3 della norma citata: «quando la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati ed obbiettivamente accertati, l'ammontare del risarcimento, calcolato secondo quanto previsto dalla tabella unica nazionale, può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, fino al 30%» (cfr. Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 2788 del 31/01/2019).

Il criterio di personalizzazione ha trovato anch'esso riconoscimento normativo nel successivo 139 Dlgs n. 209/2005: "Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obbiettivamente accertati ovvero causi o abbia causato una sofferenza psico-fisica di particolare intensità, l'ammontare del risarcimento del danno, può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato" (comma III) (cfr. Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 2788 del 31/01/2019).

Pertanto, "in tale quadro ricostruttivo, costituisce quindi duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del danno biologico - inteso, secondo la stessa definizione legislativa, come danno che esplica incidenza sulla vita quotidiana del soggetto e sulle sue attività dinamico relazionali - e del danno cd. esistenziale, appartenendo tali "categorie" o "voci" di danno alla stessa area protetta dalla norma costituzionale (art. 32 Cost.), mentre una differente ed autonoma valutazione andrà compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal soggetto in conseguenza della lesione del suo diritto alla salute (come oggi normativamente confermato dalla nuova formulazione dell'art. 138 del c.d.a., alla lettera e). La liquidazione finalisticamente unitaria di tale danno (non diversamente da quella prevista per il pregiudizio patrimoniale, nella sua duplice e distinta accezione di danno emergente e di lucro cessante) avrà pertanto il significato di attribuire al soggetto una somma di danaro che tenga conto del pregiudizio complessivamente subito tanto sotto l'aspetto della sofferenza interiore, quanto sotto quello dell'alterazione o modificazione peggiorativa della vita di relazione in ogni sua forma e considerata in ogni suo aspetto, senza ulteriori frammentazioni nominalistiche" (Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 2788 del 31/01/2019; Cass., 20/04/2016, n. 7766, Cass., 17/01/2018, n. 901, Cass., 27/03/2018, n. 7513).

1.5 Alla luce di tali premesse, il danno da invalidità temporanea assoluta alla salute, patito dal minore nei primi giorni di vita, per la durata (venti giorni) del ricovero presso l'Ospedale di █████ deve



essere risarcito – per la “eccezionalità” della situazione concreta (neonato – già di per sé in condizioni di estrema vulnerabilità e fragilità nei primi giorni di vita - in gravissime condizioni di sofferenza e di salute, con rischio concreto di decesso) - con un valore tabellare “appesantito”, nella specie identificato nel quintuplo dell’importo tabellare massimo previsto (€. 148,5,00 x 5 x 20 giorni). Pertanto, il danno risarcibile a tale titolo è pari ad €. 14.850,00, già all’attualità.

1.6 Per quel che riguarda la liquidazione tabellare dell’unitario danno non patrimoniale permanente alla salute, giova richiamare quanto ricostruito ed evidenziato dal Collegio di CTU sui disturbi del minore:

*“[...] In data 29.10.2012, (all’età di quasi due anni), veniva riscontrata al piccolo [REDACTED] una **Sindrome da deficit attentivo con iperattività in paziente con pregressa sofferenza perinatale. Inoltre, si verificava un episodio comiziale generalizzato all’età di 2 anni. A tale quadro si associavano anche disturbi visivi (miopia severa bilaterale) con strabismo.***

Il bambino ha ricevuto nel tempo le diagnosi seguenti: “Disturbo Emotivo-comportamentale e disarmonia dello sviluppo in pregressa sofferenza perinatale”, “Disturbo del linguaggio Disturbo prassico, Disabilità Intellettiva Lieve- media, ADHD”.

Ha effettuato dalla prima infanzia (2 anni e mezzo / 3 anni) terapia riabilitativa psicomotoria e logopedica presso il Centro Riabilitativo di [REDACTED]

Una relazione clinica del 27/03/2017, dunque quando [REDACTED] aveva 6 anni e 3 mesi, effettuata presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL [REDACTED] a firma della dr.ssa [REDACTED], viene descritto “importante disturbo del comportamento con scarsa tolleranza alla frustrazione ed episodi di auto-eteroaggressività, nonché distruttiva verso gli oggetti. Presente ipercinesia e difficoltà di autoregolazione e di attenzione (...) autonomie personali e sociali inadeguate all’età cronologica (...) adesione a routine. Deficit di autostima con frequente autosvalutazione. “Nella stessa relazione del 2017 è citata una “recente valutazione cognitiva che he rileva deficit lieve-medio in ambito intellettivo (WISC-IV QIT: 51, CV (Comprensione Verbale) CV: 62, RP (Ragionamento Visuo Percettivo): 65; ML (Memoria di Lavoro):67).

[...] Si segnala sul piano organico un deficit visivo (miopia severa bilaterale) con strabismo.

I genitori riferiscono un episodio comiziale generalizzato all’età di 2 anni.



Il bambino ha ricevuto nel tempo le diagnosi seguenti: "Disturbo Emotivo-comportamentale e disarmonia dello sviluppo in progressa sofferenza perinatale", Disturbo del linguaggio Disturbo prassico, Disabilità Intellettiva Lieve- media, ADHD.

