R.G. N. 6852 /2015

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI SALERNO
II Sezione Civile

in persona del Giudice Unico, dott. Giuseppe Barbato ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile in I grado iscritta al ruolo al n. 6852/2015 R.G., avente ad oggetto: azione di risarcimento danni, vertente

TRA

Parte_1 **e** *Parte_2* in proprio e quali genitori legali rappresentanti della figlia minorenne *Persona_1* *Controparte_1* **n. il** [redacted] *CP_2* *[...]* *CP_3* *CP_4* *CP_5* *Controparte_6* *CP_7* *CP_8* *Controparte_9* *Controparte_10* *[...]* *CP_11* **;** *Controparte_1* **n. l** [redacted] *CP_12* *CP_13* **e** *Controparte_14* in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_2* **e** *Persona_3* *Parte_3* **e** *Controparte_15* in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_4* **e** *[...]* *Per_5* *Parte_4* in proprio e quale genitore legale rappresentante della figlia *Persona_6* *[...]* rappresentati e difesi, giusta procura in calce all'atto di citazione, dall'avv. [redacted] presso il cui studio elettivamente domiciliano in Omignano Scalo (SA) alla [redacted]

ATTORI

E

CP_16 **,** in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa, giusta procura generale alle liti per notaio *Per_7* del 2.2.2018, rep. n. 26327, racc. n. 3427, dall'avv. [redacted] con la quale elettivamente domicilia in *CP_16* , alla [redacted]

CONVENUTA

E

CP_17 in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa, giusta procura rilasciata su foglio separato, ma congiunto *ex* art. 83, III comma c.p.c., alla comparsa di costituzione dei nuovi difensori del 22.1.2021, dall'avv. [redacted] e dall'avv. [redacted] con i quali

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

elettivamente domicilia presso lo studio dell'avv. [redacted] in *CP_16* , al [redacted]

CONVENUTA

E

Controparte_18 in persona del legale rappresentante p.t., rappresentato e difeso, giusta procura rilasciata a margine della comparsa di costituzione e risposta depositata in data 16.2.2017, dall'avv. [redacted] con il quale elettivamente domicilia presso lo studio dell'avv. [redacted] in *CP_16* , alla [redacted]

TERZO CHIAMATO

CONCLUSIONI

All'udienza dell'8.11.2023. le parti rassegnavano le proprie conclusioni come da verbale d'udienza, da intendersi riportate e trascritte in questa sede.

RAGIONI di FATTO E di DIRITTO della DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* e *Parte_2* , in proprio e quali genitori legali rappresentanti della figlia minorenne *Persona_1* *Controparte_1* n. il [redacted] *Controparte_2* ; *CP_3* ; *CP_4* *CP_5* *CP_6* *[...]* *CP_7* *CP_8* *Controparte_9* *Controparte_10* *Controparte_11* *Controparte_1* n. l [redacted] *CP_12* *CP_13* e *Controparte_14* in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_2* e *Persona_3* *Parte_3* e *Controparte_15* , in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_4* e *Persona_5* ; *Parte_4* in proprio e quale genitore legale rappresentante della figlia *Persona_6* , convenivano in giudizio l' *CP_16* " e l' *CP_17* 1" dinanzi al Tribunale di Salerno.

[...]

Ed invero, gli odierni attori esponevano che in data [redacted] *Parte_2* , incinta alla trentaquattresima settimana, in seguito alla rottura prematura delle membrane veniva trasportata con veicolo privato presso [redacted] *Org_1* di [redacted] (SA), ove giungeva alle 13:36 per poi essere ricoverata nell'unità operativa di ostetrica e ginecologia alle ore 14:27.

Intorno alle 15:30, i sanitari della predetta struttura ospedaliera, con diagnosi "*II gravida alla 34,3 w sacco rotto*", prescrivevano il trasferimento della paziente presso [redacted] *Org_2* *[...]* di [redacted] (SA), dove la sig.ra *Pt_2* giungeva con ambulanza del 118 alle ore 17:00 e dove partoriva il giorno successivo intorno alle ore 11:30, a distanza di circa ventitré ore dal momento della rottura della membrana.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Gli odierni attori si dolevano della condotta attendista dei ginecologi intervenuti, i quali, senza tener conto degli obiettivi elementi clinici e senza pensare di stimare l'entità dell'oligoidramnios, tentavano unicamente di ritardare l'espletamento del parto mediante la somministrazione di "vasosuprina" e ricorrendo a terapia cortisonica e antibiotica sotto dosata.

In conseguenza di tale comportamento, il parto pretermine per precoce rottura della membrana e con oligoidramnios secondario a giri di cordone intorno al collo comportava una "*asfissia perinatale con gravi sequele neurologiche per sofferenza ipossico – ischemica*".

Sicché, il neonato *Persona_8* veniva immediatamente trasferito presso l'unità operativa complessa di neonatologia e terapia intensiva del nosocomio [redacted] per poi essere trasferito, in data 5.11.2013, presso l' *Organizzazione_3* " di *CP_17* dove veniva ricoverato presso il dipartimento di neonatologia medica e chirurgica – struttura complessa di neonatologia medica e chirurgica.

In data 17.11.2013, i sanitari del *Org_4* " ponevano in essere una manovra di intubazione che comportava un'ulteriore degenerazione del quadro autonomo funzionale neurologico del neonato, fino ad una quadro diffuso di "*encefalomalacia multicistica*" che aggravava il precedente danno ischemico celebrale ed aveva una incidenza concausale con riguardo al successivo aggravarsi delle condizioni del piccolo *Per_8* che, in data 25.3.2013, veniva ricoverato presso il reparto di pediatria dell' *Organizzazione_5* di Potenza, ove [redacted] alle [redacted]

Ritenendo sussistente la responsabilità dell' *CP_16* " e dell' *CP_17* per i gravi e negligenti errori di valutazione e di intervento commessi dai sanitari degli [redacted] *Org_2* *[...]* di [redacted] e *Org_3* " di *CP_17* he determinavano la morte del piccolo *Per_8* *[...]* rilevato il fallimento di tutti i tentativi stragiudiziali di definizione bonaria della controversia, gli odierni attori concludevano chiedendo che fosse accertata la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale delle convenute e, per l'effetto, ne chiedevano la condanna al risarcimento di tutti "*i danni biologici, patrimoniali, morali ed esistenziali, iure proprio e iure ereditario*" da loro patiti, da determinarsi in corso di causa, oltre interessi e rivalutazione, con vittoria di spese e competenze del giudizio.

Così instaurato il contraddittorio, con comparsa di costituzione e risposta del 14.12.2015, si costituiva in giudizio l' *CP_16* , eccependo preliminarmente la nullità dell'atto di citazione *ex* art 164 c.p.c. Nel merito, contestava l'avverso dedotto rilevando la correttezza dell'operato dei sanitari [redacted] *Organizzazione_2* " di [redacted] i quali, all'atto del ricovero della sig.ra *Pt_2* , avevano effettuato tutti gli esami previsti dal Protocollo delle Linee Guida Ministeriali per le gravidanze con rottura prematura delle membrane e minaccia di parto pretermine.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Più in particolare, rilevava che la circostanza che vi fossero dei giri di cordone ombelicale intorno al collo del neonato non poteva ricollegarsi automaticamente all'asfissia perinatale da questi patita, dal momento che *Persona_8* nasceva dopo 34 settimane e 4 giorni di gestazione, prima cioè di poter acquisire la maturità polmonare che, normalmente, si concretizza intorno alla 36/37 settimana di gestazione.

Deducendo che, successivamente al parto, il neonato era stato costantemente monitorato e controllato sino alle sue dimissioni, sicché l'esito letale non poteva essere in alcun modo collegato né al parto né al successivo periodo di ricovero presso il nosocomio [redacted] l' *CP_16* " evidenziava che controparte non aveva fornito alcuna prova in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra l'insorta situazione patologica e le condotte poste in essere da parte dei propri sanitari.

Contestando anche la genericità dell'avversa richiesta risarcitoria, concludeva chiedendo il rigetto dell'avversa domanda con vittoria di spese e competenze del giudizio.

Con comparsa di costituzione e del 16.12.2015, si costituiva in giudizio anche l' *CP_17* , eccependo in via pregiudiziale la carenza della propria legittimazione passiva sul rilievo che né [redacted] *Organizzazione_2* " di [redacted] né il *Org_3* " di *CP_17* potevano essere ricondotti giuridicamente o funzionalmente all' *Parte_5* ".

Con particolare riferimento al *Org_3* " di *CP_17* evidenziava che si trattava di un *[...]* *Controparte_19* dotato di propria personalità e autonomia ed insistente su un'area beneficiaria del privilegio dell'extraterritorialità a favore della [redacted]

Non essendovi stato alcun rapporto o contatto tra gli attori e l' *CP_17* , concludeva chiedendo pregiudizialmente che fosse dichiarata la propria carenza di legittimazione passiva e, nel merito, instava per il rigetto dell'avversa domanda, con vittoria di spese di lite.

All'udienza del 13.1.2016 veniva autorizzata la chiamata in causa dell' *CP_18* *Org_3* " di *CP_17* richiesta dal procuratore di parte attrice.

Disposta la rinnovazione della notifica dell'atto di chiamata in causa all'udienza del 9.6.2016, con comparsa di costituzione del 13.2.2017, si costituiva in giudizio l' *Controparte_20* *[...]* ", evidenziando la correttezza dell'operato dei propri sanitari in relazione alla difficile situazione clinica presentata da *Persona_8* sin dal momento del suo ingresso presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale.

Con particolare riferimento alla procedura eseguita in data 17.11.2013, rilevava che in data 16.11.2013 gli esami emogasanalitici eseguiti sul paziente avevano rilevato una iniziale acidosi respiratoria, sicché, alle ore 11:50 del giorno successivo si rendeva necessario procedere a re-intubare il piccolo *Persona_8*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Di seguito, verso le ore 12:00, veniva eseguito un controllo radiografico che mostrava una dislocazione del TET che veniva quindi riposizionato, manovra che veniva nuovamente eseguita alle ore 14:00 e alle ore 15:40, secondo una sequenza di eventi corrispondente alla normale gestione clinica di un paziente con necessità di supporto ventilatorio, non dannosa per lo stesso e inidonea a provocare un danno ipo-anossico.

Descrivendo l'evoluzione negativa del già difficile quadro clinico del *Per_8* che deponeva per una gravissima sofferenza asfittica perinatale con esiti neurologici significativi, la struttura ospedaliera chiamata in causa deduceva la correttezza di tutte le indagini e i trattamenti eseguiti sul paziente nel corso del ricovero protrattosi sino al 25.3.2014, quando il bambino veniva infine dimesso con diagnosi di "*encefalopatia post-asfittica, insufficienza respiratoria, vescica neurogena, sepsi, IVU ricorrenti da E.coli e* *Org_6* " per essere trasferito presso [redacted] *Org_5* " di Potenza, dove poi avveniva il [redacted]

Ritenendo, dunque, che alcun addebito di responsabilità potesse essere mosso a proprio carico a causa dell'operato dei propri sanitari e che il decesso del paziente fosse eziologicamente da ricondurre, in via esclusiva, alla gravissima sofferenza asfittica verificatasi prima dell'ingresso del *Per_8* presso l' *CP_18* *Org_3* , contestava anche il *quantum* dell'avversa pretesa risarcitoria e la risarcibilità di tutti i danni richiesti dagli attori.

Tanto premesso, concludeva instando per il rigetto delle domande spiegate nei propri confronti e, in via subordinata, perché fosse determinata la specifica responsabilità di ciascuna struttura sanitaria coinvolta, con conseguente graduazione nei confronti delle stesse dell'ammontare delle somme eventualmente riconosciute come dovute in favore degli attori a titolo di risarcimento del danno, vinte le spese di lite.

Concessi alle parti i termini *ex* art. 183, VI comma c.p.c. e autorizzata l'astensione del precedente giudicante dalla trattazione del presente giudizio, con ordinanza del 12.5.2019 gli attori venivano invitati a precisare il proprio rapporto di parentela con *Persona_8* Rigettate le richieste di prova articolate in atti, veniva disposta C.T.U. medico-legale.

Depositato l'elaborato peritale, all'udienza del 18.10.2021 la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni, da ultimo, all'udienza del 19.4.2023. Disposta la sostituzione dell'udienza *ex* art. 127-*ter* c.p.c., la causa veniva assegnata a sentenza con ordinanza del 19.5.2023, con concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

Di poi, la causa veniva rimessa sul ruolo con ordinanza del 4.10.2023, al fine di invitare le parti ad interloquire in merito alla completezza della documentazione versata in atti, giacché non era stato possibile rinvenire l'"*allegato sull'armadio*" pure indicato sull'intestazione del fascicolo cartaceo.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

All'udienza dell'8.11.2023 tutte le parti convenute davano atto della completezza della documentazione in atti; il procuratore degli attori provvedeva al nuovo deposito in formato cartaceo dell'allegato mancante, consistente nella raccolta della documentazione concernente le cartelle cliniche del piccolo *Persona_8*

Pertanto, le parti precisavano le conclusioni e la causa veniva introitata in decisione, previa rinunzia, da parte delle stesse, ai termini di cui all'art. 190 c.p.c.

