



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Monza, Seconda Sezione Civile, nella persona del Giudice monocratico, dott. Carlo Albanese, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. R.G. 404/2022 promossa

DA

Parte_1 C.F. *C.F._1* e *Parte_2* C.F. *C.F._2*, in proprio e nella qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore *Persona_1* tutti [redacted] [redacted] ed elettivamente [redacted] presso lo studio degli Avv.ti [redacted] e [redacted] che li rappresentano e difendono, anche disgiuntamente tra loro, come da procura posta in calce al ricorso introduttivo;

RICORRENTI/ATTORI

NEI CONFRONTI DI

Controparte_1, C.F. *P.IVA_1*, P.I. *P.IVA_2*, on sede legale a Monza, [redacted] in persona del legale rapp.te p.t., prof. *Persona_2* elettivamente [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] come da procura posta in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

RESISTENTE/CONVENUTA

CONCLUSIONI DELLE PARTI

All'udienza del 3.4.2023 le parti hanno precisato le seguenti conclusioni:

PER GLI ATTORI

“Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, così provvedere:

A) accertata e dichiarata la responsabilità di *Controparte_2* [...] per l'infezione di origine nosocomiale contratta da *Persona_1* e,

per tutti i motivi esposti in atti, condannare Controparte_1
[...] presso Controparte_3 (C.F. P.IVA_1 , P.IVA
P.IVA_2), in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Monza, [REDACTED]
[REDACTED] al risarcimento dei danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali, subiti dai ricorrenti, per tutti i titoli
dedotti in atti, da liquidarsi in euro 2.834.632,99 a favore di Persona_1 euro 414.720,00 a
favore di Parte_2 per il danno non patrimoniale riflesso come sopra dedotto, ed euro 421.536,75
a favore di Parte_1 per il danno non patrimoniale riflesso ed il danno biologico riscontrato,
o a quella diversa somma, anche maggiore, o minore, che sarà ritenuta di giustizia o secondo equità,
oltre rivalutazione monetaria e gli interessi sulle somme rivalutate, come per legge;

B) Il tutto oltre alla rivalutazione monetaria secondo gli indici Org_1, laddove spettante, e, in ogni
caso, oltre agli interessi compensativi da ritardato adempimento dell'obbligazione risarcitoria, da
calcolarsi, al tasso legale o a quell'altro tasso stabilito dal Giudice, sugli importi risarcitori liquidati
in sentenza, devalutati alla data del fatto e rivalutati di anno in anno fino alla sentenza, e oltre agli
interessi legali da calcolarsi sulle somme complessivamente liquidate in sentenza, per capitale,
rivalutazione e interessi compensativi, dalla data della pronuncia fino all'effettivo soddisfo (Cass. S.U.
n. 1712/1995);

C) condannarsi Controparte_1, presso
Controparte_3 (C.F. P.IVA_1 P.IVA P.IVA_2 , in persona del legale
rappresentante pro tempore, con sede in Monza, [REDACTED] al rimborso delle spese sostenute
per l'espletamento del procedimento ex art. 696-bis c.p.c. per un importo pari ad euro 7.187,00 (CTU
per euro 6,344,00 + C.u. euro 843,00) a favore della Sig.ra Parte_1 ovvero quella diversa
somma, maggiore o minore, che parrà di giustizia;

D) Con vittoria di spese legali e competenze del presente giudizio e del giudizio ex art. 696-bis c.p.c.,
oltre rimborso forfettario per spese generali (15%), CPA ed IVA, come per legge.

E) In via istruttoria: si chiede l'acquisizione del fascicolo telematico del procedimento ex art 696 bis
c.p.c. R.G. 9306/2020– Tribunale di Monza, Dott Buratti”.

PER LA CONVENUTA

“Con riferimento ai ricorrenti Parte_2 e Controparte_4

In via preliminare

Dato atto dell'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento in capo ai ricorrenti Parte_2 e
Controparte_4 in relazione alle voci di danno lamentate in proprio, rigettare la loro domanda,
in quanto infondata in fatto e in diritto per i motivi esposti in atti.

Con vittoria di spese, compensi e accessori di lite.

Con riferimento a tutti i ricorrenti

Nel merito in via principale

Rigettare la domanda avversaria in quanto infondata in fatto e in diritto.

Con vittoria di spese, compensi e accessori di lite.

Nel merito in via subordinata

In denegata ipotesi di accertamento di un profilo di responsabilità, anche solo parziale, in capo alla CP_1 convenuta per i fatti di causa, ridurre il risarcimento a quanto risulti equo, provato e di giustizia.

Con compensazione totale delle spese di lite.

In via istruttoria principale

Disporre un'apposita **rinnovazione** della c.t.u. medico-legale e specialistico-infettivologica, designando CC.TT.UU. diversi dalla Dott.ssa Persona_3 e dal Dott. Persona_4 che ebbero a redigere l'elaborato in occasione del pre-grosso procedimento ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c., attese le innumeri lacune motivazionali che caratterizzano la suddetta relazione, al fine di accertare con la dovuta chiarezza ed esaustività l'assenza di nesso causale fra la condotta resa in occasione dei fatti di causa dai sanitari della CP_1 convenuta e i danni lamentati, e/o l'assoluta correttezza della condotta medesima per le ragioni espo-ste in atti.

In via istruttoria subordinata

In denegata ipotesi di rigetto della richiesta che precede, disporre la chiamata **a chiarimenti** della Dott.ssa Persona_3 e del Dott. Persona_4 sui punti da 1) a 5) della seconda memoria ai sensi dell'art. 183, c. 6 c.p.c. *ratione temporis* applicabile.

In ogni caso in via istruttoria

Disporre l'esibizione in capo ai ricorrenti, ai sensi dell'art. 210 c.p.c. *ratione temporis* applicabile, di tutta la documentazione afferente agli importi, erogati ed erogandi, dall' CP_5 in favore di Persona_1 nonché di tutte le altre indennità e provvidenze disposte a suo vantaggio dal CP_6 e dal CP_7 e/o da altri Enti.

Non ammettere i capitoli di prova avversari, in quanto genericamente riferiti alla parte in fatto del ricorso, oltre che essenzialmente documentali.

Non ammettere l'interrogatorio formale del Legale Rappresentante della CP_1 in quanto superfluo, non essendo evidentemente il medesimo in grado di conoscere nel dettaglio i fatti di causa".

IN FATTO

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. regolarmente notificato unitamente al decreto emesso in data 31.1.2022 i ricorrenti in epigrafe hanno convenuto in giudizio la Controparte_8

CP_1 e la sua Mamma chiedendone la condanna al risarcimento degli ingentissimi danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dal piccolo Persona_1 così come già accertati dai CTU nominati nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. n. 9306/2020 instaurato e conclusosi in data 21.10.2021, per avere egli contratto, in occasione della degenza protrattasi presso l'Unità di Neonatologia dell'ospedale Controparte_9

[...] il batterio "Pseudomonas aeruginosa", il quale si era a tal punto espanso da generare una sepsi globale, con meningo-encefalite, endocardite, endoftalmite ed esiti di idrocefalo derivato nonché atrofia oculare sinistra.

Al fine di suffragare la responsabilità della struttura sanitaria hanno dedotto che l'infezione contratta dal piccolo Per_1, avente genesi tipicamente nosocomiale così come accertato in sede di ATP, era in evidente rapporto causale con la permanenza di quest'ultimo presso la [...]

Controparte_9 in quanto rimastovi ininterrottamente, senza mai venire a contatto con ambienti esterni, dalla nascita, avvenuta il [REDACTED] alle dimissioni, effettuate in data [REDACTED] e non avendo la convenuta minimamente dimostrato, così contravvenendo ad un proprio specifico onere probatori, di avere fatto e posto in essere tutte le attività necessarie per evitare il contagio sulla base delle indicazioni ampiamente condivise dalla letteratura scientifica in materia nonché dalle vigenti previsioni normative, non avendo suffragato l'assoluta correttezza dell'attività di sterilizzazione effettuata né avendo dimostrato di avere approntato, in concreto, tutto quanto necessario per una perfetta igiene dell'ambiente ospedaliero o, comunque, l'esistenza di un fattore esterno che le avesse reso impossibile adempiere alla propria obbligazione contrattuale ai sensi dell'art. 1218 c.c..

Inadempimento contrattuale che era stato condiviso dagli stessi CTU nell'elaborato peritale depositato a conclusione del procedimento di ATP, avendo essi illustrato a pagina 95 che proprio in quanto lo Pseudomonas aeruginosa era un batterio che aveva iniziato a fare la propria comparsa in ambito nosocomiale, ancor più indicata era *"la necessità di intensificare la sorveglianza prospettica attiva e le misure di controllo delle infezioni"* laddove, al contrario, nessuna di tali attività era stata evinta dai verbali prodotti dal Comitato Infezioni Ospedaliere di CP_10, essendovi stata unicamente descritta *"un'attività passiva di infection control"*, la quale, pur denotando una buona sorveglianza complessiva, non aveva comunque permesso *"di escludere quali ICA le infezioni disseminate da Pseudomona aeruginosa di cui è stato affetto"* Persona_1.