Ha effettuato dalla prima infanzia (2 anni e mezzo / 3 anni) terapia riabilitativa psicomotoria e logopedica presso il Centro Riabilitativo [REDACTED], e ha il sostegno didattico a scuola con adozione di PEI (Piano Educativo Individualizzato) e assistenza educativa a partire dalla scuola d'infanzia.

Alla luce dell'esame specialistico effettuato, della revisione di tutta la documentazione presente agli atti nonché della raccolta anamnestica e della storia di sviluppo ricostituita con i genitori, si conclude quanto segue.

Il bambino [REDACTED] presenta un quadro di deficit attentivo con iperattività (codice DSM-5: 314.01) disturbo del comportamento oppositivo-provocatorio più evidente in ambito familiare (codice DSM-5: 313.81), disturbo dello sviluppo della coordinazione (codice DSM-5: 315.4) in un'organizzazione cognitiva di disabilità intellettiva lieve (codice DSM-5: 317).

La valutazione intellettiva risale al 2017 e necessita di un aggiornamento psicometrico, essendo l'intervallo di età tra i 7 e gli 11 un periodo cruciale per lo sviluppo delle funzioni cognitive e per il livello di adattamento.

Le funzioni cognitive superiori si presentano alla valutazione effettuata dalla sottoscritta molto disomogenee (si ribadisce che trattasi di valutazione non strutturata), con un livello adattivo (autonomie personali e sociali) basso rispetto all'età anagrafica; si segnala che il livello adattivo, nella fattispecie, risente molto del disturbo del comportamento.

In definitiva, pur essendo il livello totale di QI riportato nella documentazione compatibile con una diagnosi di Disabilità Intellettiva Media, il livello complessivo di funzionamento, e anche i punteggi degli item parziali, sono invece compatibili con una diagnosi di disabilità intellettiva lieve.

Il disturbo da deficit d'attenzione con iperattività, il disturbo intellettivo e il disturbo dello sviluppo della coordinazione motoria rientrano nell'inquadramento diagnostico nosografico del DSM-5 tra i disturbi del neurosviluppo. Nel manuale DSM-5 si legge che "i disturbi del neurosviluppo sono un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo. I disturbi si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, spesso prima che il bambino inizi la scuola elementare, e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causa una compromissione del funzionamento personale, sociale,



scolastico o lavorativo. (...) I disturbi del neurosviluppo si presentano frequentemente in concomitanza.

*[...] Per quel che riguarda il minore [REDACTED] è possibile affermare che gli esiti permanenti riportati in seguito alle vicende occorse sono valutabili in misura pari al **18%** (diciotto per cento) sulla base degli attuali *Baremes medico legali (Linee Guida per la valutazione del danno alla persona in ambito civilistico, SIMLA, Giuffrè editore, Milano, 2016, pagina 79, "Compromissione lieve")*.*

1.7 Dalla istruttoria orale esperita è emerso – in coerenza con gli accertamenti medici di cui sopra – che il bambino ha frequenti comportamenti di aggressività verso il padre e verso la madre, che li ha anche a scuola, che ha difficoltà di socializzazione con gli altri bambini, che a volte graffia sé stesso, ovvero si batte la testa contro il muro, e ha reazioni verbali con parolacce verso i genitori (cfr. le varie deposizioni rese dai testimoni [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]; [REDACTED] Dylbere).

1.8 Orbene, considerando che il danno permanente si manifestò sin dal 2012 (quando il minore aveva due anni di vita), la liquidazione tabellare standard di un danno permanente alla salute (nella sua componente morale, biologica e dinamico relazionale) del 18%, su un minore di quella età, è pari ad €. 73.722,00, con possibilità di aumento tabellare massimo fino al 41%.

Nella specie, sussistono le condizioni per riconoscere un tale aumento massimo, in ragione della dimostrata gravità della incidenza delle patologie sulla sfera familiare, morale, sociale, scolastica e (un domani) lavorativa e dei rapporti interpersonali del minore (aggressività verso i genitori, con conseguente alterazione del normale rapporto relazionale/affettivo verso gli stessi; asocialità, rispetto al prossimo; frequenza di episodi di autolesionismo e di ira; incidenza negativa, passata, presente e futura, di tali disturbi comportamentali, nella quotidianità, nelle dinamiche esistenziali e relazionali, nella capacità di cogliere e di beneficiare di occasioni favorevoli nelle relazioni umane, etc.).

Pertanto, il danno non patrimoniale permanente liquidabile è pari ad €. 103.948,00, già all'attualità, il quale va elevato equitativamente ad €. **115.000,00**, tenendo conto delle già compromesse condizioni di salute che il minore subì e visse nei primi due anni di vita (dal 2010 al 2012).

1.9 In conclusione, il danno non patrimoniale complessivamente risarcibile al minore (danno biologico in senso stretto, danno morale, danno esistenziale e dinamico relazionale) è pari ad €. 129.850,00, già all'attualità.