****

Le domande risarcitorie formulate da *Parte_1* e *Parte_2*, in proprio e nella qualità di legali rappresentanti della figlia minorenne *Persona_1* nei confronti dell' *CP_16* " e dell' *Controparte_21* " sono fondate, entro i limiti di cui si dirà, con riguardo alla domanda di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure hereditario*, nonché con riguardo alla domanda di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*, limitatamente alla figura descrittiva del danno parentale.

Sono invece infondate e vanno rigettate le ulteriori domande risarcitorie formulate da parte degli ulteriori attori.

****

1. **La qualificazione del titolo di responsabilità invocato con riferimento alla posizione dei convenuti.**

Occorre preliminarmente soffermarsi in merito alla corretta decodificazione del titolo dell'azione risarcitoria formulata per conto degli odierni attori nei confronti degli enti convenuti in giudizio.

In linea del tutto generale, secondo il consolidato orientamento dottrinale e giurisprudenziale sul punto, l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini del ricovero, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, in base al quale la stessa struttura è tenuta ad una prestazione complessa, che non si esaurisce nell'effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche, ma si estende pure ad una serie di ulteriori prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali e di tutte le ulteriori attrezzature tecniche necessarie.

Ne consegue, pertanto, che la responsabilità della struttura ha natura contrattuale sia con riguardo ai propri fatti di inadempimento, che per quanto concerne la condotta dei medici dipendenti, a norma dell'art. 1228 c.c., secondo cui il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde pure dei fatti dolosi o colposi dei medesimi, ai sensi dell'art. 1228 c.c. (*ex plurimis*, Cass. Civ., Sez. III, 13.4.2007, n. 8826; Sez. III, 13.4.2007, n. 8826).

Peraltro, tale ricostruzione ermeneutica è stata oggetto di specifica positivizzazione con l'introduzione dell'art. 7, I comma l. n. 24/2017, secondo cui "*la struttura sanitaria o socio-sanitaria*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

pubblica o privata che nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dalla struttura stessa, risponde, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. delle loro condotte dolose o colpose".

Più in particolare, pur non risultando la normativa sostanziale della legge "*Gelli-Bianco*" applicabile *ratione temporis* con riguardo al caso di specie (arg. da Cass. Civ., Sez. III, 11.11.2019, n. 28994), non v'è dubbio alcuno circa la sua portata di indice ermeneutico di indirizzo a supporto di un'elaborazione interpretativa da tempo consolidata, che è stata sostanzialmente recepita da parte del legislatore *in parte qua*.

Alcuna specifica domanda veniva formulata nei confronti dei sanitari che ebbero in cura la puerpera e *Persona_8*

Ancora, e sempre in linea generale, si è avuto modo di affermare che il rapporto contrattuale intercorrente tra paziente e struttura sanitaria o il medico, non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, giacché trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372, II comma c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale (*ex plurimis*, Cass. Civ., Sez. III, 7.4.2022, n. 11320).

A diverse conclusioni si addiviene esclusivamente con riferimento all'ipotesi del rapporto contrattuale intercorrente tra gestante e struttura ospedaliera e/o sanitario, che si riscontra, sia pure in parte, nel caso di specie.

In tal senso, si è avuto modo di rilevare che anzitutto la figura del contratto con effetti protettivi verso terzi, nel caso di specie, può giustificarsi con l'argomento che il terzo ha un interesse identico a quello dello stipulante: trattasi di un interesse che viene coinvolto dalla esecuzione del contratto nello stesso modo in cui è coinvolto l'interesse della parte contrattuale.

Nel contratto tra la struttura e la gestante, quindi, l'interesse di quest'ultima è la nascita del figlio: la donna si affida alla struttura sanitaria (o al medico) allo scopo di avere assistenza al parto. L'esecuzione del contratto soddisfa (o lede, in caso di inadempimento) l'interesse del figlio, nonché dell'altro genitore allo stesso modo di come soddisfa (o lede) l'interesse della gestante contraente. Non v'è dunque motivo di riconoscere azione da contratto all'una ed azione da delitto all'altro (Cass. Civ., Sez. III, 15.9.2020, n. 19188).

Ancora, si è condivisibilmente affermato che il tratto distintivo della responsabilità contrattuale risiede nella premessa della relazionalità, da cui la responsabilità consegue alla violazione di un rapporto obbligatorio, sicché il danno derivante dall'inadempimento dell'obbligazione non richiede la qualifica dell'ingiustizia, che si rinviene nella responsabilità extracontrattuale, perché la rilevanza

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'interesse leso dall'inadempimento non è affidata alla natura di interesse meritevole di tutela alla stregua dell'ordinamento giuridico, come avviene per il danno ingiusto di cui all'art. 2043 c.c., ma alla corrispondenza dell'interesse alla prestazione dedotta in obbligazione (arg. ex art. 1174 c.c.), essendo, dunque, la fonte contrattuale dell'obbligazione che conferisce rilevanza giuridica all'interesse regolato.

Quindi, sulla scorta del fulcro della relazionalità della responsabilità contrattuale *ex* art. 1372 c.c., è la natura dell'interesse che segna i limiti entro cui è possibile integrare – anche in chiave di integrazione degli obblighi protettivi verso i terzi *ex* art. 1375 c.c. -, il contenuto del contratto, così legittimandosi anche gli altri membri della famiglia della puerpera, nei limiti di cui si dirà e pur non risultando formalmente parti dello stesso contratto, ad agire *ex* art. 1218 c.c.

Presupposto imprescindibile dell'efficacia protettiva verso il terzo risulta quindi che l'interesse di cui lo stesso risulta portatore risulti connesso strettamente a quello regolato sul piano della programmazione negoziale tra coloro che figurano, formalmente, quali parti del rapporto obbligatorio così costituito.

Ne consegue, pertanto, come la figura del contratto con efficacia protettiva verso terzi rinvenga una significativa portata proprio nell'ambito delle relazioni contrattuali tra le puerpera e la struttura sanitaria e/o il professionista che ne segua la gestazione e/o il parto.

Secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità sul punto, infatti, col ricovero della gestante l'ente ospedaliero si obbliga non soltanto a prestare alla stessa le cure e le attività necessarie al fine di consentirle il parto, ma altresì ad effettuare, con la dovuta diligenza e prudenza, tutte quelle altre prestazioni necessarie al feto (ed al neonato), sì da garantirne la nascita, evitandogli - nei limiti consentiti dalla scienza (da valutarsi sotto il profilo della perizia) - qualsiasi possibile danno, dei quali, altrimenti, risponderà, una volta che il nascituro venga ad esistenza, sul piano contrattuale, sebbene il medesimo sia rimasto formalmente estraneo al contratto (Cass. Civ., Sez. III, 8.7.2020, n. 14285).

Ed infatti, il contratto intercorso tra la struttura e/o il professionista e la puerpera assurge a fattispecie negoziale "*con effetti protettivi a favore del neonato*", quantunque le prestazioni nei suoi confronti debbano essere assolte in tutto o in parte, anteriormente alla nascita. In tal senso, la posizione del feto risulta protetta in ragione dell'esistenza di disposizioni normative - contenute non solo nella legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), ma anche nella legge 30 dicembre 1971, n. 1204 (Tutela delle lavoratrici madri), nel relativo regolamento di esecuzione, ovvero il d.P.R. 25 novembre 1976, n. 1026, oltre che nella legge 9 dicembre 1977, n. 903 (Parità tra uomini e donne in materia di lavoro) - dalle quali si evince l'intenzione del legislatore di tutelare l'individuo "sin dal suo concepimento" , o meglio, di farne

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

oggetto di tutela «progressiva» da parte dell'ordinamento, in tutte le sue espressioni normative e interpretative.

Ciò secondo un disegno nel quale - come attesta anche la giurisprudenza costituzionale (a partire da Corte cost., sent. n. 27 del 1975) - "*l'innegabilità del riconoscimento in capo al nascituro dei diritti inviolabili dell'uomo previsti dall'art. 2 della Carta fondamentale, che esalta l'imprescindibile legame di tali diritti con la natura umana*", riceve una "*puntuale conferma*" sia "negli art. 2, 30, 31, 32 e 37 Cost.", sia nelle disposizioni costituzionali "*che fanno riferimento alla maternità, contenute negli artt. 31, comma 2, e 37, comma 1*", le quali "*si saldano logicamente con la normativa per cui la maternità viene in rilievo come situazione esistenziale «plurima» da salvaguardare in quanto la tutela giuridica si dirige sia verso la madre sia nei confronti del figlio, e si estende dalla gestante al nascituro"* (Cass. Civ., Sez. III, 2.10.2012, n. 16754).

La coesistenza di tali interessi giustifica pertanto la tutela del concepito secondo la figura del terzo protetto dal contratto; più in generale, inoltre, è l'"*incidenza della nascita di un bambino in condizioni menomate sul piano dell'esistenza dell'intera famiglia, e non più solo della coppia*" a determinare l'estensione di tale figura a tutti i componenti della famiglia nucleare della puerpera.

Sicché, il più ampio tessuto normativo volto a tutelare la posizione del concepito, sulla scorta del rilievo sistematico della l. n. 194/1978, nonché della l. n. 40/2004, deve inquadrarsi nel quadro del disposto degli artt. 2, 29 e 30 Cost., che assumono una significativa portata ermeneutica con riguardo alla decodificazione della disciplina codicistica di cui agli artt. 143 e ss. c.c., oltre che degli artt. 261 e 271 c.c. Ed è proprio la rilevanza costituzionale del fatto giuridico del concepimento a consentire di ricondurre anche la posizione del padre tra i soggetti protetti dal contratto in questione e nei cui confronti la prestazione del medico è dovuta (Cass. Civ., Sez. III, 9.7.2020, n. 14615).

Sulla scorta di tali coordinate ermeneutiche, quindi, la pretesa risarcitoria articolata *iure proprio* ed *hereditario* da parte di *Parte_1* e di *Parte_2* nei confronti dell' *CP_22* , quali genitori del piccolo *Persona_8* in proprio e quali genitori esercenti la responsabilità genitoriale nei confronti della sig.ra *Persona_1* devono senz'altro inquadrarsi nell'alveo dell'azione *ex* art. 1218 c.c.

Sotto tale profilo, alcun dubbio si pone circa il fatto che la condotta contestata in capo all'Azienda sanitaria convenuta sia consistita proprio nell'erroneo trattamento sanitario cui venne sottoposta la gestante *Parte_2* presso [redacted] *Organizzazione_2* " di [redacted] che, a dire degli attori, avrebbe configurato una concausa del decesso del piccolo *Persona_8*

Sicché, tenuto conto della diretta incidenza dell'efficacia protettiva del contratto intercorso tra la gestante e la struttura nei confronti dei componenti della famiglia nucleare, ivi compresa la sorella di *Persona_8* (arg., *ex plurimis*, da Cass. Civ., Sez. III, 2.10.2012, n. 16754), la domanda

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

risarcitoria così formulata da parte di questi ultimi nei confronti dell' *CP_22* " deve ricondursi nell'alveo della tutela di cui all'art. 1218 c.c.

Né a diverse conclusioni può addivenirsi sulla scorta del fatto che, in sede di comparsa conclusionale, gli odierni attori rilevavano che, quanto al danno parentale patito "*ha natura extracontrattuale, poiché il rapporto contrattuale tra paziente e la struttura sanitaria produce normalmente i suoi effetti soltanto tra le parti del contratto*" (cfr. pag. 4).

Occorre infatti rilevare che, da un lato, veniva dedotta sin dall'introduzione del presente giudizio la richiesta di accertamento della "*responsabilità contrattuale ed extra-contrattuale*" degli enti evocati in causa; per altro verso, alcun dubbio si pone circa il fatto che, in tema di azione per il risarcimento dei danni, la domanda va identificata non già in relazione al diritto sostanziale indicato dalla parte alla stregua dei fatti costitutivi della fattispecie normativa invocata, ma esclusivamente in base al bene della vita e ai fatti storici che delineano la fattispecie concreta, rientrando nel dovere di qualificazione giudiziale della fattispecie la decodificazione del titolo di responsabilità invocata, e tanto a prescindere dal tipo di diritto invocato dalla parte (arg., *ex plurimis*, da Cass. Civ., Sez. III, 29.3.2022, n. 10049).

Diversamente a dirsi sia con riferimento al trattamento sanitario espletato direttamente nei confronti del piccolo *Persona_8* [redacted] di [redacted] (SA), oltre che con riguardo alla domanda risarcitoria formulata da parte dei medesimi attori nei confronti dell' *Controparte_21* *[...]* , pure ritenuto responsabile, in concorso con l' *CP_16* " nella causazione del decesso del piccolo *Per_8* . In tal senso, il rapporto contrattuale derivante dal contratto di spedalità intercorreva direttamente tra tali enti e lo stesso *Persona_8* trattandosi di prestazioni sanitarie effettuate direttamente nei confronti del piccolo paziente e non già nei confronti della gestante.

Ne consegue come la sola domanda diretta al risarcimento del danno patito *iure hereditario in parte qua* da parte dei predetti attori possa inquadrarsi nell'alveo dell'illecito contrattuale (*ex plurimis*, Cass. Civ., Sez. III, 9.7.2020, n. 14615), vertendo senz'altro la correlativa richiesta del risarcimento del danno sofferto *iure proprio*, con riguardo ai trattamenti in questione, nell'ambito dell'illecito aquiliano.