Costituitasi in giudizio la resistente, nel contestare la fondatezza delle domande risarcitorie proposte nei propri confronti, ha eccepito, preliminarmente, la prescrizione del diritto *"in relazione alle voci di danno lamentate in proprio dai ricorrenti"* Parte_2 e Parte_1, non essendo stati parte del contratto di ospedalità concluso tra il figlio Per_1 e l'ente ospedaliero, e, nel merito, la mancata

adeguata dimostrazione di una qualsivoglia propria responsabilità colposa avendo i CTU affermato nella relazione peritale depositata *ante causam* che una delle possibili cause di acquisizione dello *Pseudomonas aeruginosa* a livello intestinale era stata la colonizzazione avvenuta in quella sede a seguito dell'assunzione del latte materno, "*che può essere colonizzato anche da tale battere*", e che, che proprio in considerazione della complessità della fenomenologia dell'insorgenza delle ICA e dell'intrinseca impossibilità oggettiva di prevenirle *in toto*, il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) della *Controparte_1* si era riunito ben 4 volte nell'anno 2012 senza evidenziare, nei verbali forniti ed allegati, problemi di cluster di infezioni da *Pseudomonas* tant'è che, nella ricostruzione temporale degli isolamenti microbiologici fornita, non erano stati evidenziati in NICU altri casi (cluster) di tale infezione, essendo quindi quello di *Persona_1* l'unico caso in cui, presso l'Unità Operativa di Neonatologia XXXXXXXXXX di Monza, era stato isolato nell'anno 2012 un batterio di *Pseudomonas Aeruginosa* tra tutti i ricoveri effettuati ed i 490 campioni biologici processati.

Disposta la trasformazione del rito, da speciale sommario in ordinario di cognizione, e rigettate le ulteriori istanze istruttorie articolate dagli attori, all'udienza del 3.4.2023, previa precisazione delle conclusioni come in epigrafe e concessione alle parti dei termini di legge per il deposito degli scritti difensivi conclusionali, la causa è stata trattenuta in decisione.

IN DIRITTO

Prima di analizzare la fondatezza o meno delle domande risarcitorie proposte dagli attori/ricorrenti è il caso di precisare che la responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., oltre che all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a proprio carico, anche, ai sensi dell'art. 1228 c.c. con cui è stata estesa all'ambito contrattuale la disciplina contenuta negli art. 2048 e 2049 c.c. (Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 17 maggio 2001, n. 6756), all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, o dal personale paramedico, e ciò anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione effettuata da questi ultimi e l'organizzazione aziendale (Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066).

Sul piano processuale, in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica le conseguenze scaturenti da tali principi sono ravvisabili nel fatto che il paziente che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto o il "contatto sociale" ed allegare l'inadempimento del professionista, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento (ovvero, nel caso di specie,

della permanenza all'interno dell'ambiente ospedaliero), restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario, il personale paramedico o la struttura sanitaria - la dimostrazione dell'assenza di colpa e, cioè, la prova del fatto che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297) ovvero, comunque e in ogni caso, a sé non imputabile.

Nondimeno, a fronte dell'allegazione dell'inadempimento o dell'inesatto adempimento, a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero resta pur sempre l'onere probatorio relativo sia al grado di difficoltà della prestazione sanitaria (Cass. Civ., sez. III, civ., sez. III, 9 novembre 2006, n. 23918) sia all'inesistenza di colpa o di nesso causale: in proposito è stato anche di recente ribadito che è a carico del debitore (sanitario e/o ente) dimostrare che l'inadempimento non v'è stato o che, pur esistendo, non sia stato eziologicamente rilevante (Cass. Civ., sez. III, civ., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. Civ., sez. III, 14 febbraio 2008, n. 3520) sicché, in assenza di tale prova, sussiste la responsabilità del medico/struttura sanitaria.

Sotto tale aspetto non è in contestazione la prova del titolo contrattuale, *sub specie* di contratto di ospedalità, seppure la società convenuta lo abbia circoscritto al rapporto intercorso con il paziente "danneggiato", nel caso di specie il solo *Persona_1* escludendolo con riguardo alla posizione di entrambi i genitori, i quali, essendovi estranei, sconterebbero, a suo dire, l'intervenuta prescrizione dell'azione risarcitoria proposta anche *jure proprio* in quanto, a ben vedere, fondata esclusivamente sull'art. 2043 c.c..

L'eccezione, non avendo i genitori contestato l'effettiva applicabilità dell'art. 2043 c.c. al danno non patrimoniale azionato *jure proprio*, appare in effetti fondata seppure questi ultimi abbiano sostenuto che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2935 c.c., la prescrizione decorrerebbe solo "*dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere e, come la Corte di Cassazione ha avuto modo di precisare, "in tema di prescrizione del diritto al risarcimento del danno, ancorché il dato testuale non faccia espressamente riferimento alla "scoperta" di esso, in tutti i casi in cui la manifestazione del danno non sia immediata ed evidente e possa apparire dubbia la sua ricollegabilità eziologica all'azione di un terzo, il momento iniziale della prescrizione dell'azione risarcitoria va ricollegato al momento in cui il danneggiato ha avuto la reale e concreta percezione dell'esistenza e della gravità del danno stesso, nonché della sua addebitabilità ad un determinato soggetto, ovvero dal momento in cui avrebbe potuto pervenire a siffatta percezione usando la normale diligenza*"(Cassazione Civile Sez. III, N. 9524 del 20.4.2007; così anche Cassazione civile n. 22059/2017)" sicché, nel caso di specie, solo a seguito del deposito della relazione peritale espletata nell'ambito del procedimento per ATP R.G. n. 9306/2020, avvenuta in data 20 ottobre 2021, si sarebbe compiutamente manifestato e sarebbe stato percepito dai danneggiati

nella sua esatta consistenza e correlazione causale il danno concretamente subito dal minore e, di conseguenza, anche dai suoi genitori (cfr. in tal senso alle pagine 15 e 16 della comparsa conclusionale).

Il Tribunale, pur dando atto che in una materia altamente tecnica, quale quella in esame, ove l'accertamento del nesso causale affonda le proprie radici su valutazioni ed accertamenti meramente probabilistici, non sia sempre agevole percepire e rendersi conto di eventuali responsabilità altrui, non può esimersi dal rilevare, tuttavia, come, nel caso di specie, non vi siano i presupposti per differire il *dies* di decorrenza del periodo prescrizione alla data di deposito della relazione ATP (di seguito anche indifferentemente CTU) né, tanto meno, a qualsivoglia altra data precedente a quest'ultima e comunque successiva alle dimissioni del paziente dalla struttura sanitaria, in quanto il danno subito dal minore era già concretamente conoscibile - seppur non nella sua esatta entità - all'esito della degenza (e delle criticità ivi già palesatesi in tutta la loro gravità) presso la medesima struttura e, pertanto, essendo onere di entrambi i genitori attivarsi al fine di indagarne le cause e le relative responsabilità al fine di non incorrere nella prescrizione prevista in materia extracontrattuale dall'art. 2947 c.c. che, non a caso, nel prevedere, al comma 1, che *“il diritto al risarcimento del danno, derivante da fatto illecito si prescrive in cinque anni dal giorno in cui il fatto si è verificato”*, ha concepito il danno *“quale conseguenza immediata e diretta d'un comportamento illecito ed ha ritenuto di far decorrere la prescrizione dal giorno in cui, a seguito del detto comportamento, quella conseguenza s'è verificata, onde (...) non sembra consentito all'interprete di sostituire a proprio arbitrio l'inequivoca volontà come manifestata dal legislatore con altra e pretendere d'introdurre, in materia, ulteriori distinguo (Cass., 10 febbraio 1995 n. 1490). Le possibilità d'interpretazione della norma trovano, in vero, il proprio insuperabile limite nell'imprescindibile esigenza di rispettare il dettato dell'art. 12 delle preleggi che, nell'imporre una gradualità d'utilizzazione degli strumenti ermeneutici, pone al primo posto quello letterale, integrato da quello razionale riferito alla singola norma, anzi di consentire, ma unicamente nell'ipotesi di lacuna, il ricorso a quelli della similitudine e dell'analogia, ai quali solo segue quello sistematico anch'esso per applicazioni successive dal particolare al generale”* (cfr. in tal senso Cass. Civ., Sez. II, 28/01/2004, n. 1547).

D'altro canto, se così non fosse, alla data - certa - di manifestazione del danno, già percepibile nella sua intrinseca gravità nel corso della degenza come di qui a breve sarà chiarito, verrebbe a sostituirsi quella diversa - incerta - idonea a consentire di ancorare il decorso della prescrizione all'iniziativa dei genitori che, però, solo a distanza di quasi otto anni dalle dimissioni del bambino hanno ritenuto opportuno instaurare nei confronti della struttura sanitaria il procedimento per ATP.