DANNI NON PATRIMONIALI DEI GENITORI DEL MINORE

1. I genitori del minore hanno subito un rilevante sconvolgimento - in negativo - delle pregresse abitudini di vita, della sfera emotiva e relazionale, della tranquillità familiare, da quando sono emerse le rilevanti problematiche a carico del loro figlio e di cui lo stesso sarà affetto in modo permanente, quali, in particolare, la preoccupazione per lo stato attuale e per lo stato futuro del loro figlio, per la sostanziale emarginazione di quest'ultimo rispetto al normale vivere sociale dei bambini della sua età, la necessità - da parte soprattutto della madre - di dedicargli gran parte del tempo extrascolastico, la alterazione del benessere all'interno del nucleo familiare, anche per i frequenti episodi di aggressività nei loro confronti del minore, gli inevitabili sacrifici, passati e futuri, nel loro stile di vita, la alterazione della possibilità di costruire con pienezza un rapporto con il figlio, etc. (cfr. gli esiti delle CTU e della istruttoria orale esperita).

1.2 Un tale composito pregiudizio non patrimoniale (che attenta alla sfera morale soggettiva, affettiva, relazionale ed esistenziale) è certamente qualificabile come danno cd. "parentale".

E' infatti noto che (Cass. n. 23469 del 28/09/2018) *"in tema di risarcimento del danno non patrimoniale, in assenza di lesione alla salute, ogni vulnus arrecato ad altro valore costituzionalmente tutelato va valutato ed accertato, all'esito di compiuta istruttoria, in assenza di qualsiasi automatismo, sotto il duplice aspetto risarcibile sia della sofferenza morale che della privazione, ovvero diminuzione o modificazione delle attività dinamico-relazionali precedentemente esplicate dal danneggiato, cui va attribuita una somma che tenga conto del pregiudizio complessivamente subito sotto entrambi i profili, senza ulteriori frammentazioni nominalistiche"*.

Inoltre, *"ai fini della risarcibilità del danno da perdita del rapporto parentale è necessaria la dimostrazione, anche presuntiva, della gravità e serietà del pregiudizio (tanto sul piano morale e soggettivo, quanto su quello dinamico-relazionale), senza che sia necessario che questo assurga a un radicale sconvolgimento delle abitudini di vita del danneggiato, profilo quest'ultimo che - al cospetto di una prova circostanziata da parte dell'attore - può incidere sulla personalizzazione del risarcimento"* (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 26140 del 07/09/2023: nella specie, la S.C. ha cassato con rinvio la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda risarcitoria avanzata dai nipoti "ex fratre" della vittima di un incidente stradale, sul solo presupposto della mancata prova di uno stravolgimento delle loro condizioni di vita, senza tener conto delle circostanze di fatto da questi allegate ai fini della prova presuntiva del suddetto pregiudizio).



Inoltre, *“il danno "iure proprio" subito dai congiunti della vittima (nella specie, i suoi genitori e fratelli) non è limitato al solo totale sconvolgimento delle loro abitudini di vita, potendo anche consistere in un patimento d'animo o in una perdita vera e propria di salute. Tali pregiudizi possono essere dimostrati per presunzioni, fra le quali assume rilievo il rapporto di stretta parentela esistente fra la vittima ed i suoi familiari che fa ritenere, secondo un criterio di normalità sociale, che essi soffrano per le gravissime lesioni riportate dal loro prossimo congiunto”* (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 7748 del 08/04/2020; Cass. 11212/ 2019; Cass. 2788/ 2019; Cass. 17058/ 2017; Cass. n. 02788 del 31/01/2019, che ha cassato la sentenza impugnata, che aveva ritenuto non provato il danno non patrimoniale patito dal marito per le lesioni subite dalla moglie a seguito di un intervento chirurgico, senza considerare in particolare, l'entità non lieve delle lesioni personali riportate dalla danneggiata, quantificate al trenta per cento, in conseguenza delle quali le era stato riconosciuto un danno alla vita di relazione, in specie sessuale).

E *“la lesione della persona di taluno può provocare nei congiunti sia una sofferenza d'animo sia una perdita vera e propria di salute, come una incidenza sulle abitudini di vita”* (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 7748 del 08/04/2020).

Inoltre, *“in tema di risarcimento del danno da lesione del rapporto parentale, non sussiste alcun limite normativo che determini l'irrisarcibilità del pregiudizio nelle ipotesi in cui gli effetti lesivi della salute del prossimo congiunto non siano particolarmente gravi; perciò, secondo i principi generali, il predetto danno è risarcibile se il parente prova, anche in via presuntiva, di aver subito lesioni in conseguenza della condizione del congiunto”* (Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 1752 del 20/01/2023: nella specie la S.C. ha ritenuto corretta la decisione della Corte d'appello, la quale aveva riconosciuto – in una ipotesi di lesione da parto del neonato, che *“la condizione psico/fisica” del figlio (che già prima aveva concretizzato riferendosi a “come si manifestò dopo la sua nascita e nei periodi successivi”), quale emergente dalla CTU, è “sicuramente tale da necessitare di assistenza parentale”; e da questa “non modestia delle lesioni del piccolo” deduce correttamente (pur se fornendo spiegazioni maggiori per la madre che per il padre) l'esistenza del danno”*).