Ad analoghe conclusioni deve addivenirsi con riguardo agli altri congiunti del piccolo *Per_8* , che pure agivano nel presente giudizio ai fini del risarcimento del danno: sotto tale profilo, da un lato, non rientrando gli stessi tra i componenti della famiglia nucleare della vittima, anche la domanda risarcitoria articolata nei confronti dell' *CP_22* " deve inquadrarsi nella tutela aquiliana; analogamente a dirsi con riguardo alla richiesta di risarcimento dei danni patiti nei confronti dell' *Controparte_21* ".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Pertanto, alcun dubbio può porsi circa il fatto che l'ipotesi di responsabilità sanitaria oggetto di contestazione rientri, con specifico riferimento alle domande formulate nei confronti dell' *CP_22 [...]* " da parte dei genitori del piccolo *Persona_8* anche nella qualità di legali rappresentanti della figlia *Persona_1* con riguardo alle contestazioni attinenti al trattamento praticato alla sig.ra *Parte_2* , nonché, per quanto concerne la domanda di risarcimento del danno *iure hereditario* nei confronti di tutti gli enti convenuti, nell'alveo della più generale disciplina dell'inadempimento *ex contractu* di cui all'art. 1218 c.c.

Sotto tale angolo prospettico, quindi, deve aversi riguardo alla più ampia tematica del riparto dell'onere della prova nella materia in esame: in tal senso, il creditore che agisca per il risarcimento del danno è senz'altro tenuto a dare prova del titolo del proprio diritto, con allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, onerata piuttosto di dover dimostrare il fatto estintivo dell'altrui pretesa (Cass. Civ., SS.UU., 30.10.2001, n. 13533).

Con specifico riguardo al tema della responsabilità sanitaria, quindi, l'attore è tenuto a provare l'esistenza del contratto di spedalità, oltre all'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di qualificate inadempienze da parte del sanitario astrattamente idonee a provocare il danno lamentato, restando a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno (Cass. Civ., Sez. III, 12.12.2013, n. 27855).

Pertanto, una volta allegato l'inadempimento del sanitario, il paziente è cionondimeno tenuto a dare prova della riconducibilità eziologica del danno-evento (lesione della salute) alla condotta colposa del sanitario, anche sulla scorta di meri elementi indiziari; e peraltro, all'astratta lesione della situazione giuridica subiettiva derivante dalla commissione dell'illecito deve seguire la prova delle specifiche conseguenze dannose derivanti dal danno in questione, siano esse di natura patrimoniale ovvero non patrimoniale.

E non v'è dubbio circa il fatto che sia onere del paziente dare prova della sussistenza del nesso di causalità materiale e giuridica rispettivamente intercorrente tra condotta ed evento dannoso e tra quest'ultimo ed il danno (Cass. Civ., Sez. III, 11.11.2019, n. 28991).

Una volta adempiuto tale onere probatorio, è successivo onere della struttura sanitaria o del sanitario, provare o di avere esattamente adempiuto, o che l'inadempimento sia dipeso da causa non imputabile, e cioè o di avere svolto l'attività professionale con la diligenza richiesta, oppure che sia intervenuta una causa esterna, imprevedibile o inevitabile (Cass. Civ., Sez. VI, 26.11.2020, n. 26907); peraltro, l'accertamento eziologico dovrà ispirarsi al più generale criterio del "*più probabile che non*" (*ex*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

plurimis, Cass. Civ. Sez. III, 19.5.2021, n. 13677), così dovendosi rigettare sin d'ora le doglianze a tal uopo formulate per conto degli odierni attori sul punto.

Deve invero recepirsi la condivisibile evoluzione giurisprudenziale maturata sul punto, secondo cui grava sul creditore l'onere di provare il nesso di causalità fra l'azione o l'omissione del sanitario ed il danno di cui domanda il risarcimento: non solo il danno, ma anche la sua eziologia è infatti parte del fatto costitutivo che incombe all'attore di provare, gravando sul creditore l'eventuale incertezza della reale causa del danno.

Viene così ricomposto l'apparente contrasto registrato nella materia in esame, tenuto conto dell'orientamento originariamente maturato nella giurisprudenza di legittimità, secondo cui nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medico chirurgica, l'attore danneggiato avrebbe avuto l'onere di provare l'esistenza del contratto e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno (Cass. Civ., Sez. III, 30.9.2014, n. 20547; Sez. III, 12.12.2013, n. 27855; Sez. III, 21.7.2011, n. 15993; SS.UU., 11.1.2008, n. 577).

Si è avuto infatti modo di rilevare come tale orientamento abbia riguardo non già alla fattispecie costitutiva della responsabilità risarcitoria dedotta dal danneggiato, ma a quella attinente alla vicenda estintiva dell'obbligazione opposta dal danneggiante, il cui onere risulta senz'altro gravante su quest'ultimo. In altre parole, si è avuto modo di ribadire la distinzione tra causalità relativa all'evento e causalità relativa al consequenziale danno, da parte della dottrina qualificabili rispettivamente come causalità materiale e giuridica, rispetto alla diversa fattispecie attinente all'impossibilità della prestazione esigibile *ex* art. 1218 c.c.

Sicché, la causalità relativa all'evento ed al danno consequenziale è comune ad ogni ipotesi di responsabilità, contrattuale ed extracontrattuale, e caratterizza nello stesso modo gli oneri probatori rispettivi del danneggiante e del danneggiato. Ne consegue, pertanto, la configurabilità di un duplice "*ciclo causale*", l'uno relativo all'evento dannoso, l'altro relativo all'impossibilità di adempiere: mentre il creditore deve provare il nesso di causalità fra l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e la condotta del sanitario, il debitore deve provare che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile la prestazione. Sicché, la causa incognita resta a carico dell'attore relativamente all'evento dannoso, mentre resta a carico del convenuto relativamente alla possibilità di adempiere. Infatti, il ciclo causale relativo alla possibilità di adempiere acquista rilievo solo ove risulti dimostrato il nesso causale tra l'evento dannoso e la condotta del debitore. Solo una volta dimostrato il nesso

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

eziologico in esame, graverà sul debitore la prova dell'inevitabilità ed imprevedibilità della causa che ha reso impossibile la prestazione (*ex plurimis,* Cass. Civ., Sez. III, 26.7.2017, n. 18392).

Sotto tale specifico profilo, l'accertamento causale è improntato al paradigma penalistico degli artt. 40 e 41 c.p.: in tal senso, la riconducibilità eziologica del danno-evento alla condotta oggetto di contestazione presuppone che, alla stregua della legge scientifica di copertura - ovvero di una massima di esperienza, nel caso della causalità "psichica"-, l'evento concreto sia effettivamente ricollegabile alla condotta, secondo un elevato livello di probabilità logica.

Non rileva tanto la probabilità statistica di verificazione di quel determinato evento, date quelle specifiche condizioni di fatto, sulla scorta dell'applicazione della legge scientifica di copertura: appare invece decisivo il riscontro dell'esclusione di eventuali fattori alternativi di causazione dello specifico evento concreto oggetto di contestazione.

In tal senso, tanto maggiore risulta la percentuale statistico-probabilistica di verificazione dell'evento sulla scorta dell'applicazione della legge scientifica di copertura, tanto minore risulterà lo sforzo motivazionale atto a dimostrare l'insussistenza di eventuali fattori alternativi che in concreto abbiano potuto incidere sulla verificazione dell'evento. E, inversamente, basse percentuali statistico-probabilistiche di verificazione dell'evento alla stregua dell'applicazione della legge scientifica non escludono la possibilità di ritenere accertato in concreto il nesso causale *in parte qua*, laddove sia opportunamente dimostrata l'esclusione di fattori concreti alternativi di causazione dell'evento, di tal guisa da far ritenere, in concreto, che l'effettiva verificazione dell'evento sia riconducibile, secondo un adeguato livello di probabilità logica, a quel concreto antecedente causale, quantunque lo stesso, in astratto, non avesse significative probabilità statistiche di cagionare quel determinato tipo di evento.

E non v'è dubbio circa il fatto che se in sede penalistica lo *standard* probatorio necessario per ritenere accertata la sussistenza del nesso eziologico *in parte qua* debba ispirarsi al principio dell'"oltre ogni ragionevole dubbio" (Cass. Pen., SS.UU., 11.9.2002, n. 30328), diversamente dicasi per quanto concerne il paradigma probatorio proprio del giudizio civile, ispirato al criterio del "più probabile che non".

Infine, il principio condizionalistico, alla base dell'elaborazione giuridica del nesso eziologico, deve necessariamente contemperarsi, con specifico riguardo ai decorsi causali atipici, con il paradigma della causalità adeguata, dovendosi pertanto escludere la riconducibilità eziologica di eventi del tutto avulsi dal fattore causale, secondo un giudizio di prevedibilità da formularsi *ex ante,* alla stregua del criterio dell'*id quod plerumque accidit*.

Le ulteriori domande formulate nel presente giudizio, come detto, vanno inquadrate invece nell'alveo della responsabilità aquiliana. Sotto tale angolo prospettico, invero, alcun dubbio si pone circa il fatto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

che il danneggiato sia onerato di provare la condotta; l'imputabilità subiettiva della stessa in capo al danneggiante; l'esistenza del danno-evento e delle specifiche conseguenze pregiudizievoli patite; il nesso eziologico intercorrente tra danni-conseguenza e danno-evento, nonché quello tra tale evento e la condotta oggetto di contestazione sulla scorta dei canoni probatori di cui si è detto.

Più in particolare, gli odierni attori imputavano ai sanitari [redacted] *Organizzazione_2* di [redacted] e dell' *Controparte_21* " di *CP_17* "*una condotta assolutamente irresponsabile, imperita e negligente del personale medico*", rispettivamente consistita in *"un ingiustificato atteggiamento attendista*" ed in una "*manovra di intubazione errata*".

Ne consegue, pertanto, che sulla scorta di tali allegazioni, il titolo di responsabilità contrattuale imputabile agli enti evocati in giudizio, nei limiti evidenziati in precedenza, risulta individuato nell'erroneo operato dei medici, del quale sarebbero risultate corresponsabili le strutture ospedaliere convenute, ai sensi dell'art. 1228 c.c.

Quanto invece alla responsabilità extra-contrattuale invocata nei confronti dei medesimi enti, la stessa risulta senz'altro inquadrabile nell'alveo del più generale paradigma di cui al combinato disposto degli artt. 2043 e 2049 c.c.

Tanto premesso, sulla scorta di tali coordinate ermeneutiche, occorrerà a questo punto soffermarsi sugli esiti delle accertamenti peritali.

2. Il caso clinico oggetto di contestazione.

In linea del tutto preliminare, i CC.TT.UU. rilevavano che il piccolo *Persona_8* nato alla trentaquattresima settimana di gestazione presso [redacted] di [redacted] in data [redacted] veniva dapprima assistito presso tale struttura, per poi essere trasferito in data 5.11.2013 presso l' *[...] Organizzazione_7* " di *CP_17* dopo aver contratto una sepsi da infezione nosocomiale e dopo aver sviluppato un'insufficienza respiratoria.

Il 25.3.2013 il piccolo paziente, che presentava un'encefalopatia post-anossica, un'insufficienza respiratoria, una vescica neurogena, una sepsi, ed era stato tracheotomizzato, intubato, ventilato e sottoposto ad una PEG e di una cistotomia, veniva trasferito presso l' *CP_23* di Potenza dove poi [redacted]

Gli ausiliari del giudice si soffermavano quindi sulle Linee-Guida attinenti alla gestione del parto pretermine in caso di rottura prematura delle membrane amnio-coriali vigenti all'epoca dei fatti (AOGOI 2009).

Ancora, rilevavano i CC.TT.UU. che la rottura prematura delle membrane amniocoriali (PROM) indica la rottura delle membrane (ROM) prima dell'inizio del travaglio in una gravida che ha superato la gestazione di trentasette settimane, laddove la rottura prematura delle membrane pretermine (*CP_24*) attiene alla rottura delle membrane che si verifica prima di trentasette settimane di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

gestazione. Inoltre, sempre in via preliminare, rilevavano i CC.TT.UU. che la rottura delle membrane "*è provocata da un lato dalla morte cellulare programmata e dall'attivazione degli enzimi catabolici, come la collagenasi, e dall'altro da forze meccaniche. La PROM pretermine si verifica probabilmente a causa degli stessi meccanismi e dell'attivazione prematura di questi percorsi, a cui sottendono tuttavia processi patologici (infiammazione e/o infezione delle membrane)"* (pag. 60 dell'elaborato peritale).

Ancora, deducevano come l'85% della morbilità e mortalità neonatale associata alla *CP_24* fosse il risultato della prematurità. Infatti, la *CP_24* è associata al 30-40% dei parti pretermine e ne è la principale causa identificabile. La pPROM complica il 3% di tutte le gravidanze.

Inoltre, la rottura prematura delle membrane che si verifica tra ventiquattro e trentasette settimane di gestazione risulta di notevole difficoltà di gestione, rispetto alla rottura prematura delle membrane a termine. La prematurità è il principale rischio per il feto, mentre la morbilità dell'infezione e le sue complicanze costituiscono i principali rischi per la madre.

Ancora, a dire degli ausiliari del giudice, la *CP_24* , quando "*lontana dal termine*", deve essere gestita solo in strutture in cui è disponibile una terapia intensiva neonatale in grado di prendersi cura del neonato; peraltro, poiché nella maggior parte delle gravidanze con *CP_24* il parto viene espletato entro una settimana dalla rottura delle membrane, deve addivenirsi ad un urgente trasferimento della madre in una struttura qualificata.