Il tutto, è bene ribadirlo, nonostante non vi fosse alcun dubbio che già nel corso della degenza la causa materiale del danno (la sepsi da *Pseudomonas aeruginosa*) si fosse manifestata in tutta la propria gravità sicché non rimaneva altro che indagarne la derivazione causale, non essendo l'origine nosocomiale un'ipotesi astratta e non prevedibile, e delinearne tutte le possibili conseguenze dannose, come chiaramente arguibile dalle seguenti locuzioni che, non a caso, sono state riportate dai danneggiati nello stesso ricorso introduttivo: “10) in data [redacted] sottoposto agli esami clinici, venivano riscontrati ai danni di Per_1 indici infiammatori fortemente positivi, manifestazione clinica di un'infezione in corso, sicché il bambino veniva sottoposto alla terapia antibiotica, con l'utilizzo di vancomicina e amikacina; 11) in data [redacted] Per_1 veniva sottoposto a prelievo di liquor dal quale veniva isolato il batterio *Pseudomonas aeruginosa* e, su indicazione dell'infettivologo, veniva aggiunta cefalosporina (ceftazidime) e gentamicina alla terapia antibiotica, con la sospensione di amikacina; 12) in data [redacted] il piccolo Persona_1 presentava episodio di sepsi e apnee sicché veniva posto in terapia ventilatoria CPAP (Pressione Positiva Continua, poi in Belevel CPAP); 13) in pari data – dal diario medico alle ore 16:12 – veniva riportato un peggioramento respiratorio e neurologico (tremori ed ipertono) e si confermava un quadro liquorale compatibile con meningite batterica (...); 23) in data [redacted] seguiva un nuovo colloquio tra i genitori e i due medici curanti (il neonatologo e il neuropsichiatra) al fine di illustrare la complessa situazione clinica legata alla sepsi con localizzazione meningea e venivano illustrate le problematiche inerenti la prognosi a breve e lungo termine (...); 28) in data [redacted] alla presenza dei genitori e dell'equipe medica specializzata – neonatologi, neuropsichiatri, neurochirurgo, cardiologo, oculista – veniva nuovamente rappresentata la situazione clinica del piccolo Per_1 nei seguenti termini: “le lesioni oculari hanno provocato una atrofia dell'occhio sinistro con perdita definitiva della funzione visiva, le vegetazioni sulla valvola cardiaca sono ancora presenti e al momento non vi è spazio per trattamento chirurgico, che l'emorragia cerebrale è evoluto verso una forma di idrocefalo che necessita di intervento chirurgico quasi sicuramente in due tempi e che il quadro prognostico sul piano neurologico potrà essere maggiormente precisabile dopo l'intervento” (...); 43) per il trattamento dell'infezione, Per_1 rimaneva ricoverato nel reparto di Neonatologia fino al [redacted] allorché veniva dimesso al domicilio con la diagnosi: “neonato altamente pretermine di peso molto basso alla nascita. Distress respiratorio neonatale I stadio. Apnea della prematurità. Ipospadias penoscrotale. Difetto del setto interventricolare perimembranosomale adattamento gastrointestinale. Ittero neonatale. Anemia della prematurità. Iponatriemia tardiva. Sepsi da *pseudomonas aeruginosa* con meningite encefalite, endocardite, endoftalmite. Insufficienza respiratoria in corso di sepsi” (cfr. in tal senso alle pagine 6, 7 e 8).

D'altro canto, come giustamente osservato dalla difesa della convenuta, ragionando diversamente e fatti salvi quei casi in cui il danno, seppur già presente, non si sia ancora manifestato così da non consentire effettivamente l'esercizio dell'azione extracontrattuale, *“si giungerebbe alla paradossale conseguenza di far coincidere il momento in cui il diritto al risarcimento potrebbe essere esercitato con gli esiti dell'accertamento peritale sui suoi presupposti storici i quali, semmai, derivano dal suddetto esercizio e non possono certo essere alla sua origine”* (cfr. in tal senso a pagina 4 della comparsa conclusionale).

Né, a ben vedere, sarebbe legittimo estendere, quantomeno alla mamma del piccolo *Per_1*, la disciplina, assai più favorevole non solo in materia di prescrizione, prevista nell'ipotesi di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria se si considera che, come anche in tal caso giustamente osservato dalla convenuta, *“essa si fonda su un arresto di legittimità (segnatamente, l'ordinanza della Cassazione n. 14471 del 06.05.22), secondo cui la sola ipotesi in cui il contratto di ospedalità esplica effetti protettivi nei confronti dei terzi (per quanto interessa, la sig.ra *Pt_1* è quella in cui la condotta sanitaria contestata rientri nell'ambito della c.d. wrongful birth. Sennonché, nel caso di specie, non si controverte di condotte asseritamente erronee assunte dalla *CP_1* durante il periodo di gestazione e/o al momento del parto (ossia appunto inerenti a problematiche connesse alla procreazione, cui fa espresso riferimento la pronuncia in questione), bensì attinenti a una fase successiva alla nascita di *Persona_1* e consistenti, come noto, nella ritenuta mancata prevenzione dell'infezione in tesi nosocomiale che l'avrebbe attinto. Non può dunque applicarsi all'ipotesi in esame il principio espresso dalla Cassazione, non rilevando nemmeno, in tal senso, il fatto che la sig.ra *Pt_1* sia stata a propria volta ricoverata presso la Struttura sanitaria, in quanto nei suoi confronti non viene lamentata alcuna manchevolezza”* (cfr. in tal senso alle pagine 2 e 3 della comparsa conclusionale).

Ritiene, pertanto, il Tribunale che le rispettive domande proposte dai genitori e volte ad ottenere il ristoro di tutti i danni non patrimoniali subiti *jure proprio* a seguito del batterio contratto dal piccolo *Per_1* nel corso della lunga degenza ospedaliera sia inevitabilmente prescritta in quanto proposta da entrambi abbondantemente dopo la scadenza del termine quinquennale di cui all'art. 2947 c.c..

Diversamente è a dirsi, invece, dell'azione contrattuale azionata dai medesimi genitori nella qualità, stavolta, di esercenti la potestà genitoriale sul medesimo soggetto, non avendo neppure la convenuta eccepito in tal caso la non applicabilità di tutti i principi giurisprudenziali codificati in materia di “contratto di ospedalità” a seguito del quale insorgono, a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo “latu sensu” alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di

eventuali complicazioni o emergenze (cfr., all'uopo, anche Cass. Civ., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. civ., sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698; Cass. Civ., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. Civ., sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103).

D'altro canto, nessuno dubita che la responsabilità dell'ente gestore del servizio ospedaliero e quella del personale medico e paramedico della medesima struttura abbiano entrambe radice nell'esecuzione non diligente o errata della prestazione sanitaria da parte di questi ultimi, per cui, accertata la stessa, risulta contestualmente accertata la responsabilità a contenuto contrattuale di entrambi (qualificazione che discende non dalla fonte dell'obbligazione, ma dal contenuto del rapporto, cfr., all'uopo, Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 22 gennaio 1999, n. 589). Peraltro, così ricostruita la fattispecie, la struttura sanitaria certamente risponde, in via contrattuale, non solo delle obbligazioni direttamente poste a proprio carico (servizio alberghiero, attrezzature, eccetera), ma anche dell'opera svolta dai propri dipendenti ovvero ausiliari (personale medico e paramedico), il tutto - come detto - secondo lo schema proprio dell'art. 1228 c.c..

Ad ulteriore precisazione di quanto precede è opportuno aggiungere che il positivo accertamento della responsabilità dell'istituto postula pur sempre la colpa del personale esecutore dell'attività che si assume illecita, non potendo detta responsabilità affermarsi in assenza di colpa in quanto l'art. 1228 c.c. presuppone, comunque, un illecito colpevole dell'autore immediato del danno (cfr., in tal senso, anche Cass. civ., sez. III, civ., sez. III, 13 marzo 2007, n. 5846) sicché, nella eventuale situazione di incertezza sulla sussistenza di colpa, della stessa deve giovare il creditore-paziente e non certo il debitore-medico (cfr. Cass. civ., sez. III, 4 marzo 2004, n. 4400).

Ciò detto in linea astratta e teorica occorre a questo punto stabilire: a) se vi sia nesso causale tra le eventuali azioni od omissioni imputate alla convenuta e l'evento lesivo, indiscutibilmente manifestatosi nel cosmo della degenza ospedaliera, e b) se la condotta della struttura sanitaria pubblica sia stata conforme alle *leges artis* e alla diligenza dell'“*homo eiusdem generis et condicionis*”.

L'accertamento del nesso causale è un passaggio logicamente e cronologicamente precedente all'accertamento della colpa in quanto solamente qualora sia dimostrato che la condotta attiva od omissiva della struttura sanitaria (o, per meglio dire, di tutti gli addetti preposti) sia stata causa dell'evento lesivo subito dal paziente è possibile procedere ad accertare se questa condotta sia contraria alle *leges artis*.

È necessario, in altri termini, stabilire, se, nel caso di specie, le lesioni subite dal piccolo Per_1 siano eziologicamente ricollegabili alla condotta, attiva od omissiva, del personale medico o paramedico che lo avrebbe dovuto proteggere e curare all'interno della struttura convenuta: il nesso di causalità materiale tra condotta ed evento è quello per cui ogni comportamento antecedente (prossimo,

intermedio, remoto) che abbia generato o anche solo contribuito a generare l'evento deve considerarsi "causa" dell'evento stesso e la valutazione di tale nesso, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica.

Anche nell'illecito civile, quindi, la cosiddetta causalità materiale trova disciplina negli artt. 40 e 41 c.p., ossia nel criterio della "*conditio sine qua non*" riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche. Insomma, come da ultimo chiarito dal supremo organo di nomofilachia, anche nella responsabilità da illecito civile il nesso di causalità materiale tra condotta ed evento lesivo deve essere accertato secondo i principi penalistici di cui agli artt. 40 e 41 c.p. sulla scorta dei quali un evento è causato da un altro se non si sarebbe verificato in assenza del secondo. Tuttavia, la giurisprudenza di legittimità ha ulteriormente precisato come una causalità materiale non sia sufficiente per avere una causalità giuridicamente rilevante, impone quest'ultima di attribuire rilievo, secondo la teoria della regolarità causale o della causalità adeguata con cui va integrata la teoria della "*conditio sine qua non*", a quei soli accadimenti che, al momento in cui si produce l'evento causante il danno, non siano inverosimili e imprevedibili, secondo un giudizio "*ex ante*" (di cosiddetta "prognosi postuma"), da ricondurre al momento della condotta e da effettuare secondo le migliori conoscenze scientifiche disponibili (cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. III, civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 581). Come chiarito dalle Sezioni Unite Civili della Suprema Corte, però, pur essendo gli stessi i principi che regolano il procedimento logico-giuridico ai fini della ricostruzione del nesso causale, ciò che muta tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", mentre, nel secondo, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non" (cfr., al riguardo, la già citata Cass. civ., sez. III, civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 581).

Probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico - razionale.

In conclusione, quindi, deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del personale di cui si sia avvalso la struttura sanitaria e l'evento lesivo allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento dannoso non si sarebbe verificato: giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

Orbene, effettuata tale doverosa premessa teorica, ritiene il Tribunale che la relazione di ATP espletata *ante causam* consenta con sufficiente grado di probabilità logica e razionale di imputare alla struttura sanitaria la responsabilità colposa allegata nel ricorso introduttivo, avendo il collegio peritale rimarcato

a più riprese come l'infezione contratta da *Persona_1* nel periodo in cui è stato ricoverato presso *CP_3* di Monza sia nosocomiale, ovverosia tecnicamente un'Infezione Correlata all'Assistenza.

A dire dei CTU, infatti, lo *Pseudomonas aeruginosa* contratto dal neonato è responsabile di un'ampia varietà di sindromi cliniche nei pazienti NICU, quest'ultimo acronimo di unità "*neonatal intensive care unit*", ovverosia la terapia intensiva neonatale, tra cui sepsi, polmonite, meningite, diarrea, enterocolite necrotizzante, congiuntivite ed endoftalmiti e infezioni della pelle.

I focolai di *Pseudomonas aeruginosa* in ambienti di terapia intensiva neonatale sono stati associati ai serbatoi ambientali quali i lavandini e le apparecchiature per la terapia intensiva ma anche al trasporto da parte degli operatori sanitari e per contaminazione della banca del latte anche pastorizzato. Il monitoraggio microbiologico ambientale, sui pazienti e sugli operatori con l'istituzione di misure di isolamento da contatto (l'uso di camici e guanti, l'accurata igiene delle mani, il posizionamento di neonati con colonizzazione o infezione in una stanza separata e l'individuazione di personale sanitario dedicato), riduce l'incidenza anche di questo microrganismo seppur non lo possa eliminare del tutto.

Ma, a dire del collegio peritale, le infezioni e la sepsi da *pseudomonas aeruginosa* acquisite dal piccolo *Persona_1* sono cronologicamente correlate all'assistenza (ICA), tale definendosi "*una infezione che insorge almeno 48 dopo il ricovero ospedaliero ed, entro 30 giorni da un intervento chirurgico o entro i 3 giorni successivi alla dimissione, in un paziente in cui al momento dell'ingresso, della nascita nel caso specifico, non erano presenti né come manifeste, né in incubazione*".

I CTU hanno anche affermato che l'acquisizione delle ICA è stata certamente favorita dall'immunodepressione del piccolo *Persona_1* "*(peso alla nascita 1060 gr con prematurità < 34^a settimana), ma tale immunodeficienza è caratteristica in tutti i pazienti a basso peso (LBW) alla nascita (< 2500 gr), a peso molto basso peso (VLBW) (< 1500 gr) o estremamente molto basso peso (ELBW) (<1000 gr) che accedono alla NICU*" nei riguardi del quale, quindi, a maggior ragione in quanto soggetto necessariamente più fragile, era necessario adottare norme di "*infection control*" più stringenti rispetto a quelle concretamente poste in essere (cfr. in tal senso alle pagine 78 e 79 della CTU), che erano state limitate, come evincibile da quanto descritto e riportato nei verbali prodotti dal Comitato Infezioni Ospedaliere di *CP_10*, ad "*un'attività passiva di infection control*", la quale, pur denotando una buona sorveglianza complessiva, non aveva comunque permesso "*di escludere quali ICA le infezioni disseminate da Pseudomona aeruginosa di cui è stato affetto* *Persona_1*".

La convenuta e, prim'ancora, i consulenti di parte nominati da quest'ultima in sede di ATP hanno contestato tale affermazione, sostenendo che non vi sarebbe alcuna seria ragione per ricondurre la contrazione di tale batterio all'ambiente ospedaliero piuttosto che al latte materno in quanto, come

rilevato dagli stessi CTU, *“una delle possibili cause di acquisizione dello Pseudomonas aeruginosa a livello intestinale viene indicata nella possibile colonizzazione intestinale a seguito dell’assunzione del latte materno che può essere colonizzato anche da tale battere”* e, per di più, nell’ambito di un’indagine effettuata su tutto l’anno 2012, ovverosia quello di verifica del sinistro, tra tutti i ricoveri effettuati ed i 490 campioni biologici processati presso l’Unità Operativa di Neonatologia dell’ospedale, quello di Persona_1 sarebbe stato l’unico caso di isolamento di un batterio di pseudomonas aeruginosa, il che statisticamente dimostrerebbe *a fortiori* la maggiore plausibilità di una contrazione *aliunde*.

A supporto di tali conclusioni, già nella relazione del dott. Persona_5 trasmessa ai CTU nel corso del precedente procedimento ex art. 696 e 696 *bis* c.p.c., quest’ultimo aveva sottolineato come, per sua stessa natura, lo Pseudomonas aeruginosa non fosse un batterio tipicamente nosocomiale, avendo natura ubiquitaria.

In particolare, a dire del CTP, *“P. aeruginosa è battere gram negativo ubiquitario normalmente isolato dall’acqua e dal terreno. Ha bisogni nutritivi minimali e pertanto è in grado di sopravvivere in numerosi ambienti. Possiede un genoma piuttosto ampio che gli consente diverse proprietà metaboliche tra le quali la capacità di formare biofilm”* (cfr. in tal senso a pag. 52 della CTU).

Nota la capacità di resistenza sviluppabile da tale batterio non si tratterebbe di un c.d. superbug ospedaliero in quanto, essendo stato il [REDACTED] nutrito con latte materno, *“esso poteva provenire sia dall’habitat ospedaliero che dall’ambiente esterno (...) Soprattutto in una situazione come quella in cui si trovava il paziente al momento dell’esordio dei sintomi cioè non aveva accesso venoso centrale rimosso da oltre 7 giorni, era in respiro spontaneo da oltre 20 giorni ed era in nutrizione enterale esclusiva con latte materno + latte formulato per pretermine. Dal che si può facilmente dedurre che il battere nel torrente circolatorio vi pervenne non attraverso un accesso mal gestito dal personale sanitario, bensì certamente dall’intestino proprio del neonato dove vi arrivò per ragioni fisiologiche o dall’ambiente esterno oppure anche dal latte materno che guarda caso è colonizzato da batteri appartenenti a 58 phyla, 133 classi, 263 ordini, 569 famiglie, 590 generi, 1300 specie e 3563 OTU (operational taxonomic units), tra i quali ci si pregia di enumerare anche varie specie di Pseudomonas”* (cfr. in tal senso alle pagine 54 e 55 della CTU).

A dire del consulente di parte, quindi, i CTU avrebbero dovuto adeguatamente valorizzare nella loro spiegazione causale il carattere ubiquitario del batterio e la gravità delle ripercussioni che avrebbe potuto produrre la sua interazione con l’intestino del neonato, a maggior ragione in quanto, sempre a dire del dott. Per_5 *“Pseudomonas non è un patogeno classico (come il meningococco ad esempio che, se presente anche solo come colonizzante delle mucose, deve essere bonificato perché prima o poi*

la meningite la causa): esso è un saprofito ubiquitario, tanto ubiquitario da essere contenuto persino nel latte materno. Purtroppo, nel caso del piccolo **Per_1** questo battere ha estrinsecato tutta la sua potenza patogena perché ha trovato una barriera intestinale permeabile e un sistema immunitario altamente immaturo. E questo a prescindere dalla provenienza del battere, se dall'ambiente esterno o dal latte materno (...) Quello che si contesta è l'attribuzione della responsabilità alla struttura per questa specifica infezione, quando invece si è chiaramente dimostrato: che il battere è ubiquitario comune residente di tutte le superfici inerti in ospedale e fuori dall'ospedale; che è talmente ubiquitario da essere comunemente presente nel latte materno; che non essendo multiresistente non doveva essere monitorato; che nonostante ciò, presso la struttura convenuta è stato possibile produrre i dati sulla effettiva diffusione del battere; che i casi rilevati erano men che sporadici; che nessuno di quelli diagnosticati aveva sviluppato una forma invasiva (...) essendo sterile la cavità amniotica, tutti i neonati nascono sterili. Detto ciò, quello che i CCTTUU sembrano non avere compreso è che subito dopo la nascita il neonato viene colonizzato dai batteri provenienti dall'ambiente esterno. Questo ambiente in parte è rappresentato dalla flora vaginale materna e in parte proviene dall'ambiente esterno (...) Quindi, quando il piccolo **Per_1** nacque, il suo intestino fu subito colonizzato dai lactobacilli vaginali e dagli Escherichia coli presenti nella regione perineale materna; poi, giunto in reparto di neonatologia, fu progressivamente e letteralmente "abitato" da quella massa di batteri che circonda ogni organismo vivo o morto che sia. Tra i quali si annovera anche Pseudomonas che vive fisiologicamente anche nel latte materno" (cfr. in tal senso alle pagine 90 e 91 della CTU).