1.3 Orbene, il danno parentale in questione (incidente – come detto – sulla sfera emotiva, relazionale, esistenziale, affettiva, dei genitori) non può che liquidarsi equitativamente (mancando parametri tabellari), in una somma che - tenendo conto delle circostanze oggettive e di quelle provate dall'istruttoria orale e tecnica (percentuale di invalidità permanente della vittima primaria; incidenza



forte di detta invalidità – se proiettata sulle abitudini esistenziali e relazionali dei genitori e sulla loro sfera morale - soprattutto nella infanzia, nell'età scolare e nella età adolescenziale del minore; caratteristiche delle problematiche del minore, esigenti una assistenza parentale assidua e attenta soprattutto della madre, anche in ragione della professione di autotrasportatore del padre; turbamento rilevante e permanente della pienezza del rapporto genitoriale rispetto al figlio; particolare "somatizzazione" della situazione da parte della madre, che ha subito – in conseguenza – un danno psichico micropermanente [vd. infra]; natura permanente della alterazione del rapporto parentale, e delle conseguenze ad esso connesse, dunque anche quando [REDACTED] sarà un adulto) appare congruo quantificare – all'attualità – il ristoro in parola (nelle lesioni – passate, presenti e future - della sfera morale ed affettiva, esistenziale, relazionale, familiare) nella somma di €. 100.000,00 per la madre e in €. 80.000,00 per il padre.

1.4 [REDACTED] - madre del minore - ha riportato, in conseguenza diretta dei problemi di salute subiti da quest'ultimo – un danno psichico permanente, quantificabile nel 5%, come accertato dal collegio di CTU: *"Per quel che riguarda poi la madre, va specificato che le vicende sanitarie oggetto di causa, ivi comprese le diagnosi eseguite al minore e le continue visite specialistiche effettuate hanno comportato l'insorgenza di problematiche di natura psichica. Al riguardo, essendo le certificazioni prodotte scarse, talvolta redatte dal medico di base piuttosto che da specialisti, tenuto conto del fatto che i primi accertamenti risalgono al 2015 (riportando una problematica occorsa due anni prima) e che negli ultimi anni la Sig. [REDACTED] non assume terapia farmacologica, visto e considerato che nel corso della visita peritale si è riscontrato un disagio psichico nell'affrontare la storia oggetto d'indagine e ancor di più nel ruolo genitoriale (rapporto madre-figlio), e visto e considerato che dal punto di vista causale - in assenza di altri eventi stressanti che possano aver avuto un ruolo neppure di concausa- è altamente probabile che una siffatta problematica di un figlio -non preventivata- dopo una prima fase in cui la madre era concentrata su visite specialistiche e trattamenti necessari per il minore, è subentrata una fase di crisi e di necessità di cure e di sostegno psichico, risulta consono riconoscere un danno biologico permanente del 5% (cinque per cento) da ricondursi nell'alveo dei disturbi psichici reattivi.*

Tale conclusione è stata motivatamente tratta dai CTU anche alla luce della documentazione in atti (certificazione del medico curante del 2016 attestante la prescrizione di ansiolitici e benzodiazepine dal 2013 al 2015; - certificazione del Centro di Salute Mentale di [REDACTED] del gennaio 2017 attestante la



psicoterapia individuale e di gruppo cui si era sottoposta la Sig. █████ rispettivamente nel periodo settembre-ottobre 2016 e ottobre 2016-gennaio 2017 (tra l'altro ancora in corso al momento in cui veniva redatta suddetta certificazione) con riscontro clinico di associazione tra il disturbo emotivo della signora e la genitorialità rispetto al figlio disabile, di seguito riportata; - lettera di dimissione del 24 febbraio 2018 in cui veniva esplicitamente menzionata tra le diagnosi anche la condizione di "Sindrome ansioso-depressiva reattiva.

A ciò si aggiunge - secondo il Collegio di CTU ed anche in risposta alle note critiche dei CTP della convenuta e della chiamata in causa - *"quanto emerso e riscontrato in sede di visita peritale sia relativamente al colloquio neuropsichiatrico effettuato con la Sig. █████ (rilievo di note d'ansia) sia relativamente all'osservazione delle relazioni triadiche (nucleo familiare composto da madre, padre e bambino) e ancor più nello specifico della relazione madre-bambino (scarso senso di autoefficacia della madre, aspettative negative sul futuro del bambino e dell'intero nucleo familiare, sentimento di esclusione rispetto ad altre madri)"*.

E' noto che *"il danno psichico è un danno biologico costituito dall'alterazione o soppressione delle facoltà mentali, che va accertato con criteri medico-legali e valutato in punti percentuali in base ad un accreditato "barème" medico-legale"* (Cass. Sez. 3 - Ordinanza n. 18056 del 05/07/2019).

E' parimenti noto che - nel caso di lesione del rapporto parentale - il riconoscimento al familiare del ristoro del danno parentale e del danno psichico non costituisce duplicazione (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 9320 del 08/05/2015 (In applicazione di tale principio, la S.C. ha cassato la decisione con cui il giudice di merito aveva liquidato unitariamente il danno non patrimoniale patito dai familiari delle vittime di un sinistro stradale, non attribuendo autonomo rilievo al danno da perdita del rapporto parentale e a quello alla salute psichica dagli stessi pure subito in conseguenza della morte del proprio congiunto).