Segue il monitoraggio continuo della frequenza cardiaca fetale e delle contrazioni uterine; laddove sussistano condizioni rassicuranti, è possibile sottoporre la puerpera ad una gestione in attesa.

Successivamente, il monitoraggio fetale deve essere eseguito almeno una volta al giorno; se non rassicurante va praticato in continuo. Vanno altresì monitorati i segni vitali materni (frequenza cardiaca e temperatura corporea) in quanto tachicardia e febbre sono entrambe indicative di corioamnionite e richiedono un'attenta valutazione per determinare la presenza di infezioni intra-amniotiche, nel qual caso è opportuno anticipare il parto e somministrare antibiotici ad ampio spettro.

La valutazione iniziale della rottura prematura delle membrane viene fatta con esame vaginale in condizioni di sterilità per documentare l'effettiva condizione di rottura delle membrane. Va invece evitata l'esplorazione digitale, giacché riduce il tempo di latenza e aumenta il rischio di infezioni senza fornire ulteriori informazioni cliniche utili (pag. 61 dell'elaborato peritale).

Va effettuata, inoltre, ecografia ostetrica per documentare età gestazionale, peso fetale, presentazione fetale e indice di liquido amniotico. In alcuni casi può esserci oligoidramnios, definito come un indice di liquido amniotico inferiore a 2 cm; esso si associa a breve periodo di latenza e corioamnionite. Tuttavia, da solo l'oligoidramnios non è un'indicazione per il parto quando tutti gli altri indici sono rassicuranti.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Laddove, a seguito della valutazione iniziale della madre e del feto, si riscontrano delle condizioni clinicamente stabili, la gestione in attesa viene considerata la condotta migliore per la salvaguardia del benessere fetale. Viceversa, è necessario procedere al parto immediato in caso di *CP_24* laddove si riscontrino le seguenti condizioni: corioamnionite, travaglio avanzato, sofferenza fetale e distacco di placenta con monitoraggio fetale non rassicurante.

Ancora, il principale rischio materno della condotta attendista veniva individuato dai CC.TT.UU. nell'infezione che può comportare: corioamnionite (13-60%), endometrite (2-13%), sepsi (<1%) e morte materna (1-2 casi per 1000). Le complicanze legate alla placenta includono distacco di placenta (4-12%) e placenta ritenuta o emorragia post-partum che richiedono *curettage* uterino (12%).

Inoltre, lo stato materno-fetale deve essere oggetto di rivalutazione quotidiana, così come il rapporto rischio-beneficio della condotta attendista.

Si deve altresì procedere alla somministrazione di antibiotici, associati al prolungamento della gravidanza: più in particolare, appare opportuno disporre una copertura antibiotica per via endovenosa per lo streptococco di gruppo B per almeno le prime 48 ore dalla rottura delle membrane. Risulta altresì necessario l'utilizzo di corticosteroidi per accelerare la maturità polmonare nei casi di pazienti con pPROM con rischio di prematurità infantile per età gestazionale compresa tra ventiquattro e trentaquattro settimane; il trattamento tocolitico, invece, deve essere applicato solo laddove sia possibile conseguire un evidente beneficio clinico, come ad esempio un maggior tempo di latenza per il parto.

Tanto premesso, occorre a questo punto soffermarsi sulla vicenda clinica che ha interessato il piccolo *Persona_8* sulla scorta della documentazione agli atti esaminata da parte degli ausiliari del giudice (pagg. 3-58 dell'elaborato peritale) e delle risultanze peritali (pagg. 62 e ss. dell'elaborato peritale): sotto tale profilo, si è già dato atto della circostanza che il procuratore di parte attrice provvedeva nuovamente, all'udienza dell'8.11.2023, al deposito cartaceo dell'allegato che non si rinveniva più in atti. Si trattava, più in particolare, della documentazione clinica relativa sia alla sig.ra *Parte_2* , con riguardo al trattamento ricevuto [redacted] *Org_8* di [redacted] (SA), che con riferimento al piccolo *Persona_8* in merito ai ricoveri effettuati presso [redacted] *Organizzazione_9* " di [redacted] (SA), presso l'"ospedale pediatrico *Org_4* di *CP_17* , nonché presso [redacted] *CP_23* " di Potenza. Alcuna specifica contestazione veniva sollevata dalle parti con riguardo alla completezza della documentazione in esame, che, ad ogni modo, quanto ai trattamenti effettuati presso gli ospedali *Org_8* , *Organizzazione_9* " e *Org_4* di *CP_17* , risultava prodotta in atti anche da parte degli enti convenuti (cfr., quanto ai presidi ospedalieri salernitani, alla documentazione prodotta in atti per conto dell' *CP_16* , all. nn. 7), 8) e 9); quanto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

all'ospedale pediatrico *Org_4* ", cfr. la cartella clinica prodotta in allegato alla comparsa di costituzione e risposta).

Più in particolare, la sig.ra *Parte_2* , ricoverata presso [redacted] *Org_10* " di [redacted] in data [redacted] veniva sottoposta a tutte le necessarie indagini clinico-strumentali che consentirono di porre rapidamente diagnosi di pPROM.

Venivano infatti effettuati visita ostetrica, monitoraggio fetale, ecografia ostetrica con rilievo della biometria, della presentazione e della situazione fetale ed un doppler dell'arteria ombelicale.

Tutte le indagini avevano esito rassicurante.

Appena posta diagnosi di pPROM (la rottura delle membrane era riferita alle ore 14.00), come stabilito dalle linee guida di riferimento, la Sig.ra *Pt_2* alle ore 15.00, veniva informata della necessità di trasferimento presso una struttura sanitaria più appropriata dotata di Terapia Intensiva Neonatale.

Giunta presso [redacted] di [redacted] la Sig.ra *Pt_2* veniva sottoposta a visita ostetrica con esame vaginale e veniva rilevato il battito cardiaco fetale. Risulta, inoltre, dal diario clinico, la prescrizione di eseguire tracciati cardiotocografici per tre volte al giorno (la refertazione del tracciato alle ore 17.50 è normale) e di rilevare la temperatura materna ogni tre ore.

Come descritto in premessa, i parametri materni andavano monitorati per scongiurare l'insorgenza di infezioni a carico delle membrane amniocoriali, potenzialmente idonee ad estendersi al feto per via ascendente.

A tale scopo veniva altresì somministrata profilassi con antibiotici ad ampio spettro come risulta dalla cartella neonatologica n. 7185/13 in cui era riportato "*terapia medica con Amplital 1 gr x 2 dal* [redacted] e veniva praticata la profilassi cortisonica per indurre la maturità polmonare.

Persona_8 nasceva quindi alle ore 11:30 del [redacted] a seguito di parto spontaneo, con un punteggio Agpar nella norma, di 7 e 8 rispettivamente a 1 e a 5 minuti.

Sotto tale profilo, alcuna censura poteva riscontrarsi in merito alla condotta posta in essere da parte i sanitari del [redacted] di [redacted] in merito alla gestione della rottura prematura pretermine delle membrane.

Più in particolare, la condotta attendista posta in essere dai sanitari del nosocomio [redacted] appariva adeguata in relazione al caso di specie, tenuto conto del fatto che le condizioni materne e fetali erano rassicuranti; venivano inoltre monitorati costantemente i parametri materni ed era anche praticata adeguata profilassi con antibiotico ad ampio spettro. Le condizioni fetali erano state adeguatamente controllate, dapprima con l'ecografia e poi con il monitoraggio periodico cardiotocografico. Sotto tale profilo, dopo una prima fase di monitoraggio continuo, effettuato presso

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[redacted] di [redacted] (SA), era sufficiente il monitoraggio quotidiano dell'attività cardiaca fetale.

Inoltre, nulla poteva rilevarsi con riferimento all'effettuazione della terapia tocolitica e della terapia cortisonica, giacché la prima non risultava idonea, a dire degli ausiliari del giudice, ad incidere in termini di vantaggi sull'*outcome* fetale, sicché non doveva essere eseguita routinariamente; la seconda era invece indicata solo sino alla trentaquattresima settimana di gestazione, mentre nel caso di specie era già stata riscontrata la maturità polmonare.

Alcuna censura poteva dedursi anche con riferimento alla gestione del parto, non sussistendo specifiche ragioni che avrebbero potuto richiedere un intervento precoce in luogo dell'attesa dell'evoluzione spontanea del travaglio (pag. 63 dell'elaborato peritale).

Tanto premesso, gli ausiliari del giudice si soffermavano sul trattamento attinente alla ventilazione meccanica cui venne sottoposto il piccolo *Persona_8*

Più in particolare, rilevavano i CC.TT.UU. che lo scopo della ventilazione meccanica è quello di assicurare un adeguato scambio di gas con il minor barotrauma possibile, mantenendo livelli di ossigenazione ottimali (paO2 compresa tra 60-80mmHg), per evitare i rischi sia dell'ipossia che dell'iperossia sugli organi e sistemi del neonato, in particolare sul sistema nervoso e sull'apparato respiratorio. Particolarmente utile a questo scopo si è rivelata la misurazione in continuo della saturazione arteriosa transcutanea con l'obiettivo di mantenere la SaO2 ad un livello del 92 più o meno 3%.

Appare inoltre necessario controllare i livelli della PaCO2, che costituisce il principale regolatore del flusso cerebrale: valori troppo bassi o troppo alti, infatti, possono provocare danni neurologici al neonato.

Quanto alle patologie polmonari croniche e alla conseguente ventilazione meccanica necessaria nel caso di specie, secondo la più accreditata letteratura scientifica in materia, "*gli obiettivi a 36 settimane di età postconcezionale e successivamente sono un pH tra 7,25-7.35, una paO2 tra 50-70mmHg, una paCO2 tra 50-65mmHg (gV. Controparte_25 Dysplasia/Chronic Lung Disease. In Buonocore et al Neonatology Springer ED. 2012 pag 469-483). Secondo C. Romagnoli gli obiettivi sono un pH superiore o uguale a 7,25, una SatO2 >90%(>94% se ipertensione polmonare), paO2 >60mmHg, paCO2 <60mmHg.(C.Romagnoli Percorsi Assistenziali Neonatologici Biomedia 2013. Pag 83). Secondo, Cloherty, invece nella fase cronica della patologia polmonare le impostazioni del respiratore possono essere finalizzate a mantenere una paCO2 <70mmHg con una acidosi respiratoria compensata (Cloherty e Organizzazione_11 Ed 2018 pag 481)*".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Inoltre, rilevavano i CC.TT.UU. (pag. 64 dell'elaborato peritale), che la complessità delle situazioni patologiche neonatali, nonché la peculiarità delle risposte del neonato durante la ventilazione, rendono difficile l'equilibrio entro i parametri così indicati.

Sicché, "*il monitoraggio deve essere attento ed accurato, per intervenire tempestivamente e correttamente con le necessarie modifiche delle impostazioni ventilatorie iniziali, guidati dalla clinica, dagli esami e dalle immagini, cercando di evitare i rischi della ipo ed iperossia e della ipo ed ipercapnia, ma anche quelli di una ventilazione troppo aggressiva e del barotrauma polmonare che ne può derivare. A questo scopo si raccomanda, per ottenere gli obiettivi sopra ricordati, di usare appena possibile la ventilazione meno invasiva con pressione polmonare continua tramite cannule o mascherine nasali anche per la ventilazione positiva intermittente, utilizzando la intubazione tracheale solo quando la ventilazione gentile non riesce a raggiungere gli obiettivi sopra ricordati, ed utilizzando questa procedura più invasiva per il tempo strettamente necessario*".

Per quanto concerne la profondità di inserzione del tubo tracheale per via orale si può calcolare la profondità di inserzione del tubo in base al peso del neonato adottando il seguente calcolo 6cm+1 cm/Kg di peso *(*M.Pezzati Rianimazione in Sala Parto Quaderni di Aggiornamenti in Pediatria. Ancora Milano 1998, pag.24). Quindi, "*per posizionare il tubo correttamente circa ½ cm sopra la carena tracheale prima della biforcazione bronchiale, in modo che non provochi traumi e possa ventilare entrambi i polmoni, il tubo doveva essere fissato nel caso in questione, il 17.11.2013, quando il piccolo* *Persona_8* *pesava circa 3kg e ½, a 9.5 cm dalla rima labiale*".

Quanto alla gestione delle infezioni ospedaliere, rilevavano i CC.TT.UU. come le cause principali delle stesse andavano senz'altro individuate nell'affollamento, nonché nel mancato rigido e costante controllo delle procedure di prevenzione delle infezioni da parte del personale sanitario (pag. 64 elaborato peritale).

Tanto premesso, rilevavano gli ausiliari del giudice che *Persona_8* nasceva il [redacted] pretermine a 34 settimane +3gg, con una lieve depressione che necessitava di ventilazione con maschera a pressione positiva intermittente in aria dalla durata di pochi secondi, ma, nonostante fosse stata somministrata una completa profilassi cortisonica prenatale, sviluppava un grave distress respiratorio (Indice di Silvermann 6/7) o malattia delle membrane ialine, che richiedeva la ventilazione meccanica tramite tubo tracheale e la somministrazione di surfattante.

Pertanto, grazie all'assistenza ventilatoria intensiva, il neonato migliorava ed il giorno 07/10/2013 considerando la buona autonomia respiratoria, dopo un breve periodo in CPAP, sospendeva l'assistenza ventilatoria e veniva assistito soltanto con una supplementazione di ossigeno al 40%.