Il Tribunale, pur dando atto che i CTU hanno effettivamente rilevato che "Una delle possibili cause di acquisizione dello Pseudomonas aeruginosa a livello intestinale viene indicata nella possibile colonizzazione intestinale a seguito dell'assunzione del latte materno che può essere colonizzato anche da tale battere", non può esimersi dal rilevare però come i medesimi consulenti abbiano anche avuto modo di precisare come "la sua migrazione nel torrente circolatorio, con sviluppo di una sepsi e quindi di meningite ed endocardite, non può essere giustificata solamente dalla immaturità del tratto intestinale del piccolo **Per_1** che, come **Org_2**, avrà avuto una ridotta immunità intestinale analogamente agli altri pazienti ricoverati in NICU" e, nel rispondere all'osservazione sulla natura "wild type" del batterio contratto dal piccolo **Per_1**, ne hanno escluso la natura di microrganismo "selvaggio" (primitivo) e senza resistenze antibiotiche", sostenendo che "l'antibiogramma disponibile evidenzia una ridotta sensibilità in vitro ad alcuni antibiotici che mostrano delle Concentrazione Minime Inibenti (MIC) molto vicine al breakpoint di resistenza definite dal Comitato Europeo per i Test di Suscettibilità Antimicrobica (EUCAST) e che fanno ipotizzare un battere che sta sviluppando delle resistenze antibiotiche per una pressione selettiva antibiotica che si realizza prevalentemente in

ambito nosocomiale a seguito dell'abbondante utilizzo di tali molecole" (cfr. in tal senso a pagina 96 della CTU).

E in un caso, quale quello in esame, in cui l'eziologia del batterio è astrattamente correlabile sia all'assistenza che all'assunzione del latte materno, ipotesi quest'ultima che non è stata però ritenuta ugualmente plausibile dai CTU, essendo rimasta confinata nell'alveo della mera possibilità astratta, era onere esclusivo della convenuta dimostrare che il proprio personale sanitario avesse agito nel pieno rispetto della diligenza e della prudenza qualificata e proporzionata alla natura della prestazione attendibile, ponendo in essere tutto quanto in proprio potere per evitare il contagio sulla base di indicazioni ampiamente condivise dalla letteratura scientifica, nonché dalle vigenti previsioni normative, specificamente documentando, a mero titolo esemplificativo ma non certamente esaustivo, la correttezza e l'adeguatezza dell'attività di sterilizzazione effettuata, ovverosia di aver approntato, in concreto, tutto quanto necessario per la perfetta igiene dell'ambiente ospedaliero o, comunque, dimostrando l'esistenza di un fattore esterno che avesse reso impossibile l'adempimento di tali obbligazioni ai sensi dell'art. 1218 c.c. (cfr. in tal senso Cass. Civ., Sez. III, ordinanza n. 17696/2020). E non soltanto nulla di ciò è stato specificamente dimostrato dal soggetto gravato del relativo onere probatorio, ma alle pagine 101 e 102 della CTU il collegio peritale ha integralmente accolto le osservazioni dei CTP dei ricorrenti, a dire dei quali la documentazione fornita dalla struttura sanitaria non rispondeva *"all'onere di vigilanza sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione"*, non avendo essa fornito alcuna prova *"a favore della implementazione"* delle seguenti attività:

"- Formazione continua del personale

- Valutazione dell'apprendimento

- Verifica della corretta applicazione delle suddette indicazioni procedurali

- Interventi di correzione degli scostamenti

- Valutazione di esito del processo

- Rielaborazione/aggiornamento dei documenti procedurali".

In conclusione, quindi, *"non vi è alcuna evidenza di una corretta tutela della sepsi nel reparto in oggetto"* (cfr. in tal senso a pagina 101 della CTU) sicché l'ipotesi della contrazione a seguito dell'assunzione di latte materno, l'unica alternativa astrattamente plausibile di cui hanno dato atto sia il CTP della struttura sanitaria che il collegio peritale, è da ascriversi ad una mera eventualità che, pur contemplata dalla letteratura scientifica, nel caso specifico era di difficile verifica e, per di più, come già rilevato dagli stessi CTU, qualora verificatasi sarebbe stata anche insufficiente a giustificare il successivo sviluppo della sepsi per cui, a tutto voler concedere, l'accertamento causale non sarebbe stato in tal caso neppure decisivo.

Non essendo state illustrate ulteriori cause di possibile assunzione di tale batterio, a nulla rilevando la mancata verifica di altri casi nell'anno 2012 nell'ambito della medesima struttura, ne consegue che l'unica alternativa plausibile è rimasta l'avvenuta contrazione nel lungo periodo in cui il piccolo **Per_1** è stato ricoverato presso **CP_3** di Monza, seppur non possano indicarsene con esattezza le tempistiche.

In materia di responsabilità contrattuale, come detto, la colpa si presume e, come sopra precisato, la convenuta nulla ha dimostrato al fine di essere sgravata della relativa responsabilità.

Venendo, pertanto, alla quantificazione del danno subito ed iniziando dall'invalidità temporanea, i CTU hanno affermato, senza che tale valutazione sia stata oggetto di censure, che dalla infezione nosocomiale sono derivati ad **Persona_1** due periodi di inabilità temporanea assoluta: *“il primo della durata di 135 giorni: dal 28mo giorno dalla nascita **CP_3** allorquando si è appalesata l'infezione) alle dimissioni avvenute il **CP_3** ed il secondo, della durata di 30 giorni per il confezionamento della PEG e per l'allungamento dei tendini”*.

Ancor più grave, però, è il danno da invalidità permanente in quanto alla sepsi da *Pseudomonas* è residuo *“un gravissimo quadro menomativo agito da grave tetraparesi spastica, epilessia farmacoresistente, idrocefalo trattato con derivazione peritoneale, deficit intellettivo, disfagia e conseguente alimentazione con PEG, nonché cecità in OS con atrofia del bulbo oculare da endoftalmite”* che è stato quantificato, anche in tal caso senza contestazione alcuna, nella misura del 98%.

Dovendosi necessariamente utilizzare, ai fini della quantificazione del danno, la tabella elaborata dall'Osservatorio istituito presso il Tribunale di Milano, i parametri riportati, sulla scorta del danno e dell'età del danneggiato, sono i seguenti:

Età del danneggiato alla data del sinistro	1 anno
Percentuale di invalidità permanente	98%
Punto danno biologico	€ 8.236,25
Incremento per sofferenza soggettiva (+ 50%)	€ 4.118,13
Punto danno non patrimoniale	€ 12.354,38
Punto base I.T.T.	€ 148,50
Giorni di invalidità temporanea totale	165
Giorni di invalidità temporanea parziale al 75%	0
Giorni di invalidità temporanea parziale al 50%	0
Giorni di invalidità temporanea parziale al 25%	0
Danno biologico risarcibile	€ 807.153,00
Danno non patrimoniale risarcibile	€ 1.210.729,00
Con personalizzazione massima (max 25% del danno biologico)	€ 1.412.517,00
Invalidità temporanea totale	€ 24.502,50

Totale danno biologico temporaneo	€ 24.502,50
Totale generale:	€ 1.235.231,50
Totale con personalizzazione massima	€ 1.432.317,00

Al fine di adeguare il danno al caso concreto si devono necessariamente considerare le devastanti ripercussioni che il quadro menomativo ha prodotto, produce, e produrrà su ciascuno degli aspetti della vita di *Persona_1*

Basti pensare, a titolo meramente esemplificativo, alla privazione di ogni possibilità di affermazione della propria personalità ed all'impossibilità di lavorare, di agire autonomamente, di godere delle gioie dell'infanzia e della giovinezza, in una parola di autodeterminarsi nella vita che condurrà.

Persona_1 è un bambino di nove anni costretto dalla nascita e sino alla fine dei suoi giorni in una condizione di mera sopravvivenza, privato di tutte quelle qualità che costituiscono e valorizzano i diritti fondamentali della persona umana, così come consacrati nella nostra Carta Costituzionale (artt. 2, 3, 4, 13, 29, 32, 35).

I criteri tabellari, che come noto esprimono una valutazione "standardizzata" del danno non patrimoniale, ovvero sia una valutazione applicabile, universalmente ed indistintamente, a tutti i casi di soggetti aventi la medesima età che abbiano riportato la stessa misura di danno biologico, temporaneo e permanente, accertato in sede medico-legale, vanno quindi necessariamente adattati al caso concreto.

E sotto tale aspetto l'adattamento non può che essere biunivoco nel senso che, se, da un lato, non può non tenersi conto della ridotta aspettativa di vita di *Per_1*, il quale, come accertato dagli stessi CTU, non può vantare un'aspettativa particolarmente elevata, dall'altro lato, va adeguatamente valorizzata la privazione della possibilità di godere della propria infanzia e, conseguentemente, di ciascuna delle fasi della vita, essendo come detto relegato su una sedia a rotelle, privo di autonomia e necessitante di assistenza continua.

La valutazione del *quantum* è, comunque, imprescindibilmente legata a valutazioni equitative, che non significa peraltro arbitrarie, ritenendo il Tribunale opportuno ancorare la discrezionalità a dati concreti, emergenti dalla relazione peritale e, in primo luogo, all'effettiva aspettativa di vita della vittima "primaria".

Sotto tale aspetto, il collegio peritale ha rilevato che l'aspettativa del piccolo *Per_1* "è inferiore a quella media dei soggetti di pari età" atteso che "la gravità del quadro psico-motorio è inversamente proporzionale alla sopravvivenza dei bimbi, nel senso che maggiore è la compromissione delle capacità funzionali neuro-motorie e cognitive del soggetto, minore è la sua aspettativa di vita" e che se è vero "che il principale parametro dal quale dipende l'aspettativa di vita è l'età, è tuttavia corposa l'evidenza scientifica che dimostra (...) che l'aspettativa di vita degli individui con paralisi cerebrale è influenzata da molti fattori di cui i principali sono rappresentati dalle capacità funzionali di base

(capacità motorie e di alimentarsi) e dalle capacità cognitive (ad es. comunicazione verbale e non verbale), ancorché per alcuni Autori queste ultime sembrano rivestire un ruolo di minore importanza (va comunque evidenziato che, generalmente, a disabilità neuro-motorie gravi corrispondono deficit cognitivi altrettanto gravi). Per questo motivo si è sentita la esigenza di “personalizzare” il giudizio sulla aspettativa di vita di questi pazienti attraverso una analisi dettagliata dell’intero quadro menomativo presentato dal soggetto, raffrontandolo quindi con quello di migliaia di individui in analoghe condizioni cliniche”.