Un tale danno biologico permanente - che può farsi risalire al 2013, periodo delle prime prescrizioni farmacologiche (vd. dietro) e della definitiva manifestazione esteriore delle problematiche del minore - viene liquidato, in conformità alle Tabelle sulle micropermanenti elaborate in base agli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209 del 2005 (Codice delle assicurazioni private; per il principio per cui *"in tema di risarcimento del danno alla salute conseguente ad attività sanitaria, la norma contenuta nell'art. 3, comma 3, del d.l. n. 158 del 2012 (convertito dalla l. n. 189 del 2012) e sostanzialmente riprodotta nell'art. 7, comma 4, della l. n. 24 del 2017 - la quale prevede il criterio equitativo di liquidazione del danno non patrimoniale fondato sulle tabelle elaborate in base agli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209 del*



2005 (Codice delle assicurazioni private) - trova applicazione anche nelle controversie relative ad illeciti commessi e a danni prodotti anteriormente alla sua entrata in vigore, nonché ai giudizi pendenti a tale data (con il solo limite del giudicato interno sul "quantum"), in quanto la disposizione, non incidendo retroattivamente sugli elementi costitutivi della fattispecie legale della responsabilità civile, non intacca situazioni giuridiche precostituite ed acquisite al patrimonio del soggetto leso, ma si rivolge direttamente al giudice, delimitandone l'ambito di discrezionalità e indicando il criterio tabellare quale parametro equitativo nella liquidazione del danno", cfr. ex multis Cass. Sez. 3 - , Sentenza n. 28990 del 11/11/2019).

Orbene, tenendo conto sia dell'età della madre a quella data (24 anni), sia di quanto già riconosciuto alla stessa a titolo di lesione del rapporto parentale, nella somma tabellare di €. 8.739,74 già all'attualità.

I DANNI PATRIMONIALI RISARCIBILI

1. La lesione permanente subita dal minore, a causa della imperizia e negligenza dei sanitari (lesione permanente rappresentata – come visto – da un “*disturbo da deficit d'attenzione con iperattività, da disturbo intellettivo e dal disturbo dello sviluppo della coordinazione motoria*) è lesione caratterizzata – come evidenziato dai CTU – “*da deficit dello sviluppo che causa una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo*”.

1.1 Può dunque ritenersi quanto meno probabile che █████ subirà una limitazione, giuridicamente rilevante, anche delle sue *chance* di ingresso nel mondo del lavoro, con i connessi danni patrimoniali in termini di riduzione della capacità di guadagno.

1.2 Com'è noto, “*la liquidazione del danno da riduzione della capacità di guadagno, patito in conseguenza di un sinistro stradale da un minore in età scolare, può avvenire attraverso il ricorso alla prova presuntiva, allorché possa ritenersi ragionevolmente probabile che in futuro la vittima percepirà un reddito inferiore a quello che avrebbe altrimenti conseguito in assenza dell'infortunio*” (Cass. sez. 3, Sentenza n. 24331 del 30/09/2008).

Inoltre, “*In tema di risarcimento del danno alla persona, qualora al momento dell'infortunio il soggetto leso non sia titolare di un reddito, in quanto non ha ancora raggiunto l'età lavorativa, non può essere escluso il danno futuro da invalidità permanente che, proiettandosi nel futuro, inciderà sulla capacità di guadagno ed esso deve essere liquidato con riferimento alla probabile data in cui questi inizierà*



un'attività remunerata (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 608 del 17/01/2003: nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva liquidato il danno futuro subito all'età di 17 anni da un minore dedito agli studi, applicando quale base di calcolo il triplo della pensione sociale ed il coefficiente di capitalizzazione stabilito per una persona dell'età di 24 anni, ritenendo, sulla scorta delle risultanze processuali, che a detta età egli avrebbe concluso il ciclo di studi, inserendosi nel mondo del lavoro).

Per quel che riguarda la liquidazione di tale voce di danno, è noto che *“essa può essere compiuta dal giudice ponendo a base del calcolo il triplo della pensione sociale anche quando il danneggiato non abbia provato l'entità del reddito perduto, costituendo tale criterio una soglia minima del risarcimento”* (Cass Sez. 3, Sentenza n. 7531 del 15/05/2012; Cass., 6 agosto 2007, n. 17179; Cass., 20 gennaio 2006, n. 1120, cfr. l'art. 137 CdA).

È parimenti noto che, secondo la più recente giurisprudenza di legittimità, *“tale liquidazione non può essere compiuta utilizzando i coefficienti di capitalizzazione approvati con r.d. n. 1403 del 1922, posto che essi, a causa dell'innalzamento della durata media della vita e dell'abbassamento dei saggi di interesse, non garantiscono l'integrale ristoro del danno, e con esso il rispetto della regola di cui all'art. 1223 c.c.”* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 20615 del 14/10/2015).

Occorre, infatti, tenere conto *“dell'aumento della vita media e della diminuzione del tasso di interesse legale e, onde evitare una divergenza tra il risultato del calcolo tabellare ed una corretta e realistica capitalizzazione della rendita”* (Cass. sentenza 5 giugno 2012, n. 8985).