Il giorno 11/10/2013 però, per un peggioramento del reperto toracico e qualche episodio di desaturazione, il piccolo veniva nuovamente rimesso in CPAP nasale e la situazione respiratoria

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

migliorava, tanto che il 14/10 sospendeva nuovamente la CPAP, ma il giorno seguente il 15/10, per la ricomparsa di qualche episodio di desaturazione, la riprendeva, per sospenderla nuovamente il 16/10. Il 17/10 il piccolo era assistito in culla in respirazione spontanea senza supplementazione di ossigeno. Il 22/10/13 comparivano diverse crisi di apnea per cui riprendeva la somministrazione di ossigeno, mentre al torace comparivano rantolini diffusi e la radiografia del torace non presentava miglioramenti.

Il 24/10/13, a causa della comparsa di modici rientramenti diaframmatici e di ipercapnia all'EGA, il paziente tornava prima in CPAP e poi veniva intubato. Il 28/10/13 veniva nuovamente tentata l'estubazione ma dopo un'ora e mezza doveva essere nuovamente intubato. Il piccolo presentava una patologia polmonare cronica o displasia polmonare ed il 5/11/13 veniva trasferito all' *[...] Controparte_21* " di *CP_17* per approfondimenti diagnostici anche per possibili malattie metaboliche o sindromi genetiche che verranno poi escluse e per il prosieguo delle cure.

Durante il periodo di degenza presso il [redacted] di [redacted] (SA), "*associati al distress neonatale ed alla patologia polmonare cronica, si sono verificati episodi settici con emocolture positive rispettivamente in prima giornata di vita per lo Staphylococcus epidermidis, ed in decima giornata di vita il 15/10, per lo Staphylococcus* *Per_9* *Ancora, il secreto bronchiale prelevato il 28/10/2013 è risultato positivo per lo Staphylococcus epidermidis + miceti, e l'es. colturale della punta del tubo orotracheale è risultata positivo per l'* *Org_12* *e lo Staphylococcus hominis il 30/10/2013. Infine, l'esame delle urine del 31/10/2013 è risultato positivo per Klebsiella pneumoniae e nella stessa giornata il piccolo* *Per_8* *ha presentato temperatura febbrile a 38*°" (pag. 65 dell'elaborato peritale).

Ancora, dal diario clinico del 10.10.2013, e quindi a cinque giorni di vita, veniva riportato il "*risultato della prima ecografia cerebrale che mostra un sistema ventricolare normale per forma e dimensioni ed iperecogenicità periventricolari non meglio precisate da ricontrollare*". Nel caso di specie, si rilevava come nei neonati gravemente pretermine la sostanza bianca non ancora mielinizzata potesse essere relativamente iperecogena, soprattutto nelle aree periventricolari.

Più in particolare, emergeva che il piccolo *Per_8* non era un neonato gravemente pretermine; non era possibile riscontrare, sulla base di quanto riportato in cartella clinica, se si trattasse di reperto fisiologico o di una lesione ipossico-ischemica; laddove si fosse trattato di lesione ipossico-ischemica riscontrata per la prima volta a cinque giorni di vita, non era comunque possibile riscontrare dal referto ecografico se la lesione fosse riconducibile ad un periodo anteriore, contestuale ovvero posteriore rispetto al parto.

Ancora, rilevavano i CC.TT.UU. che "*nella stessa giornata viene segnalato qualche episodio di desaturazione e qualche tremore da stimolo. Gli episodi di desaturazione sono segnalati anche il*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

giorno 11/10/2013. Il giorno 13/10 viene riportata una aumentata reattività dopo stimolo ed il giorno 15/10 una crisi di desaturazione per cui il piccolo veniva rimesso in CPAP, che viene sospesa il 16/10. Il 17/10 le condizioni cliniche sono migliorate e stabili tanto che viene sospesa la somministrazione di ossigeno ed il neonato respira spontaneamente in aria ambiente. Il 18/10 però a 13 giorni di vita, si manifesta nuovamente qualche crisi di desaturazione, viene segnalata una lieve riduzione della reattività ed ipotonia assiale, ed all'ecografia cerebrale si segnala un lieve aumento di volume dei ventricoli laterali con iperecogenicità del contorno e la presenza di un'emorragia intraventricolare di 1° grado (o emorragia limitata alla matrice subependimale) nel ventricolo laterale sinistro e la persistenza di iperecogenicità periventricolari. Il 20/10 vengono segnalati episodi di desaturazione durante il pasto. Il 22/10 vengono riferite diverse crisi di apnea notturna con la necessità di somministrare ossigeno al 40%. Il 24/10 alle 11.42 si manifesta una acidosi respiratoria compensata con un pH 7.249, una ipercapnia di 80.5 mmHg, ed una pO2 di 32.2 con una desaturazione di ossigeno al 73.7% per cui passa in CPAP e successivamente in nasal SIMV, ma alle ore 14.00 per la persistenza della ipercapnia immodificata viene intubato. Dopo l'intubazione, alle 17.49 la pCO2 scende sino a 22.8 mmHg in una condizione di ipocapnia. Venivano quindi modificati i parametri del respiratore ed alle 19:56 la pCO2 era 53.4 mmHg, livello accettabile per una patologia polmonare cronica. Il quadro ecografico encefalico era stazionario. Il 25/10 veniva segnalata una modica ipereccitabilità neuromuscolare a tratti e dopo stimolo mentre il 28/10 veniva segnalata una ridotta reattività spontanea e dopo stimolo e all' EAB si evidenziava un'anemia (Ht 25%, Hb 8,5) che richiedeva la somministrazione di emazie concentrate La PCR era negativa ma la PCT si positivizzava 0.48% (0.19-0.38) ed il secreto bronchiale era positivo per Staphyloccus Epidermidis+miceti. Alle 13.30, nuovamente per una valore elevato di PCO2 (70.3mmHg) il neonato veniva intubato. Al controllo EAB delle 19:06 nuova situazione di ipocapnia con valore di 27.2mm Hg per cui vengono modificati i parametri del respiratore. L'RX Torace del 29/10 evidenzia un piccolo "addensamento" alla base polmonare destra. Il 30/10 si riposiziona tubo O-T perché ostruito. L'es. colturale della punta del tubo orotracheale risulta positivo per due germi: Escherichia Coli e Staphylococcus Hominis. Il 31/10 si evidenzia all'ecografia cerebrale: Sistema ventricolare normale per forma e dimensioni, non ecogenicità patologiche parenchimali, non progressione dell'IVH segnalata in precedenza.

All'Rx Torace: opacamento del campo medio e superiore di destra. Sfumatamente addensato l'ilo di sinistra. Il bimbo presenta iperpiressia 38C° per cui pratica tachipirina e la coltura urine evidenzia la presenza di Klebsiella pneumoniae. L'1/11 la reattività generale era scarsa ed il 4/11 la PCR era elevata 1.670 mg/l (0-0.5).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

L'ecografia cerebrale del 31/10 mostra la presenza di una emorragia di primo grado e quindi subependimale non progredita" .

Più in particolare, si trattava di un reperto ecografico che non poteva definirsi "*normale*", anche se, di per sé sola, tale condizione patologica non poteva ritenersi idonea a causare la morte del piccolo *Per_8* , che invece doveva derivare "*dall'associazione con altri fattori di rischio, tra cui la possibile compresenza di lesioni ipossico-ischemiche non diagnosticate*" (pagg. 66 e 67 dell'elaborato peritale).

Sicché, concludevano i CC.TT.UU. nel senso che "*un danno neurologico soprattutto evidenziato dalle immagini ecografiche fosse presente nel periodo neonatale relativo alla degenza a* [redacted] *ma non sono stati individuati dai sottoscritti comportamenti censurabili dei neonatologi che, da soli, nella cura del neonato, abbiano causato tale danno. Restano però le considerazioni relative agli episodi settici nosocomiali sopra segnalati che verosimilmente hanno giocato un ruolo nel peggiorare sia la patologia neurologica che la patologia respiratoria e favorire la sua evoluzione verso la broncopolmonite e la displasia polmonare con la conseguente insufficienza respiratoria*".

Gli ausiliari del giudice rilevavano di non avere avuto a disposizione la documentazione in merito alla situazione della T.I.N. dell' *CP_18* *Parte_6* – con riguardo alle condizioni di affollamento di neonati rispetto agli spazi ed al personale; all'operatività del comitato interno per la prevenzione delle infezioni ospedaliere; alle attività di formazione del controllo epidemiologico; al rispetto dei criteri di prevenzione in reparto; alla percentuale di infezioni operanti in reparto.

Inoltre, si è avuto modo di rilevare che le infezioni durante la degenza ospedaliera risultano particolarmente significative anche tenuto conto delle scarse difese immunitarie e di barriera di cui dispongono i prematuri, nonché dell'invasività dei controlli e delle cure effettuate.

Cionondimeno, "*nel caso specifico, considerando la carente documentazione clinica disponibile sull'aspetto delle prevenzione delle infezioni ospedaliere e la mancanza agli atti difensivi di evidenze sulle buone pratiche assistenziali eventualmente adottate, dobbiamo dedurre che l'assistenza neonatale, per quanto si riferisce alla prevenzione delle infezioni ospedaliere sia stata carente e che questa carenza abbia contribuito al peggioramento delle condizioni cliniche del neonato*".

Alle ore 13:00 del 5.11.2013, il piccolo *Persona_8* veniva ricoverato nella T.I.N. dell' *Controparte_21* ", "*per insufficienza respiratoria, intubato e ventilato, ipotonico e con riflesso di suzione assente ma in condizioni generali discrete. In anamnesi si segnalava che il piccolo, durante il ricovero a* [redacted] *era stato colpito da una sepsi da Stafilococco Warneri e che al momento del trasferimento era in terapia con Teicoplanina e Anfotericina-B per positività al BAL per Stafilococco Hominis + miceti*".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Durante la visita si constatava la dislocazione del tubo endotracheale per cui veniva ventilato con cannule nasali in N-IPPV con FiO2 0.30, PIP +25, PEEP 5.5, FR 45/min. SaO2 94%-98%....
Alle ore 16.30 la PCR era positiva (1.37mg/dl) e l'EGA era in equilibrio
Alle ore 20.00 la consulenza neurologica riportava che l'ecoencefalo era nella norma ed i riflessi osteo tendinei erano vivaci ai 4 arti ma non rilevava importanti variazioni/attivazioni del tono muscolare, concludendosi che non si apprezzavano evidenti patologie neurologiche.
In questa prima fase, dopo la dislocazione accidentale del tubo tracheale constatata durante la visita, era comprensibile la scelta di tentare la ventilazione meno invasiva tramite cannule nasali, ma già il giorno successivo l'efficacia di tale ventilazione si rilevava scarsa.
Infatti, a dire degli ausiliari del giudice, la pCO2 era 83mmHg, decisamente al di sopra dei valori consigliati dalla più accreditata letteratura scientifica in materia (tra 60 e70 mmHg). Inoltre, l'RX Torace mostrava un opacamento dell'emitorace destro con attrazione del mediastino verso destra ed erano presenti notevoli rientramenti intercostali ed epigastrici, segni clinici evidenti del peggioramento del distress respiratorio tanto che il piano di cura prevedeva giustamente l'intubazione che però non veniva effettuata.
All'ecografia cerebrale del 6/11/2013, l'emorragia di 1° grado subependimale si era assorbita e non residuavano lesioni del parenchima cerebrale.
Ancora, dopo un primo modesto miglioramento del livello della CO2 il 6/11/2013, nei giorni successivi permaneva un livello di CO2 tra 60 ed 80 ed il 10/11/ 2013 la misurazione transcutanea della PtCO2 era 75, la RX Torace mostrava una ipodiafania diffusa e durante la giornata si presentavano anche diverse crisi di desaturazioni, sino ad arrivare in tarda serata (ore 23.00) ad una crisi di desaturazione particolarmente grave che scendeva al valore di 70%.
Quindi, "*di fronte ad una ipercapnia persistente seppur compensata ed a diverse crisi di desaturazione di cui l'ultima decisamente grave, era opportuno riprendere la ventilazione con tubo orotracheale il giorno 10/11/2013*" (pag. 68 dell'elaborato peritale).
Il giorno 11.11.2013 veniva effettuata la RMN encefalo che evidenziava la presenza di prodotti di degradazione emoglobinica, nelle parti più declivi dei ventricoli laterali: corni occipitali, trigoni e parti posteriori dei corpi ventricolari, specie a sinistra. Analoghe alterazioni di segnale erano presenti anche lungo il profilo laterale delle celle medie dei ventricoli laterali, lungo la superficie dell'emisfero cerebellare sinistro, lungo la tenda tentoriale e la falce posteriore, ad indicare una soffusione emorragica.
Pertanto, l'11 novembre si realizzava dalla *Par* che si era verificata da diversi giorni un'emorragia cerebrale intraventricolare ed una soffusione emorragica lungo la superficie dell'emisfero cerebrale sinistro, lungo la tenda tentoriale e la falce posteriore, ma il parenchima cerebrale non appariva

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

coinvolto. Dal confronto tra l'ecografia cerebrale del 6.11. e la risonanza dell'11.11, emergeva come probabilmente l'emorragia cerebrale si fosse verificata dopo il 6.11.