A dire dei CTU, uno degli studi più quotati sull’aspettativa di vita nelle persone severamente disabili è quello di *Per_6* effettuato su 99.543 soggetti con deficit dello sviluppo psicomotorio seguite dal *Organizzazione_3* ” della California nel periodo compreso tra marzo 1989 e ottobre 1997. Ebbene, basandosi su registri di valutazione dello sviluppo di tali soggetti (Client Development Evaluation Reports – CDER) compilati presso il Dipartimento, gli autori dello studio hanno evidenziato che le funzioni correlate statisticamente con la mortalità erano la capacità di deambulare e il suo grado, la mobilità, la capacità di lavarsi e di mangiare e la necessità di alimentarsi mediante gastrostomia. I soggetti sono stati definiti “immobili” se incapaci di camminare a carponi o di mettersi proni ed “incapaci di alimentarsi” se necessitanti di altre persone per nutrirsi. I ricercatori hanno rilevato che, se una persona era affetta da un ritardo mentale severo o profondo, non era in grado di provvedere autonomamente alla propria igiene intima ed era alimentata attraverso una gastrostomia, aveva un’aspettativa di vita media pari a 4-5 anni se all’inizio dello studio aveva una età compresa tra 1 e 24 anni; se un soggetto immobile era in grado di essere alimentato da altri, la sua aspettativa di vita raddoppiava da 4-5 anni a 9-10 anni; se era presente qualche residua capacità funzionale motoria, l’aspettativa di vita raddoppiava ancora.

In altre parole, nell’ambito del gruppo di coloro che, oltre ad essere immobili, erano alimentati da altri e non in grado di pulirsi, solo il 6% era vissuto oltre i 40 anni (ovvero il 94% era morto prima di raggiungere tale età). E se è vero che gli individui oggetto di questo studio erano eterogenei dal punto di vista della causa della disabilità neuro-motoria (nel senso che la ricerca ricompreso anche soggetti con cerebropatie post-traumatiche e metaboliche), i risultati sull’aspettativa di vita non sono risultati essere influenzati dal fatto che il paziente fosse affetto da paralisi cerebrale neonatale sicché la ricerca mantiene la propria validità anche con riferimento agli individui affetti da quest’ultima malattia.

A conclusioni similari (ovvero che il grado di disabilità influenza pesantemente la sopravvivenza) è pervenuto anche un altro studio pubblicato da ricercatori del Regno Unito (Hutton JL et al) su “Arch Dis Child” del 2000, che ha preso in esame 596 soggetti affetti da paralisi cerebrale nati tra il 1960 e il 1990. Da tale ricerca è emerso che più di un terzo dei soggetti con disabilità severa (ossia incapaci di

alimentarsi, vestirsi e camminare autonomamente) è morto prima dei 30 anni; di quelli con disabilità cognitiva severa, il 63% è vissuto fino a 35 anni (il 58% con disabilità motoria severa e il 53% con disabilità manuale severa), mentre almeno il 98% dei pazienti senza disabilità severa è giunto fino a 35 anni. Secondo tale ultimo studio, quindi, la maggioranza dei pazienti affetti da paralisi cerebrale senza disabilità severa giungerebbe all'età adulta, mentre accadrebbe il contrario con riferimento ai soggetti portatori di disabilità gravi, incapaci di deambulare, vestirsi, lavarsi ed alimentarsi autonomamente. Dati più recenti sono stati, infine, forniti da una ricerca effettuata da [Persona_7](#) [Per_8](#) L. [Org_4](#) , R.Shavelle, denominata “Aspettativa di vita nella paralisi cerebrale: un aggiornamento” e pubblicata per la prima volta in data 11 luglio 2008, nel 2008, i cui dati sono stati riassunti nella seguente tabella che considera le aspettative di vita di soggetti con disabilità motorie e cognitive a seconda del sesso e dell'età raggiunta

Tabella I. Speranza di vita (anni aggiuntivi) per età e coorte

Sesso / età (a)	Impossibile sollevare la testa			Solleva la testa o il petto			Rotola/si siede, non può camminare			cammina senza aiuto	Popolazione generale
	TF	FBO	SF	TF	FBO	SF	TF	FBO	SF		
Femmina											
15	13	16	-	16	21	-	21	35	49	55	65.8
30	14	20	-	15	26	-	16	34	39	43	51.2
45	12	14	-	13	16	-	14	22	27	31	37.0
60	-	-	-	-	-	-	-	-	16	20	23,8
Maschio											
15	13	16	-	16	20	-	19	32	45	51	60.6
30	14	19	-	15	24	-	16	31	35	39	46.5
45	12	14	-	13	15	-	14	20	23	27	32,8
60	-	-	-	-	-	-	-	-	13	16	20,4

Ebbene sulla scorta di quanto evincibile dalla superiore tabella, la cui attendibilità non è stata specificamente contestata da alcuno, è prevedibile che, allorquando [Per_1](#) avrà compiuto i 15 anni, la sua aspettativa di vita sarà di 19 anni mentre, se arriverà a 30, sarà di ulteriori 16 anni.

E' oggettivamente difficile effettuare delle previsioni realistiche, essendo il tutto fondato su previsioni statistiche che non necessariamente saranno rispettate nel caso di specie con conseguente oggettiva difficoltà di azzardare una previsione precisa in ordine alle concrete aspettative di vita del periziato, oggi di undici anni, ma, a dire dei CTU ed anche in tal caso la previsione non pare essere stata specificamente contestata in giudizio, *“non sembra fuor di luogo (...) affermare una ulteriore sopravvivenza di 25, al massimo 35 anni”* sicché, volendosi equitativamente attestare sulla mediana tra i 25 ed i 35 anni, può ragionevolmente ritenersi che **Per_1**, all'epoca dell'accertamento peritale di anni 9, possa vivere ulteriori anni 30 ed arrivare, pertanto, all'età di 39 anni che si collocano quasi a metà strada *“rispetto all'attesa di vita della popolazione in generale che oggi si attesta intorno ai 79,7 anni, per i maschi”* (cfr. in tal senso a pagina 87 della relazione di ATP).

Sulla scorta di ciò e siccome la tabella a punti elaborata dall'Osservatorio istituito presso il Tribunale di Milano è concepita sulla falsariga della stima di vita media, l'importo astrattamente liquidabile ad **Persona_1** a titolo di invalidità permanente dovrebbe ridursi quantomeno della metà e, quindi, sulla base di quanto sopra riportato, ad € 403.576,50.

Sennonché, così volendosi valorizzare la seconda esigenza di “adattamento” sopra richiamata, tale importo può essere aumentato nella misura quantomeno del 25% per la particolare sofferenza fisica e morale determinata dalle gravissime lesioni subite con conseguente aumento del predetto importo sino ad € 504.470,62.

Si ritiene, inoltre, ulteriormente liquidabile a titolo di c.d. personalizzazione del danno anche la lesione dei diritti fondamentali della persona totalmente compromessi da ciò che la difesa attorea ha aforisticamente - ma molto incisivamente - definito *“l'ergastolo esistenziale cui **Per_1** è stato incolpevolmente condannato, dalla sua nascita”* a seguito dell'errore commesso nel periodo di degenza ospedaliera, essendo stato privato della possibilità di frequentare la scuola al pari di tutti gli altri bambini della sua età, di colorare, scrivere, giocare, comunicare, socializzare, effettuare qualsivoglia attività fisica, ludica o sportiva, avere una relazione affettiva, un rapporto sessuale ed una propria famiglia, così come espletare una qualsivoglia attività lavorativa, tutte estrinsecazioni della propria personalità che, purtroppo, non ha mai avuto – né avrà mai – la possibilità di esprimere.

In poche parole, al danneggiato è stata definitivamente compromessa la possibilità di espletare qualsivoglia atto del vivere quotidiano, tipico di ciascun essere umano, che sia di un bambino, di un adolescente e domani di un uomo.

E' per tale ragione che, essendogli stata preclusa *ab origine* tale possibilità, il Tribunale ritiene congruo applicare la personalizzazione massima prevista dalla tabella nella misura del 25% con conseguente ulteriormente aumento dell'importo liquidabile sino ad € 630.588,27.

Ad esso va aggiunto il danno biologico di natura temporanea che, liquidabile nella misura massima *pro-die* pari ad € 148,50 in considerazione dell'intensità della sofferenza soggettiva presumibilmente patita, è pari ad € 24.502,50 e fa lievitare l'importo complessivo del danno non patrimoniale sino ad € 655.090,77.