1.3 Soddisfano tale esigenza i *“nuovi criteri per la capitalizzazione anticipata di una rendita”*, elaborati nel 2023 dall'Osservatorio sulla Giustizia civile del Tribunale di Milano, i quali – alla luce dei principi di diritto elaborati in materia dalla Suprema Corte – utilizzano i seguenti parametri: *“1. la somma annua che viene ritenuta persa dal danneggiato, 2. l'età del soggetto danneggiato (in anni compiuti) al momento della capitalizzazione, 3. la durata dell'arco temporale in cui si stima avverrà la perdita della rendita periodica, 4. il sesso del danneggiato (per tener conto della sua potenziale sopravvivenza per gli anni da prendere in considerazione); i relativi valori sono forniti dall'ISTAT e la tabella 2022 è basata sulla mortalità dl 2021, 5. un tasso di rendimento futuro/stimato dinamicamente (e variabile in relazione alla effettiva durata) da parte di Enti internazionali europei (tassi EIOPA), rilevati al 30 novembre 2022, 6. una media della svalutazione attesa nel prossimo triennio, in base ad una*



previsione indice della svalutazione di Enti pubblici italiani (documento previsionale del MEF del novembre 2022)''.

1.4 Nella specie, prendendo in considerazione gli anni di lavoro incisi dalla limitazione della capacità lavorativa specifica (da 19 anni a 67 anni: totale 48 anni di lavoro "menomato"), l'età del danneggiato al momento della capitalizzazione (anni 13) l'ammontare attuale del triplo della pensione sociale in un anno (€ 534,41 x 3 = € 1.603,23 x 12 mesi = € 19.238,76), il coefficiente moltiplicativo di cui ai citati criteri tabellari riferiti ad un diciannovenne che entra nel mondo del lavoro (58,80), il danno da perdita totale della capacità di guadagno (liquidato come capitalizzazione della rendita per 48 anni) ammonterebbe ad € 1.131.239,08 (€ 19.238,76 x 58,80).

1.5 Ora, considerando che, nella specie, è probabile che la organizzazione cognitiva di disabilità intellettiva lieve, unita ai descritti disturbi comportamentali, si tradurrà non in una perdita totale della capacità di guadagno, bensì nella perdita di chance lavorative, in specie intellettuali e – più in generale – di una compromissione delle possibilità di scelta professionali – risulta congruo ancorare la liquidazione monetaria del danno futuro in oggetto alla percentuale (18%) di disabilità riportata, così per un totale di € 203.623,03 già all'attualità.

1.6 Nessun risarcimento è invece riconoscibile a █████ a titolo di lesione della propria capacità di guadagno.

Infatti, ancorchè la stessa abbia dedotto – a sostegno della relativa pretesa risarcitoria – di non poter lavorare in futuro (sia per il danno permanente del 7% riportato, sia per la tipologia di disabilità riportata dal figlio, che gli impedisce di lasciarlo solo a casa e che le impongono di accompagnarlo alle numerose lezioni settimanali di psicomotricità e logopedia: cfr. l'atto di citazione), va osservato che:

- a) ella – all'epoca del parto – era casalinga;
- b) ella non ha fornito alcuna prova del fatto che la lesione micropermanente che la affligge (pari al 5%) le impedisca e le impedirà di svolgere in futuro attività lavorativa;
- c) per contro, deve ritenersi, per fatto notorio e per le comuni massime di esperienza, che una tale problematica (fortunatamente micropermanente) sia compatibile con la persistenza di una capacità lavorativa della donna;
- d) la frequentazione giornaliera della scuola, da parte del figlio, rende compatibile lo svolgimento, ad opera della madre, di attività lavorativa almeno part time;



e) non vi sono elementi sufficienti (dei quali l'attrice avrebbe dovuto fornire prova rigorosa) per ritenere che – quando [REDACTED] raggiungerà la maggiore età e terminerà il percorso scolastico – le problematiche del medesimo impediranno alla madre lo svolgimento di qualsivoglia lavoro;

f) le testimonianze acquisite nel processo, attraverso la deposizione di persone che hanno riferito di avere appreso dalla madre del minore il suo desiderio – prima dell'evento di cui è causa – della aspirazione di iscriversi alla università, sono prive di rilevanza, in quanto testimonianze de relato actoris;

g) è per contro emerso – dalle medesime testimonianze – che la donna, prima della emersione delle problematiche del figlio, aveva espresso il desiderio di avere altri figli: e ciò non è compatibile con la prospettazione per cui, in mancanza di quelle problematiche, la donna si sarebbe immessa nel mondo del lavoro, considerando anche la quotidiana lontananza del marito (di professione autotrasportatore) e la conseguente, verosimile, necessità che la madre si curasse del menage familiare e della assistenza alla prole.

E. Conclusioni risarcitorie e danno da ritardo

e.1 In conclusione, vanno liquidati agli attori, a titolo risarcitorio, i seguenti importi, già all'attualità:

- al minore: € 333.473,03 (€ 129.850,00 a titolo di danno non patrimoniale ed € 203.623,03 a titolo di danno patrimoniale);
- alla madre: € 108.739,74 (€ 100.000,00 per il danno "parentale" – come sopra inteso - ed € 8.739,74 per il danno biologico, come sopra intesi);
- al padre: € 80.000,00 (per il danno parentale, come sopra inteso).