Cionondimeno, "*il giorno 11/11/2013 nonostante la consapevolezza dell'emorragia cerebrale, si continuava a mantenere un regime di ipercapnia pericolosa superiore a 80mmHg ed anche di fronte ad una nuova grave desaturazione che giungeva addirittura al 50% si rimandava ancora, censurabilmente, l'intubazione tracheale, esponendo il piccolo* Per_8 *ai rischi legati all'ipercapnia ed all'ipossia. Il 13/11/13 l'Eco cerebrale mostrava una lieve dilatazione dei ventricoli laterali con diametro trasverso di entrambi di circa 13 mm, aspetto congesto dei plessi corioidei e diffusa iperecogenicità all'interno dei ventricoli riferibile agli esiti dell'emorragia cerebrale. Ma ancora si accettava che la pCO2 si mantenesse superiore ad 80mmHg dal 14 al 16 /11, quando la PCO2 raggiungeva addirittura i 95mmHg senza intubare il bambino*". (pag. 68 dell'elaborato peritale).

Sicché, secondo i CC.TT.UU., l'intubazione era ritenuta necessaria già a partire dal 10.11.2013 e "*a maggior ragione era necessaria il 17.11.2013, quando le condizioni generali erano mediocri e la PCO2 era nuovamente al 95%, ma anche in questo caso si rimandava censurabilmente l'intubazione di un paio di ore e finalmente alle ore 11:50 si decideva di intubare*".

A questo punto, il quadro clinico del piccolo Per_8 degenerava (pag.69 e ss. dell'elaborato).

Infatti, veniva effettuata una radiografia del torace, ma il referto non era riportato in cartella. Alle ore 12.00 poiché il TET (Tubo endotracheale) era probabilmente dislocato o mal posizionato, Per_8 veniva nuovamente re-intubato e veniva eseguito un nuovo esame radiografico del torace, ma neppure tale referto era presente in cartella. Dal diario infermieristico del 17/11/2013 si leggeva che il paziente alle 12.30 era stato intubato ma il tubo era fissato a 8 cm, in posizione troppo alta. Alle ore 14.00, dall'esame radiografico del torace si evidenziava che la posizione del T.E.T. era troppo alta per cui lo si introduceva di circa 1 cm, ma la sua posizione non veniva controllata radiologicamente.

Alle ore 15:40 il piccolo presentava una nuova importante desaturazione.

Si provava a ventilare con CP_26 senza risoluzione del quadro. Era presente inoltre un'importante perdita dalle prime vie aeree e molto probabilmente il tubo era nuovamente dislocato ed il piccolo veniva nuovamente re-intubato; veniva segnalata una ostruzione all'inserimento del TET in trachea nel suo terzo distale, ma censurabilmente di nuovo non veniva controllata la sua posizione con una radiografia del torace.

Ricomparivano crisi di desaturazione ed apnea ed episodi di desaturazione e bradicardia su base apnoica che richiedevano ventilazione con CP_26

Alle ore 16:10 del 18/11/2013 un esame radiografico del torace evidenziava che il tubo tracheale era "*imbrocato*", cioè era stato nuovamente mal posizionato o dislocato in bronco destro.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il 22/11/2013 Il bambino presentava febbre (TC=38,1C°). Vista la febbre e l'incremento di PCR(3.77) si decideva di iniziare terapia con *Pt_7* ev.

A seguito di esame della radiografia del torace che mostrava nuovamente TET alto e parenchima più sporco, si approfondiva il TET di 2/3 cm, in quanto si era probabilmente di nuovo di fronte ad una dislocazione del tubo.

Durante la degenza si susseguivano numerosi tentativi di estubare il piccolo e rimaneva la "*criticabile tolleranza di ipercapnie eccessive come ad es. il 29/11/13 dove alle 9.30 la Org_13 raggiungeva i 114mmHg e con censurabile ritardo si intubava il piccolo solo alle 18.30, ed alle 7.00 del giorno dopo (30/11/13) il tubo era di nuovo dislocato nel bronco destro*".

Il giorno 09/01/14 si evidenziava alla RMN encefalica un quadro riferibile ad encefalomalacia multicistica caratterizzato da estese alterazioni di tipo malacico di aspetto pseudocistico che interessavano entrambi gli emisferi. Si associava aumento di ampiezza dei ventricoli laterali e del terzo del ventricolo. Residuava scarsa quantità di sostanza bianca in corrispondenza dei centri semiovali, della corona radiata e della regione periventricolare che comunque appariva marcatamente assottigliata. Permaneva immagine di tipo ematico (emosiderina) in corrispondenza del plesso coroideo del ventricolo laterale sinistro.

Il corpo calloso era marcatamente assottigliato ed a livello della corteccia residua, in corrispondenza della regione prerolandica biemisferica, si evidenziavano immagini lineari iperintense in T1 verosimilmente compatibili con fenomeni di necrosi laminare. Erano preservate le strutture talamiche e troncali che comunque apparivano di dimensioni ridotte. Non vi erano significative alterazioni di segnale a carico del *Per_10* .

Rilevavano pertanto i CC.TT.UU. che "*il danno cerebrale, che il piccolo Per_8 già presentava all'atto del ricovero, è progredito anche in seguito ad una ventilazione troppo permissiva ad alcuni ritardi ed a procedure di assistenza ventilatoria non sempre corrette. Inoltre, sono intervenuti episodi settici, in particolare le infezioni broncopolmonari ed urinarie da batteri (E.coli) e quelle urinarie da funghi (candida), che hanno ulteriormente peggiorato il quadro clinico del piccolo Per_8 "* (pagg. 69 e ss.).

Gli ausiliari del giudice rilevavano invero che le infezioni batteriche e fungine in questione avevano senz'altro aggravato le funzionalità multiorgano del piccolo *Per_8* , contribuendo al determinarsi di una situazione di vita vegetativa, con significativi *deficit* a livello neurologico ed urinario, in soggetto tracheostomizzato, portatore di PEG e cistotomia.

Inoltre, "*al deficit polmonare e neurologico hanno anche contribuito probabilmente, i ritardi censurabili dell'intubazione tracheale di fronte a numerose crisi di grave desaturazione di ossigeno e di grave ipercapnia e gli episodi di errato posizionamento e/o dislocazione del tubo tracheale non*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

prontamente individuati e corretti, tra i quali anche quelli relativi al giorno 17/11/2013. Chiaramente da quanto sopra riportato si deduce che oltre ad essere stata ritardata l'intubazione tracheale necessaria già da diversi giorni, il giorno 17/11/2013 il tubo è stato malposizionato, dislocato, poco controllato e forse non correttamente fissato. E' molto verosimile che i ritardi dell'intubazione e le ipercapnie ed ipossie conseguenti ad una ventilazione troppo gentile ma insufficiente rispetto alla situazione clinica di Per_8 , abbiano peggiorato la sua situazione polmonare ed encefalica e che anche le ripetute intubazioni scorrette del giorno 17/11/2013 abbiano contribuito ad aggravare il quadro complessivo".

Quanto alla terza fase attinente al ricovero presso l CP_23 di Potenza, avvenuto alle ore 11:20 del 25.3.2014, il piccolo Per_8 risultava intubato e ventilato. Era portatore di PEG, tracheostomia e cistostomia in uno stato vegetativo, ipotonico ed ipotermico ma in condizioni generali definite discrete: veniva infatti trasferito per dimissione protetta per avvicinarsi al domicilio e per proseguire le cure per una candidosi renale. La terapia in atto era costituita da: Augmentin; Lasix, Antra, Myocamine Infusione ev di glucosio 24ml/die. Lavaggio della cistostomia 4v/die con soluzione fisiologica 10ml

All'esame obiettivo alle ore 14.00 del 25/03/14 (in cartella è riportato 26, ma probabilmente era un errore) veniva rilevato: Peso Kg 7950 FR 33 FC 80 Sat 93% 3lt O2 PA 85/56 Reperti Patologici: Postura batraciana, dermatite, tracheostomia, mioclonie arti inferiori alla palpazione, toni cardiaci ovattati, apparato respiratorio rumori trasmessi, sistema nervoso prensione palmare, mioclonie arti inferiori alla palpazione.

Le condizioni cliniche del neonato durante la degenza ospedaliera peggioravano ulteriormente ed il [redacted] alle ore 16.20, il piccolo Per_8 presentava un arresto cardio – respiratorio.

Alcuna informazione poteva dedursi dal diario clinico in merito al periodo intercorrente tra le ore 14:00, quando il piccolo presentava una frequenza cardiaca di 98, una frequenza respiratoria di 33 ed una saturazione di ossigeno di 96%, e le ore 16:25 circa, quando si registrava l'arresto cardiorespiratorio. Il bambino decedeva successivamente alle [redacted]

Segnalavano i CC.TT.UU. che gli anestesisti, al loro arrivo, avevano riscontrato che "*il piccolo era in arresto cardiaco, ma poi aggiungono che dopo la somministrazione di atropina ed adrenalina attraverso la cannula tracheale, permane bradicardia (FC 40bpm)*".

Sicché, "c*onsiderando la patologia del bambino, l'aumento del fabbisogno di ossigeno nei giorni precedenti e la segnalazione del padre di secrezioni più dense alle aspirazioni il giorno prima è probabile che si sia verificata una insufficienza respiratoria acuta che in una situazione già così gravemente compromessa ha determinato una grave ipossia miocardica ed un conseguente arresto cardiaco*".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Non risultavano inoltre documentate le modalità del trasporto da *CP_17* a Potenza del piccolo, che comunque veniva ricoverato alle ore 11:20 "*in condizioni cliniche definite discrete con una saturazione di ossigeno di 93 % con somministrazione di 4 litri di ossigeno al minuto, ma alle 13:30 è stata riscontrata una grave ipotermia (31.2° C), per cui il piccolo è stato posizionato su un materassino riscaldante, ed è stata portata la somministrazione di ossigeno a 6 litri al minuto riportandola poi a 3 litri al minuto alle ore 19. E' poco spiegabile come in quella occasione non sia stata effettuata almeno una emogasanalisi e non siano state riportate annotazioni sulle possibili cause di una ipotermia così grave. Comunque, il valore successivo della temperatura cutanea viene riportato nella cartella infermieristica alle ore 02:00 del 26/03/14 ed è 37.2°C, mentre dalla grafica alle 9.40 risulta 35.2°C. Successivamente, la temperatura cutanea si mantiene superiore od uguale a 36, senza presentare ipertermia, mentre il flusso di ossigeno somministrato non vien più riportato sino alle 9.30 del 29/3 quando risulta di 2 litri al minuto. Il 30/03 alle 9.30 il flusso è di un litro al minuto con una concentrazione misurata del 30% ma alle 24 il flusso è aumentato a 3 litri al minuto mostrando quindi un peggioramento degli scambi gassosi, probabilmente conseguente ad un peggioramento della situazione polmonare. Questo aumento del fabbisogno di ossigeno per mantenere una saturazione transcutanea di ossigeno adeguata, richiedeva una monitorizzazione più intensiva, un controllo radiografico ed emogasanalitico ed un controllo infettivologico nella notte tra il 30/03/14 ed il 31/03/14. Questi controlli non sono stati effettuati. Anzi, successivamente, il 31 Marzo e l'1-2-3 Aprile, non è stata più riportata la quantità di Ossigeno somministrata, e solo il 4/4 alle ore 13.00 veniva riportato l'ulteriore aumento del fabbisogno sino a 5 litri di ossigeno al minuto e la concentrazione di ossigeno somministrata raggiungeva il 48%. Anche in questa occasione il rilievo dell'aumento del fabbisogno di ossigeno avrebbe richiesto una monitorizzazione più intensiva, un controllo emogasanalitico ed una radiografia del torace, oltre ad un controllo infettivologico, controlli che, anche in quest'ultima occasione, non sono stati effettuati. In sintesi, un'assistenza non adeguata alle necessità del caso. Va però rilevato che gli omessi controlli clinici assistenziali, avrebbero potuto indicare la necessità di aggiustare la terapia in corso, modificando i parametri e la modalità della ventilazione meccanica, ma non è possibile affermare con una probabilità superiore al 50% che la prognosi si sarebbe modificata, pur se fossero state attuate le misure terapeutiche appena riportate*".

In linea più generale, rilevavano i CC.TT.UU. che, tenuto conto delle condizioni generali del feto - età gestazionale di 34 settimane + 3 giorni, il peso di 2570 grammi, appropriato per l'età gestazionale, presenza di una sindrome da distress neonatale che ha richiesto l'intubazione tracheale e la somministrazione di surfattante, nonostante l'effettuazione della profilassi cortisonica prenatale -, la mortalità attesa all'epoca dei fatti potesse stimarsi come inferiore al 5 %.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Cionondimeno, dall'analisi delle condotte oggetto di contestazione in questa sede a carico dei sanitari dei [redacted] di [redacted] (SA) e *CP_17* "*il decesso del piccolo* *Per_8* *, nato prematuro a 34 settimane, sia intervenuto a seguito di una penosa vicenda clinica che si è prolungata per circa sei mesi ed è stata caratterizzata dal lento, progressivo degrado del suo equilibrio clinico*. *Inoltre, va rilevato come nel determinismo del decesso del neonato vi sia stato il concorso di varie cause, alcune riferibili ad incongrui interventi tecnici, altre correlate genericamente all'assistenza praticata e difficilmente ascrivibili a comportamento di singoli operatori sanitari*".