Secondo quanto precisato dalla Suprema Corte con l'ordinanza n. 15856/2019 emessa in data 12.6.2019, *“la liquidazione del danno (...), ove non avvenga direttamente con valori monetari riferibili all'epoca della liquidazione, si articolerà nelle due fasi della individuazione del valore del bene perduto all'epoca del danno (aestimatio), e nella successiva attualizzazione di quel valore, per renderlo coerente col potere d'acquisto della moneta all'epoca della liquidazione (taxatio) (...). La rivalutazione del credito risarcitorio, o taxatio, non esaurisce le operazioni di liquidazione del danno da fatto illecito. Quando, infatti, la liquidazione del danno avvenga a distanza di tempo dal suo prodursi, può spettare al creditore, oltre il capitale rivalutato, anche l'ulteriore pregiudizio rappresentato dagli effetti della mora, come si desume dal testo dell'art. 1219 c.c.: se, infatti, fosse vero che in illiquidis non fit mora, la norma appena ricordata, là dove prevede che il debitore del risarcimento del danno è costituito in mora ex re dal giorno dell'illecito, non avrebbe senso alcuno. Nel caso di ritardato adempimento delle obbligazioni di valore, però, la legge non detta norme ad hoc per la stima del danno da mora, né possono applicarsi le norme dettate per il ritardato adempimento delle obbligazioni pecuniarie (art. 1224 c.c.). Gli effetti della mora in cui incorra il debitore d'una obbligazione di valore, pertanto, sono stati individuati dalla giurisprudenza. Questa Corte, in particolare, ha da tempo stabilito che il ritardato adempimento dell'obbligo di risarcimento del danno causa al creditore un pregiudizio ulteriore e diverso rispetto alla perdita primaria. Questo pregiudizio ulteriore consiste nella perduta possibilità di investire la somma dovutagli a titolo di risarcimento (somma che, ai sensi dell'art. 1219 c.c., deve essergli pagata dal giorno dell'illecito), e di ricavarne così un lucro finanziario. Poiché, dunque, il debitore d'una obbligazione di valore è in mora ex re dal giorno dell'illecito, egli è tenuto a pagare al creditore il lucro cessante finanziario, ovvero i frutti che il denaro dovuto a titolo di risarcimento avrebbe prodotto sin dal giorno del sinistro, in caso di tempestivo pagamento. La liquidazione di questo danno, non potendo avvenire se non in via equitativa ex art. 1226 c.c., può teoricamente avvenire in molti modi: a forfait, in percentuale, in misura fissa. La liquidazione più diffusa e certamente più equa consiste nel ricorso ad un saggio di interesse. In questo caso, tuttavia, gli interessi accordati al creditore (c.d. interessi compensativi) non costituiscono frutti civili del capitale a lui dovuto, ma una mera modalità di calcolo di una aliquota del danno aquiliano: con quanto ne consegue in termini di prescrizione (agli interessi compensativi non s'applica l'art. 2948 c.c., n. 4); di onere della domanda (gli interessi compensativi possono essere liquidati anche*

d'ufficio), di possibilità di frazionamento tra domanda di capitale e domande di interessi (solo gli interessi corrispettivi, costituendo un accessorio del credito, possono essere domandati separatamente). Quando il danno causato dalla mora nell'adempimento d'una obbligazione di valore viene liquidato – com'è d'uso - sotto forma di interessi, il giudice che compie la liquidazione ha la necessità di individuare i tre necessari parametri di questo tipo di calcolo: la periodicità, il saggio e la base di calcolo. Come debbano individuarsi questi tre parametri è stato da tempo stabilito dalle Sezioni Unite di questa Corte, le quali hanno affermato che: (a) la periodicità è sempre annuale; (b) il saggio va scelto in via equitativa dal giudice, in base alle circostanze del caso concreto, tra le quali la più importante sarà l'entità del capitale (ovvio essendo che maggiore è il credito non tempestivamente adempiuto, più elevato sarà il lucro finanziario perduto dal creditore); (c) la base di calcolo, infine, può essere determinata in due modi: o applicando il saggio sub (b), per ciascun anno di mora, sul capitale espresso in moneta di quell'anno, previa l'opportuna devalutazione; oppure applicandolo su un valore medio, dato dalla semisomma del credito espresso in moneta attuale e del credito espresso in moneta devalutata alla data del sinistro (Sez. Un., Sentenza n. 1712 del 17/02/1995)".

In applicazione di tale ultimo criterio, la somma liquidata in questa sede, pari ad € 655.090,77, devalutata alla data delle dimissioni del piccolo *Per_1* in cui si è cristallizzato definitivamente il danno non patrimoniale subito, è pari ad € 548.652,24 e, successivamente rivalutata sino alla data odierna con l'aggiunta degli interessi compensativi maturati di anno in anno, è pari ad **€ 724.538,03**.

Su tale ultima somma andranno eventualmente aggiunti gli interessi moratori nella misura legale maturati a decorrere dalla data della presente decisione sino a quella del saldo effettivo.

La difesa attorea, così passandosi ad esaminare l'aspetto patrimoniale del danno asseritamente subito, ha, inoltre, chiesto tenersi conto della perdita totale della capacità lavorativa (in realtà generica seppur più volte citata come specifica) del danneggiato in quanto, come accertato dai CTU, a dire dei quali *"le menomazioni che affliggono Persona_1 gli impediranno di acquisire capacità lavorative"* (cfr. in tal senso a pagina 87), l'entità dell'invalidità accertata non gli consentirà di espletare in futuro alcuna attività lavorativa idonea alla produzione di fonti di reddito, il che assume rilievo sotto il profilo del danno patrimoniale da lucro cessante compreso nella categoria generale del danno patrimoniale e che concerne la capacità di produzione di reddito futuro, o, più precisamente, la perdita di *chance* intesa quale entità patrimoniale giuridicamente ed economicamente valutabile, la cui perdita produce un danno risarcibile da considerarsi non già futuro bensì certo ed attuale in proiezione futura.

Tale voce di danno, certamente fondata, non può che essere liquidata ex artt. 1226 e 2056 c.c. secondo criteri probabilistici, tenendo conto, laddove non ci si possa avvalere degli studi intrapresi, delle inclinazioni del minore e della posizione economico-sociale della famiglia, del criterio di cui all'art. 4

della legge n. 39/1977, ovverosia del triplo della pensione sociale, oggi assegno sociale (cfr. in tal senso Cass. Civ. 30.9.2009 n. 20943 e Cass. Civ. 30.9.2008 n. 24331).

Orbene, nel caso di specie, a ben vedere, tale ultimo criterio è l'unico idoneo per misurare il danno patrimoniale da compromissione della capacità lavorativa del piccolo *Per_1* per l'evidente ragione per la quale, essendo stato sostanzialmente reso invalido totale già dal primo mese di vita, non ha, né avrà mai, la possibilità di dimostrare le proprie concrete capacità ed inclinazioni.

Per di più, come chiarito da una folta schiera di pronunce giurisprudenziali, i coefficienti di capitalizzazione applicabili ai fini della liquidazione *una tantum* non possono essere quelli di cui al R.D. n. 1403/1922, in quanto obsoleti, bensì quelli di cui alla tabella confezionata ed approvata in data 14.12.2022 dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile istituito presso il Tribunale di Milano, che utilizza una formula finanziaria attuariale che tiene conto dei 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 di 2021;
5. un tasso di rendimento futuro/stimato dinamicamente (e variabile in relazione alla effettiva durata) da parte di Enti internazionali europei (tassi *Org_5*), 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).

Pertanto, sulla scorta di tali parametri e dovendosi ritenere che l'attività lavorativa non sarebbe stata verosimilmente intrapresa prima degli anni 25 (troppo anticipata pare essere l'indicazione degli anni 18 effettuata dalla difesa attorea), il danno da perdita totale della capacità lavorativa generica, conseguente all'invalidità riportata da *Persona_1* andrà determinato sulla scorta del seguente calcolo:

- reddito perduto: € 534,31 (pari all'importo dell'assegno sociale nell'anno 2024) x 13 mensilità x 3 = € 20.838,09 x incidenza I.P. su capacità lavorativa, pari al 98 %, x coefficiente tabella relativo a 25 anni di età moltiplicato per 47,47, ovverosia il coefficiente indicato per i 40 anni (presumibili) di attività lavorativa perduta, il tutto per una somma complessiva di **€ 969.400,45**.

Ma non è tutto in quanto, posto che il Servizio Sanitario Regionale eroga prestazioni fisioterapiche e di assistenza infermieristica "di base", i CTU hanno correttamente ritenuto opportuno aggiungere un ulteriore importo, pari alle somme necessarie per integrare l'assistenza domiciliare generica, quantificato in € 288,51 mensili, considerato il costo orario (€ 6,74) di una colf con funzioni di baby

sitter e badante - livello C super, assistente a persona non autosufficiente, non formata e non convivente per 30 ore settimanali, somma così residua sottraendovi € 520,29 mensili costituenti l'importo dell'indennità di accompagnamento di cui gode il piccolo *Per_1* .