e.2 Agli attori spetta altresì – anche d'ufficio – sulle somme sopra indicate, l'equivalente del mancato tempestivo godimento del bene danneggiato, ovvero del suo controvalore in denaro, quale mancato guadagno o lucro cessante ai sensi dell'art. 1223 c.c., richiamato dall'art.2056 c.c., provocato dal ritardato pagamento del risarcimento, la cui prova può essere data e riconosciuta dal giudice, con ogni mezzo e quindi anche mediante criteri presuntivi ed equitativi (cfr. in tal senso *ex multis* Sezioni Unite della Cassazione n.1712/95, Cass. N. 608/2003; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 5671 del 09/03/2010); il tutto - in ragione della risalenza nel tempo tanto dell'evento dannoso (anno 2010) quanto della insorgenza dei danni temporanei e permanenti conseguiti e liquidati solo con la odierna sentenza.



e.3 Per la liquidazione concreta del danno - considerando sia che le somme risarcitorie sono state quantificate secondo valori attuali, sia che taluni danni si sono verificati istantaneamente (al momento del parto e nelle settimane successive), altri danni si sono verificati successivamente (danno psichico della madre, danni definitivi del minore, lesione del rapporto parentale etc.) altri ancora sono danni futuri (lesione della capacità lavorativa specifica del minore) - risulta equo riconoscere la debenza degli interessi legali, sulle somme sopra indicate, come via via devalutate e rivalutate anno per anno, da una data intermedia tra l'evento dannoso (dicembre 2010) e la presente liquidazione (marzo 2024), approssimativamente indicata nell'1.9.17 sino alla data di pubblicazione della sentenza, la quale costituisce il momento in cui il credito dedotto in giudizio diviene liquido ed esigibile ed il cui correlativo debito si converte in debito di valuta (Cass. Sez. 2, Sentenza n. 1256 del 02/02/1995; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 3996 del 20/03/2001; per il principio per cui *"In tema di danno da ritardo nel pagamento di debito di valore, il riconoscimento di interessi compensativi costituisce una mera modalità liquidatoria alla quale il giudice può far ricorso col limite costituito dall'impossibilità di calcolare gli interessi sulle somme integralmente rivalutate dalla data dell'illecito. Non gli è invece inibito, purché esibisca una motivazione sufficiente a dar conto del metodo utilizzato, di riconoscere interessi anche al tasso legale su somme progressivamente rivalutate; ovvero sulla somma integralmente rivalutata, ma da epoca intermedia; ovvero, sempre sulla somma rivalutata e con decorrenza dalla data del fatto, ma con un tasso medio di interesse, in modo da tener conto che essi decorrono su una somma che inizialmente non era di quell'entità e che si è solo progressivamente adeguata a quel risultato finale; ovvero, di non riconoscerli affatto, in relazione a parametri di valutazione costituiti dal tasso medio di svalutazione monetaria e dalla redditività media del denaro nel periodo considerato"*, cfr. *ex multis* Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 7267 del 23/03/2018).

Sulle somme risarcitorie finali di cui sopra (danno risarcibile + danno da ritardo) spetteranno, dal di successivo alla pubblicazione della sentenza al saldo, gli interessi corrispettivi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 c.c., in quanto somme convertitasi - con la detta pubblicazione - in debito di valuta (cfr. in tal senso *ex multis* Cass. Sent. 22 giugno 2004 n. 11594; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 9711 del 21/05/2004).



F. Sulla operatività della copertura assicurativa della █████

f.1 La convenuta deve essere tenuta indenne – rispetto alle obbligazioni risarcitorie di cui sopra – dalla propria compagnia assicuratrice.

f.2 Infatti la ASL ha prodotto la polizza, di cui ha invocato la piena operatività nel caso di specie, mentre la terza chiamata – nel costituirsi in giudizio - non ha contestato, tanto meno specificamente (ex. art. 115 c.p.c.), la operatività della garanzia assicurativa, limitandosi – sul punto – a dedurre (genericamente) che *“fermo quanto sopra, la Compagnia esponente insiste nel chiedere che, fatte salve eventuali eccezioni di inoperatività della garanzia che dovessero accertarsi o comunque sopraggiungere, la quota di indennizzo a suo carico sia liquidata nel rispetto dei limiti di polizza ed in particolare tenendo conto: la quota di indennizzo a suo carico sia liquidata nel rispetto dei limiti di polizza ed in particolare tenendo conto: è dei limiti massimali di risarcimento previsti all’art. 19 della polizza; è della franchigia aggregata di che all’art. 20 della polizza”* (cfr. la comparsa di risposta).

f.3 Ora, il risarcimento liquidato ai danneggiati rientra abbondantemente nei massimali convenuti nella polizza (€. 5.500.000,00 per ogni sinistro: cfr. l’art. 19 del contratto).

f.4 Per quel che riguarda il richiamo (generico), alla clausola di cui all’art. 20 della polizza (*“L’assicurazione è prestata con una franchigia aggregata annua pari ad Euro 300.000,00 per tutti i sinistri che colpiscano la presente polizza nel corso del periodo annuo di assicurazione”*), è sufficiente osservare quanto segue:

Le condizioni generali di contratto definiscono come *“franchigia aggregata”* *“l’importo che rimane a carico del contraente per tutte le somme liquidate in relazione ai sinistri rientranti in un determinato periodo assicurativo”*.