Più in particolare, a seguito della nascita presso [redacted] di [redacted] del piccolo *Per_8* alla trentaquattresima settimana, in condizioni generali soddisfacenti, si riscontrava la specifica incidenza delle infezioni nosocomiali sull'evoluzione di un quadro iniziale di distress respiratorio verso una displasia polmonare, con conseguente insufficienza respiratoria. Inoltre, quando il piccolo *Per_8* veniva ricoverato in data 5.11.2013 presso l'" *Controparte_21* *di CP_17* *, lo stesso "era intubato, ventilato, ipotonico e con il riflesso della suzione assente; come a dire che oltre al danno respiratorio egli presentava anche un apprezzabile danno neurologico verosimilmente ricollegabile alla ipossia cerebrale causata dalla sepsi che lo aveva colpito*".

In tali condizioni, le possibilità di ripresa di un equilibrio clinico apparivano "*forse ancora possibili, anche se con apprezzabili esiti neurologici di difficile se non impossibile quantificazione*". Inoltre, le condotte contestate ai sanitari che ebbero in cura il piccolo *Per_8* presso tale ultimo nosocomio "*agendo su di un equilibrio clinico già notevolmente compromesso, ne causavano l'ulteriore, gravissimo degrado, contribuendo al determinarsi di un quadro di vita vegetativa con importanti deficit neurologici, respiratori, gastrici ed urinari*". Ed infatti, il piccolo veniva ricoverato presso [redacted] di Potenza in data 25.3.2014 in uno stato vegetativo, ipotonico, ipotermico, intubato, ventilato, a seguito della sottoposizione dello stesso ad una tracheostomia, ad una gastrotomia e cistotomia. "*La valutazione di un tale quadro patologico ci porta a rilevare in tutta serenità che le possibilità di recupero di un tale quadro clinico erano del tutto aleatorie, così, nonostante le cure praticate presso l'* *Org_14* *di Potenza, il grave processo patologico che aveva colpito il piccolo* *Per_8* *ne condizionava il decesso*".

Per concludere, gli ausiliari del giudice rilevavano che "*le non adeguate condotte assistenziali che contrassegnarono il decorso clinico del piccolo* *Per_8* *durante i suoi ricoveri ospedalieri, vennero, sulla base del principio del più probabile che non a causarne, in concorso tra loro, il decesso*".

Pertanto, gli ausiliari del giudice rilevavano come il danno in esame andasse attribuito nella misura del 60 % alla condotta dei sanitari dell' *Organizzazione_15* di [redacted] "; del 30 % in capo ai sanitari che ebbero in cura il piccolo *Per_8* presso l' *Controparte_21* "

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

di *CP_17* nonché nella misura del 10% in capo ai sanitari che trattarono il piccolo presso l'ospedale *Organizzazione_16* ".

Le conclusioni dei CC.TT.UU., alla luce del quadro complessivo degli accertamenti svolti, risultano logiche e condivisibili e devono pertanto essere senz'altro recepite in questa sede.

Sotto tale profilo, deve darsi anzitutto atto della circostanza che alcuna specifica contestazione avverso le risultanze dell'elaborato peritale veniva sollevata da parte dell' *CP_22* , che, tra l'altro, nemmeno depositava le proprie comparse conclusionali.

Quanto alla posizione dell' *Controparte_21* ", pur non risultando in atti specifiche contestazioni avverso la bozza dell'elaborato peritale, deve rilevarsi che nemmeno le doglianze articolate in sede di comparsa conclusionale avverso l'accertamento tecnico, benché astrattamente ammissibili (arg., *ex plurimis,* da Cass. Civ., SS.UU., 21.2.2022, n. 5624), risultano idonee ad incidere in termini negativi in merito all'attendibilità complessiva delle risultanze peritali.

Sotto tale profilo, invero, pur dovendosi riscontrare il grave quadro clinico in cui versava il piccolo *Per_8* all'atto del ricovero presso l' *Controparte_21* ", rilevavano invero i CC.TT.UU., con un giudizio logico e adeguatamente motivato, fondato su un'attenta valutazione della documentazione clinica agli atti, che la condotta contestata ai sanitari di tale struttura ospedaliera abbia senz'altro contribuito alla degenerazione delle condizioni del paziente.

Sicché, sulla scorta degli accertamenti svolti, è emerso come *"oltre ad essere stata ritardata l'intubazione tracheale necessaria già da diversi giorni, il giorno 17/11/2013 il tubo è stato mal posizionato, dislocato, poco controllato e forse non correttamente fissato. E' molto verosimile che i ritardi dell'intubazione e le ipercapnie ed ipossie conseguenti ad una ventilazione troppo gentile, ma insufficiente rispetto alla situazione clinica di* *Per_8* *, abbiano peggiorato la sua situazione polmonare ed encefalica e che anche le ripetute intubazioni scorrette del giorno 17/11/2013 abbiano contribuito ad aggravare il quadro complessivo".*

Sicché, alla stregua di una valutazione ispirata al criterio del "*più probabile che non*", tale condotta, incidendo sulla serie causale introdotta dall'esposizione del feto durante il ricovero a [redacted] alle infezioni descritte in precedenza, ne ha aggravato l'evoluzione, contribuendo alla determinazione dell'evento-morte del piccolo *Per_8* quale concausa. A nulla rileva pertanto il riscontro della contemporanea presenza di iperbilirubinemia al momento del ricovero presso [redacted] di [redacted] (SA), nonché di una soffusione emorragica nel caso di specie: sotto tale profilo, come si è avuto modo di rilevare, la negligenza riscontrata nel ritardo dell'intubazione, in uno con le imperite manovre applicate il 17.11.2013, hanno senz'altro inciso sull'evoluzione della serie causale, contribuendo alla determinazione della morte del piccolo *Per_8* .

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ne consegue, pertanto, come la condotta imputabile all'ospedale pediatrico debba essere valutata in funzione della determinazione dell'evento-morte, e non già con riguardo all'asserita perdita di *chance*, così dovendosi rigettare le doglianze articolate per conto dell' *Controparte_21* *[...]* *in parte qua*.

Inoltre, alcuna contraddizione può rinvenirsi con riferimento all'operato dei CC.TT.UU. in merito all'asserita impossibilità di valutazione dei singoli comportamenti imputabili ai sanitari che ebbero in cura il piccolo paziente (cfr. pagg. 14 e ss. della comparsa conclusionale per conto dell' *[...]* *Controparte_21* ").

Da un lato invero, la valutazione degli ausiliari del giudice ha avuto ad oggetto la complessità delle condotte poste in essere da parte dei sanitari di entrambe le strutture ospedaliere convenute; per altro verso, non v'è dubbio che gli stessi ausiliari erano comunque in grado di analizzare e riscontrare le plurime criticità imputabili a tali strutture ospedaliere, provvedendo a quantificare le percentuali di responsabilità in capo agli enti evocati in causa– oltre che con riferimento alle condotte riferibili ai sanitari del [redacted] di Potenza, che non è stato evocato nel presente giudizio-, alla stregua di una valutazione logica e parametrata sulla scorta di un'adeguata valutazione dell'incidenza causale delle singole condotte oggetto di contestazione in punto di causazione dell'evento morte (arg., *ex plurimis,* da Cass. Civ. Sez. III, 16.1.2009, n. 975).

Inoltre, la circostanza che le condizioni del piccolo *Per_8* fossero già gravi all'atto del ricovero presso [redacted] romano, di tal guisa che "*la ripresa di un accettabile equilibrio clinico apparivano forse ancora possibili, anche se con apprezzabili esiti neurologici di difficile se non impossibile quantificazione*", non può di per sé sola escludere la persistenza del nesso eziologico *in parte qua.* Ed invero, aggravando le condotte imputabili ai sanitari dell'ospedale pediatrico le già critiche condizioni del piccolo *Per_8* , veniva riscontrata la rilevanza concausale delle stesse; non v'è dubbio che tale circostanza, al più, inciderà in punto di liquidazione del danno, come si avrà modo di rilevare successivamente.

Inoltre, non può essere valorizzata in questa sede la richiamata sentenza del Tribunale di Potenza n. 1073/2021. Innanzitutto, la stessa non risulta essere stata prodotta in atti; per altro verso – e aldilà della mancata prova del passaggio in giudicato della stessa -, nemmeno è dato rilevare come ed in quali termini la stessa avrebbe astrattamente potuto incidere con riferimento alla posizione dell'ospedale pediatrico, non risultando nemmeno precisata l'individuazione degli imputati. Tanto a prescindere anche dalla circostanza che, a tutto voler concedere, nemmeno sarebbe astrattamente invocabile l'efficacia del giudicato *in parte qua* ai sensi dell'art. 652 c.p.p. tenuto conto del fatto che nel presente giudizio risultano evocati in giudizio gli enti ospedalieri e non già i singoli sanitari, in merito alle condotte ad essi specificamente contestate, per le quali, tra l'altro, l'accertamento risulta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

ispirato al più generale criterio civilistico del "*più probabile che non*" e non già dell'"*oltre ogni ragionevole dubbio*".

Ne consegue, pertanto, come la morte del piccolo *Per_8* debba senz'altro ricondursi, per quanto di interesse in questa sede, alla condotta dell' *Controparte_27* , con riguardo all'omessa prevenzione delle infezioni nosocomiali, nonché alla condotta dei sanitari dell' *[...] Controparte_21* di *CP_17* , con riferimento alla condotta attendista assunta in merito all'intubazione del piccolo *Per_8* , nonché con riguardo all'erronea assistenza ventilatoria effettuata in data 17.11.2013.

Quanto alla domanda di risarcimento del danno *iure hereditario* – fermo quanto si dirà successivamente in punto di liquidazione dei danni-conseguenza-, risulta senz'altro assolto l'onere della prova da parte degli eredi di *Persona_8* risultando riscontrata la riconducibilità eziologica dell'evento morte all'inadempimento contestato in capo ad entrambe le strutture ospedaliere; né l'*Cont CP_22* o l' *Controparte_21* *Org_17* *CP_17* hanno fornito la prova liberatoria attinente all'impossibilità non imputabile dell'inadempimento, ovvero dell'inconfigurabilità del nesso eziologico *in parte qua*.

Sotto tale profilo, titolari dal lato attivo dell'obbligazione risarcitoria in questione, ai sensi dell'art. 571 c.c., risultano senz'altro *Parte_1* *Parte_2* e *Persona_1* nelle rispettive qualità di genitori e sorella di *Persona_8*

Parimenti riscontrato risulta altresì l'illecito extra-contrattuale contestato in capo all' *CP_22* oltre che all' *Controparte_21* ", con specifico riferimento alla domanda risarcitoria articolata *iure proprio* da parte dei genitori del piccolo *Per_8* , in proprio e quali legali rappresentanti di *Persona_1* in merito al trattamento sanitario riservato allo stesso *Per_8* .

In linea del tutto generale, è provata la riconducibilità degli episodi settici così riscontrati alla negligente ed imperita gestione, da parte dell' *CP_16* ", dei locali nosocomiali in cui il piccolo paziente risultava essere ricoverato presso [redacted] *Organizzazione_18* " di [redacted] (SA).

Sotto tale profilo, invero, si è avuto modo di rilevare che erano state riscontrate emocolture positive rispettivamente in prima giornata di vita per lo *Staphylococcus epidermidis*, ed in decima giornata di vita il 15/10, per lo *Staphylococcus Warnery*. Ancora, il secreto bronchiale prelevato il 28/10/2013 era risultato positivo per lo *Staphylococcus epidermidis* + miceti, e l'es. colturale della punta del tubo orotracheale è risultata positiva per l' *Org_12* e lo *Staphylococcus hominis* il 30/10/2013. Infine, l'esame delle urine del 31/10/2013 è risultato positivo per *Klebsiella pneumoniae* e nella stessa giornata il piccolo *Per_8* ha presentato temperatura febbrile a 38° C.

Il riscontro delle infezioni in esame nel corso della degenza ospedaliera del piccolo *Per_8* , in assenza di specifici elementi di prova atti a riscontrare una diversa causa delle stesse, depone in

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

termini significativi circa la contrazione di tali infezioni a causa del ricovero ospedaliero, tenuto conto, tra l'altro del criterio temporale – avendo il piccolo *Per_8* contratto l'infezione sin dal primo giorno di vita -, del criterio topografico – dovendosi considerare la stretta correlazione tra la natura dei virus contratti e la tipologia di reparto in cui il feto era ricoverato, in assenza di significativi elementi di prova volti a riscontrare una diversa insorgenza degli stessi -, e clinico – non risultando in alcun modo documentata la predisposizione di specifiche misure di prevenzione, nonostante la natura pretermine e delicata del feto (arg., *ex plurimis,* da Cass. Civ., Sez. III, 3.3.2023, n. 6386).

A fronte di tale quadro probatorio, i CC.TT.UU. rilevavano significative carenze nella documentazione clinica disponibile in merito ai criteri di prevenzione delle infezioni nosocomiali, nonché con riguardo, più in generale, ai dati della terapia intensiva neonatale.

Ne consegue, pertanto, come tali circostanze depongano tutte in termini univoci, precisi e concordanti circa l'imputabilità della contrazione delle infezioni in esame alla *culpa* dell' *CP_28* convenuta, che non aveva al riguardo predisposto le opportune misure di prevenzione delle stesse, né tantomeno i più opportuni controlli, tenuto altresì conto della scarsità di difese immunitarie dei piccoli pazienti destinati ad essere ricoverati in tali reparti, che avrebbe pertanto richiesto l'applicazione di rigorosi protocolli di prevenzione nel caso di specie.