Ebbene, moltiplicando tale importo mensile per l'aspettativa di vita residua del danneggiato, e non già come erroneamente dedotto dalla difesa attorea per quella di vita media, ne consegue l'aggiunta dell'ulteriore importo di € 90.015,12 (ovverosia l'importo annuo di € 3.462,12 x 26 anni presumibili di vita di *Per_1*), da maggiorarsi nella misura equitativa del 30% al fine di tenere conto della rivalutazione *medio tempore* del costo della vita, con conseguente liquidazione della somma di € **117.019,65.**

Vanno, poi, aggiunte:

- le somme necessarie per l'assistenza infermieristica ulteriore a quella erogata dal *Organizzazione_6* [...] necessaria per la gestione della PEG e per la quale i CTU hanno ritenuto congrua la somma di euro 300,00 mensile (un'ora al giorno, per il costo di euro 15,00 all'ora, per i venti giorni mensili nei quali la mamma non può provvedere), che, moltiplicata anche in tal caso per l'aspettativa di vita stimata di *Per_1* , può quantificarsi in misura pari ad € 93.600,00 (ovverosia pari a € 3.600,00 x 26 anni), da maggiorarsi nella misura equitativa del 30% al fine di tenere conto della rivalutazione *medio tempore* del costo della vita, con conseguente liquidazione della somma di € **121.680,00;**

- le somme per le cure fisioterapiche ulteriori rispetto a quelle erogate dal *Organizzazione_6* per le quali i CTU hanno ritenuto congrua una spesa di € 700,00 all'anno che, moltiplicata anche in tal caso per l'aspettativa di vita stimata di *Per_1* , può quantificarsi in misura pari ad € 18.200,00 (ovverosia pari a € 700,00 x 26 anni), da maggiorarsi nella misura equitativa del 30% per tenere conto della rivalutazione *medio tempore* del costo della vita, con conseguente liquidazione della somma di € da maggiorarsi nella misura equitativa del 30% al fine di tenere conto della rivalutazione *medio tempore* del costo della vita, con conseguente liquidazione della somma di € **23.660,00;**

- l'importo di € **7.600,00**, ritenuto congruo dai CTU, per l'acquisto di un sollevatore a funzionamento elettro-idraulico da installare nella propria autovettura adibita ad uso trasporto di una persona disabile in carrozzella (cfr. in tal senso la fattura n. IT00119V0002599 del 20.11.2019 prodotta al documento n. 5);

- i costi per l'acquisto, l'installazione, la messa in funzione del servoscala a pedana per la salita della carrozzina e del montascala di cui al preventivo n. 310 del 18.3.2019 rilasciato da [...]

Organizzazione_7 (cfr. in tal senso il documento n. 6) in quanto, con l'aumentare delle dimensioni fisiche di *Per_1* e della carrozzina che gli servirà negli spostamenti, l'ascensore attualmente disponibile sarà insufficiente e la spesa per il montacarichi sarà da ritenersi necessaria. Ciò non di

meno, come precisato dagli stessi CTU, siccome la legge regionale n. 6/1989 e quella n. 5/2008 prevedono la possibilità di ottenere a tal fine dei contributi anche per edifici costruiti dopo l'anno 2008 che, almeno di norma, dovrebbero essere privi di barriere architettoniche, la somma erogabile in favore degli attori è pari alla spesa effettivamente sostenuta fino a € 2.582,28, aumentata del 25% per costi da € 2.582,28 ad € 12.911,42 e di un ulteriore 5% per quelli da € 12.911,42 ad € 51.645,69 (con una contribuzione massima pari ad € 7.101,28) sicché, nel caso di specie, la somma che dovrà essere posta a carico della convenuta è pari al minor importo di **€ 7.172,15** (ovverosia € 10.400,00 – € 3.227,85)

Sommando tutte le voci di danno sopra descritte, ne consegue che l'importo complessivamente liquidabile in favore di **Parte_1** e **Parte_2** nella loro qualità di esercenti la potestà genitoriale di **Persona_1** a titolo di risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale subito da quest'ultimo, è pari ad **€ 1.963.410,28**, oltre interessi nella misura legale maturati a decorrere dalla data odierna sino a quello del saldo effettivo.

Da ultimo, spetta in favore di **Parte_1** che al documento n. 8 ha dimostrato di avere sostenuto la relativa spesa, la rifusione di tutti i costi per l'instaurazione del procedimento per ATP propedeutico alla proposizione del presente giudizio di merito, pari a complessivi **€ 6.344,00** per il compenso liquidato e corrisposto in favore dei CTU.

La riconosciuta soccombenza, seppur limitatamente alla domanda risarcitoria proposta nell'interesse di **Persona_1** comporta la condanna della **Controparte_9**

[...] alla rifusione delle spese di lite relative sia alla fase cautelare che alla presente fase di giudizio il cui ammontare si liquida in entrambi i casi come da dispositivo sulla scorta, la prima, dei compensi medi previsti dal D.M. n. 55/2014 e, la seconda, di quelli di cui al D.M. n. 147/2022 per le sole fasi concretamente espletate di esame e studio, introduttiva e decisoria, con riduzione al minimo di quelli relativi alla fase di trattazione ed istruttoria in quanto consistita nella mera predisposizione delle memorie ex art. 183 comma 6 c.p.c.. Il tutto, ovviamente, tenendo conto della rideterminazione del *quantum*.

Un'ultima annotazione merita di essere effettuata.

Come noto, l'art. 59 comma 1 d.P.R. n. 131/1986 stabilisce che *“si registrano a debito, cioè senza contemporaneo pagamento delle imposte dovute: a) le sentenze, i provvedimenti e gli atti che occorrono nei procedimenti contenziosi nei quali sono interessate le amministrazioni dello Stato e le persone o gli enti morali ammessi al beneficio del (patrocinio a spese dello Stato) quando essi vengono formati d'ufficio o ad istanza o nell'interesse dei detti soggetti; la registrazione a debito non è ammessa per le sentenze portanti trasferimento di beni e diritti di qualsiasi natura; b) gli atti formati nell'interesse dei soggetti di cui alla lettera a) dopo che sia iniziato il procedimento contenzioso e*

necessari per l'ulteriore corso del procedimento stesso o per la sua definizione; c) gli atti relativi alla procedura fallimentare; d) le sentenze che condannano al risarcimento del danno prodotto da fatti costituenti reato”.

Ai fini della prenotazione a debito e dell'esenzione dal relativo onere di solidarietà passiva nel pagamento dell'imposta di registro ai sensi della lettera d) è, però, sufficiente che la parte sia stata destinataria di un risarcimento del danno scaturente da fatti astrattamente costituenti reato: la Corte di Cassazione ha ribadito, infatti, che la norma di cui all'art. 59, lett. d), d.P.R. n. 131/1986 si riferisce genericamente alle sentenze di condanna al risarcimento del danno derivante da fatti costituenti reato, aggiungendo che tale relazione deve essere intesa in senso ampio, in modo tale da comprendere tutti quei fatti che possono “astrattamente” configurare ipotesi di reato, non richiedendosi che le sentenze siano pronunziate solo a seguito di un giudizio penale o che si tratti di fattispecie che abbiano dato origine in concreto ad un procedimento penale (così Cass., Sez. 5, Sentenza n. 5952 del 14/03/2007; v. anche Cass., Sez. 5, Sentenza n. 24096 del 12/11/2014) e neppure assumendo rilievo la circostanza che, in relazione ai fatti suscettibili di costituire reato, accertati dal giudice civile, alcuni dei convenuti siano stati condannati al risarcimento del danno ed altri no (v. ancora Cass., Sez. 5, Sentenza n. 5952 del 14/03/2007), essendo sufficiente, al fine di determinare la prenotazione a debito, che vi siano fatti obiettivamente rilevanti penalmente così da evitare che il danneggiato venga chiamato a pagare, in virtù del vincolo di solidarietà, l'imposta di registro e da consentire che, in applicazione dell'art. 60 d.P.R. n. 131/1986, tale imposta sia recuperata nei soli confronti dei convenuti che sono stati effettivamente condannati al risarcimento del danno e non di quelli nei cui confronti la relativa domanda sia stata respinta.

Pertanto, alla luce di tutto quanto sopra esposto e preso atto che nei fatti descritti è configurabile in linea astratta il reato di lesioni colpose gravissime ai danni di *Persona_1* ai sensi dell'art. 60 comma 2 del d.P.R. n. 131/1986 e considerato che “*nelle sentenze di cui alla lettera d) dell'art. 59 deve essere indicata la parte obbligata al risarcimento del danno, nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito*”, tale è il soggetto che va indicato come esente dal pagamento dell'imposta di registro, rimanendone obbligati tutti gli altri.

P.Q.M.

Il Tribunale di Monza, Seconda sezione Civile, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- accertata la responsabilità contrattuale della *Controparte_9* e la sua Mamma per l'infezione, di origine nosocomiale, contratta da *Persona_1* presso l' *Controparte_11* nel periodo compreso tra il [REDACTED] ed il

- la condanna, in persona del legale rapp.te p.t., a corrispondere in favore di Pt_1 [...] e Parte_2 nella loro qualità di esercenti la potestà genitoriale sul figlio minore Persona_1 ed a soddisfazione integrale del danno patrimoniale e non patrimoniale subito in conseguenza di ciò, la complessiva somma di € **1.963.410,28**, già rivalutata e comprensiva di interessi compensativi maturati sino alla data odierna sulle voci di danno non patrimoniale, oltre interessi nella misura legale maturati a decorrere da tale ultima data sino a quello del saldo effettivo;
- rigetta per intervenuta prescrizione le rispettive domande risarcitorie del danno non patrimoniale subito *jure proprio* avanzate da Parte_1 e Parte_2
 - condanna la Controparte_9, in persona del legale rapp.te p.t., a rifondere in favore di Parte_1 e Parte_2 le spese di lite sostenute sia in sede di procedimento per ATP che nell'ambito del presente giudizio che si liquidano, quanto al primo, in complessivi € 10.368,00, di cui 843,00 per spese esenti e 9.525,00 per compensi, e, quanto al secondo, in complessivi € 30.034,65, di cui 880,65 per spese esenti e 29.154,00 per compensi, in entrambi i casi oltre 15% per spese generali, C.P.A. ed I.V.A., quest'ultima se ed in quanto dovuta, come per legge;
 - visto l'art. 60 comma 2 del d.P.R. n. 131/1986, indica in Parte_1 in proprio, Pt_2 [...] in proprio e nella Controparte_1 i soggetti nei confronti dei quali va recuperata l'imposta di registro eventualmente prenotata a debito.

Così deciso in Monza in data 9 gennaio 2024

Il Giudice
dott. Carlo Albanese