L’art. 28 (*Gestione delle franchigie*) delle condizioni generali di polizza prevede che *“in caso di sinistro indennizzabile a termini contrattuali, la Società provvederà a liquidare al danneggiato l’intero importo del danno ed a richiedere in maniera documentata e con cadenza semestrale, gli importi delle franchigie al Contraente. Tale previsione di gestione dei danni è valida anche per i sinistri il cui importo sia inferiore alla franchigia contrattualmente prevista”*.

Pertanto, come correttamente osservato dalla convenuta, la Compagnia di Assicurazione è comunque tenuta a liquidare al danneggiato l’intero importo del risarcimento e, solo dopo tale liquidazione, può richiedere alla ASL l’eventuale importo che dovesse rientrare nella suddetta franchigia, documentando



la ricorrenza delle condizioni di operatività della franchigia medesima in relazione ai sinistri che hanno “colpito” la polizza nel periodo assicurativo di cui trattasi.

f.5 Del resto, la terza chiamata, sin dalla appendice scritta di trattazione, ha chiarito la piena operatività della copertura assicurativa (cfr. la 2° memoria ex art. 183, comma VI, c.p.c.: “*Allo stato NON si è eccepita inoperatività alcuna; pertanto, il sinistro è da considerarsi coperto come da contratto assicurativo; non vi è contrasto, quindi, tra quanto dedotto dalla sottoscritta difesa in comparsa di costituzione e quanto dedotto dall’Assicurato nella prima memoria ex art. 183 c.p.c. Si ribadisce in definitiva, anche in questa sede, che non vi è contestazione alcuna (allo stato) sulla copertura assicurativa*”).

f.6 Inoltre, la terza chiamata – nel richiamare genericamente il summenzionato art. 20 della polizza – non ha fornito alcuna indicazione né, tanto meno, alcuna prova della ricorrenza – in rapporto alle liquidazioni di sinistri operate nel periodo – dei presupposti per l’operatività, nel caso di specie, della citata franchigia aggregata, operatività che - in ogni caso e come detto - non avrebbe incidenza ai fini di causa, dovendo la assicuratrice corrispondere l’intero importo del danno, per poi recuperare l’eventuale franchigia aggregata, qualora operante.

F. La disciplina delle spese di lite

f.1 Le spese di lite sostenute dagli attori seguono, *ex lege*, la soccombenza solidale della convenuta e della chiamata in causa, con applicazione dei parametri tabellari medi vigenti, relativi al valore della causa come individuato dal *decisum* (art. 5 DM n. 55/14) e con riconoscimento dell’aumento del 30% per la difesa di più parti. Per gli stessi motivi, le spese di CTU si pongono a carico definitivo e solidale delle parti da ultimo citate.

f.2 La convenuta ha diritto di essere manlevata dalla compagnia delle spese di soccombenza (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 4275 del 16/02/2024).

f.3 Le spese relative al rapporto processuale tra convenuta e terza chiamata si compensano, in ragione della infondatezza delle loro difese volte a resistere alle legittime pretese risarcitorie degli attori.



Infine, in ragione della presenza, nella motivazione della presente sentenza, di dati sensibili dell'attore, in applicazione dell'art. 52 Codice della Privacy, si dispone che in caso di riproduzione della sentenza o provvedimento in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, venga preclusa l'indicazione delle generalità e di altri dati identificativi del medesimo interessato riportati sulla sentenza.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nel giudizio iscritto al R.G. n. [REDACTED] ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, così decide:

ACCERTA

la sussistenza della responsabilità professionale sanitaria della convenuta per i fatti di causa, meglio descritti in motivazione.

Per l'effetto

CONDANNA

la convenuta al pagamento a titolo risarcitorio agli attori delle seguenti somme, già all'attualità:

- €. 333.473,03 per i danni riportati dal minore;
- €. 108.739,74 per i danni riportati da [REDACTED];
- €. 80.000,00 per i danni riportati da [REDACTED]

oltre - a titolo di ristoro del danno da ritardo - gli interessi legali tempo per tempo vigenti sulle predette somme, dall'1.9.17 sino alla data di pubblicazione della presente sentenza, oltre - sulle somme finali complessive di cui sopra - gli interessi corrispettivi al tasso legale dal giorno successivo alla pubblicazione della sentenza al saldo.

RIGETTA

tutte le altre domande ed eccezioni.



CONDANNA

la terza chiamata a manlevare la convenuta di quanto questa è tenuta a pagare agli attori in forza del capo di condanna risarcitoria che precede.

CONDANNA

la convenuta e la terza chiamata alla rifusione delle spese processuali sostenute dagli attori, che liquida in €.■■■■ per compensi, €. 545,00 per esborsi, oltre il 15% sui compensi ed altri accessori come per legge.

PONE

le spese della CTU a carico definitivo e solidale della convenuta e della terza chiamata.

CONDANNA

la terza chiamata a manlevare la convenuta di quanto questa è tenuta a pagare agli attori, a titolo di rimborso delle spese processuali e di CTU, in forza dei capi di condanna di cui sopra.

COMPENSA

le spese di lite del presente giudizio nei rapporti tra convenuta e terza chiamata.

DISPONE

che in caso di riproduzione della sentenza o provvedimento in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, venga preclusa l'indicazione delle generalità e di altri dati identificativi del medesimo interessato riportati sulla sentenza.

Alla Cancelleria per quanto di sua competenza.

Chieti, 17.3.24

Il Giudice

Dott. Gianluca Falco