Eppure, a fronte di tali rilievi probatori, non veniva dedotto alcun significativo elemento di segno contrario volto ad escludere l'imputabilità *in parte qua* della contrazione dell'infezione (arg., *ex plurimis,* da Cass. Civ., Sez. III, 13.6.2023, n. 16900).

Ne consegue, pertanto, l'astratta configurabilità nel caso di specie dell'illecito aquiliano in capo all' *CP_22* .

Analogamente a dirsi con riguardo alle condotte oggetto di contestazione nei confronti dell' *[...] Controparte_21* ".

Sotto tale profilo, la responsabilità di tale ente risulta senz'altro riconducibile nel più generale alveo applicativo del disposto di cui all'art. 2049 c.c.

Il piccolo *Per_8* veniva infatti sottoposto alle cure dei sanitari che operavano quali dipendenti dell'ente ospedaliero in questione; né tale circostanza risulta oggetto di specifica contestazione. Parimenti riscontrata risulta l'occasionalità necessaria tra la commissione dell'illecito e lo svolgimento delle incombenze affidate ai sanitari.

Infine, si è avuto modo di rilevare come il ritardo nell'intubazione del piccolo, in uno all'erroneo posizionamento del tubo il 17.11.2013, abbiano senz'altro integrato rispettivamente una specifica ipotesi di negligenza e di imperizia idonee a riscontrare l'elemento subiettivo dell'illecito oggetto di contestazione.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ne consegue, pertanto, la configurabilità dell'illecito extra-contrattuale oggetto di contestazione anche a carico dell' *Controparte_29* (arg., *ex plurimis*, da Cass. Civ., Sez. I, 10.11.1997, n. 11038).

Tanto premesso, occorrerà a questo punto soffermarsi con riguardo al difetto di titolarità passiva del rapporto per cui è causa in capo all' *Cont CP_17* , oltre che con riferimento alla posizione dei singoli attori del presente giudizio ed alle specifiche conseguenze pregiudizievoli oggetto di contestazione.

3. Il difetto di titolarità passiva del rapporto giuridico per cui è causa in capo all'" *[...] Parte_8* **".**

Vanno rigettate le domande risarcitorie formulate da parte degli odierni attori nei confronti dell' *Parte_8* ".

Sotto tale profilo, invero, deve rilevarsi come non risulti riscontrato alcuno specifico coinvolgimento di tale ente nella causazione del decesso del piccolo *Persona_8* né risulta in alcun modo ad esso imputabile l'operato dei sanitari che ebbero in cura il piccolo paziente presso l' *[...] Controparte_21* di *CP_17* , trattandosi di enti del tutto autonomi.

Ne consegue, pertanto, il difetto di titolarità passiva del rapporto giuridico per cui è causa in capo a tale ente (Cass. Civ., SS.UU., 16.2.2016, n. 2951).

4. Il danno patrimoniale.

Vanno rigettate le domande di risarcimento del danno patrimoniale formulate da parte di tutti gli attori del presente giudizio (cfr., sul punto la specifica domanda a tal uopo formulata in sede di atto di citazione, pag. 6: "*(…) condannare al risarcire tutti i danni, patrimoniali e non*", reiterata in sede di comparsa conclusionale: "*in accoglimento della spiegata domanda di risarcimento del danno patrimoniale e non, condannare al risarcimento (…)*").

Anzitutto non risulta in alcun modo allegata, prima ancora che provata, la sussistenza di voci di danno emergente patite da parte degli odierni attori in ragione della vicenda per cui è causa.

Analogamente a dirsi con riguardo al lucro cessante, non essendo dato in alcun modo rilevare, già sulla scorta della genericità delle allegazioni prospettate per conto degli attori, la configurabilità di tale specifica voce di danno in capo agli stessi.

Ne consegue, pertanto, il rigetto delle relative domande risarcitorie.

5. Il danno non patrimoniale.

Occorre a questo punto soffermarsi in merito alla complessa evoluzione ermeneutica in tema di danno non patrimoniale che ha trovato un'importante sistematizzazione nel celebre arresto della Corte di Cassazione a Sezioni Unite n. 26972 dell'11.11.2008.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Sotto tale specifico profilo, si è avuto modo di rilevare come il danno non patrimoniale identifichi quella peculiare tipologia di danno attinente alla lesione di interessi inerenti alla persona non connotati da rilevanza economica.

In tal senso, laddove il danno patrimoniale è connotato dalla tipicità delle sue forme di manifestazione, alla stregua della clausola più ampia di cui all'art. 2043 c.c., il danno non patrimoniale è invece risarcibile "*solo nei casi determinati dalla legge*", ai sensi dell'art. 2059 c.c.

Sicché, oltre all'ipotesi primigenia di danno non patrimoniale prevista dall'art. 185 c.p., con riferimento al danno da reato, e alle plurime ipotesi specificamente previste dal legislatore (come ad esempio in materia di discriminazione in danno di persone affetta da disabilità, *ex* artt. 3 l. n. 67/2006 e 28 d.lgs. n. 150/2011, o in materia di diritto d'autore, *ex* art. 158 l. n. 633/1941), la tipicità del danno non patrimoniale dovrà riscontrarsi eventualmente con riferimento alla lesione di diritti inviolabili della persona riconosciuti dalla Costituzione.

Tra le varie figure descrittive di danno non patrimoniale, emerge senz'altro la centralità del danno "biologico", contraddistinto dalla lesione del fondamentale diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., originariamente ricompreso dall'elaborazione dottrinale e giurisprudenziale nell'alveo applicativo dell'art. 2043 c.c. (Cort. Cost., 14.7.1986, n. 184), inteso come lesione all'integrità psico-fisica della persona, indipendentemente da ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito, secondo una definizione oggi tra l'altro positivizzata nell'art 139, II comma d.lgs. n. 209/2005.

Ancora, particolarmente significativo risulta il danno "morale" *stricto sensu* inteso, che identifica la sofferenza soggettiva cagionata dal reato: alcun rilievo rivestono sotto tale specifico profilo l'intensità e la durata delle stesse, ai fini dell'esistenza del danno, incidendo se del caso soltanto in sede di quantificazione dello stesso.

Si è avuto modo di chiarire, quindi, che non si tratta di specifiche sottocategorie del più ampio *genus* del danno non patrimoniale, venendo in giuoco singole figure descrittive di manifestazione di tale unitaria tipologia di danno.

Non può quindi riconoscerci cittadinanza al danno "esistenziale", inteso in senso ampio come lesione del "fare a-reddituale" dell'individuo: al di fuori delle ipotesi previste specificamente dal legislatore, invero, la risarcibilità del danno non patrimoniale può essere accordata esclusivamente in caso di lesione di diritti inviolabili della persona riconosciuti dalla Costituzione, sia pure nell'interpretazione evolutiva della clausola generale di cui all'art. 2 Cost., sempre che il pregiudizio assuma carattere di intollerabile serietà.

Sicché, nell'elaborazione ermeneutica del danno non patrimoniale, se da un lato occorrerà garantire integrale ristoro al pregiudizio non patrimoniale concretamente subito dal danneggiato, cionondimeno, nel rispetto della più generale funzione "riparatoria" della responsabilità civile

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

all'interno del nostro ordinamento, e quindi non certo sanzionatoria (arg. da Cass. Civ., SS.UU., 5.7.2017, n. 16601), l'integralità del risarcimento non può consentire alcuna forma di ingiustificata duplicazione di voci risarcitorie.

Con specifico riguardo alla figura descrittiva del "danno biologico", al di fuori dei casi specificamente previsti dal legislatore, quale, a titolo esemplificativo, l'ipotesi delle lesioni micropermanenti derivanti da sinistro stradale, *ex* art. 139 d.lgs. n. 209/2005, ovvero da responsabilità sanitaria, *ex* art. 7, IV comma l. n. 24, 2017, laddove viene specificamente prevista la modalità di liquidazione dello stesso, non può che operare la valutazione equitativa di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c.

Nel contemperamento tra le esigenze di prevedibilità delle decisioni giudiziarie, oltre che di adeguata valorizzazione del caso concreto sottoposto all'attenzione dell'interprete, ha assunto rilievo sempre più significativo l'utilizzo del metodo tabellare, in cui il calcolo del valore monetario del danno biologico è dato dalla moltiplicazione dei punti di invalidità riconosciuti per il valore monetario attribuito convenzionalmente al singolo punto di invalidità.

Sotto tale specifico profilo, la tabella milanese ha assunto una vocazione nazionale, in quanto improntata al metodo del "punto variabile": si fonda cioè sul più generale principio in virtù del quale all'incremento della percentuale di invalidità, la relativa sofferenza provocata dalla lesione cresce in maniera più che proporzionale. Nel computo del valore monetario complessivo del danno biologico, si ha infine riguardo al parametro dell'età del danneggiato.

In tal senso, la giurisprudenza di legittimità ha riscontrato che il criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, posta la sua vocazione nazionale, assurge a fondamentale parametro di conformità equitativa della valutazione del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., nel rispetto del più generale principio costituzionale di uguaglianza, salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificarne l'abbandono (Cass. Civ., Sez. III, 7.6.2011, n. 12408).

Secondo l'elaborazione della giurisprudenza di legittimità sul punto, quindi, si è ribadito che in sede istruttoria, il giudice è tenuto a procedere ad un articolato e approfondito accertamento, in concreto e non in astratto, dell'effettiva sussistenza dei pregiudizi affermati (o negati) dalle parti, all'uopo dando ingresso a tutti i necessari mezzi di prova, opportunamente accertando in special modo se, come e quanto sia mutata la condizione della vittima rispetto alla vita condotta prima del fatto illecito; utilizzando anche, ma senza rifugiarvisi aprioristicamente, il fatto notorio, le massime di esperienza e le presunzioni, e senza procedere ad alcun automatismo risarcitorio.

In presenza di danno alla salute, non costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione d'una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e di un'ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi che non hanno fondamento medico-legale, perché non aventi base

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

organica ed estranei alla determinazione medico-legale del grado percentuale di invalidità permanente, rappresentati dalla sofferenza interiore (quali, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione).

Infine, ove sia correttamente dedotta ed adeguatamente provata l'esistenza d'uno di tali pregiudizi non aventi base medico-legale, essi dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione (Cass. Civ., Sez. III, 27.3.2018, n. 7513; Sez. III, 11.11.2019, n. 28988).

Si è altresì ribadito che in presenza d'un danno permanente alla salute, costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione di una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e l'attribuzione di un'ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi di cui è già espressione il grado percentuale di invalidità permanente (quali i pregiudizi alle attività quotidiane, personali e relazionali, *indefettibilmente dipendenti* dalla perdita anatomica o funzionale ovvero il danno dinamico-relazionale).

Sicché, in presenza di un danno permanente alla salute, la misura *standard* del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato dagli organi giudiziari di merito (oggi secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata solo in presenza di conseguenze dannose *del tutto anomale ed affatto peculiari.* Le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo *l'id quod plerumque accidit* (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento.

Infine, non v'è dubbio alcuno circa il fatto che siano altresì inclusi nel danno biologico, se derivanti da lesione dell'integrità psicofisica, sia il pregiudizio da perdita o compromissione della sessualità (Cass. Civ., Sez. III, 2.2.2007, n. 2311), sia il pregiudizio consistente nell'alterazione fisica di tipo estetico (Cass. Civ., Sez. III, 23.9.2013, n. 21716), sia il danno da lesione della "cenestesi lavorativa", consistente nella maggiore usura, fatica e difficoltà incontrate nello svolgimento dell'attività lavorativa, non incidenti, neanche sotto il profilo delle opportunità, sul reddito della persona offesa (Cass. Civ., Sez. III, 28.6.2019, n. 17411)

In presenza di danno alla salute, non costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione d'una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e di un'ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi che non hanno fondamento medico-legale, perché non aventi base organica ed estranei alla determinazione medico-legale del grado percentuale di invalidità permanente, rappresentati dalla sofferenza interiore (quali, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Infine, ove sia correttamente dedotta ed adeguatamente provata l'esistenza d'uno di tali pregiudizi non aventi base medico-legale, essi dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione (Cass. Civ., Sez. III, 27.3.2018, n. 7513; Sez. III, 11.11.2019, n. 28988).

Cionondimeno, nella formulazione del sistema tabellare milanese successivo alla sentenza delle Sezioni Unite sopra richiamata (Cass. Civ., SS.UU., 11.11.2008, n. 26974), la quantificazione del valore monetario corrispondente al punto di invalidità, in fatto, ricomprendeva anche il relativo danno da sofferenza morale, così determinando un ingiustificato automatismo nel riconoscimento del danno morale, conglobato in un'unica voce tabellare con il danno alla salute *stricto sensu* inteso.

Sotto tale specifico profilo, occorre rilevare come la giurisprudenza di legittimità abbia ribadito il principio secondo il quale la figura descrittiva del danno "morale" mantiene la sua autonomia e non è conglobabile nel danno biologico, trattandosi di sofferenza di natura del tutto interiore e non relazionale, e perciò meritevole, se del caso, di un autonomo compenso aggiuntivo al di là della personalizzazione prevista per gli aspetti dinamici compromessi (Cass. Civ., Sez. III, 10.11.2020, n. 25164).

Proprio sulla scorta di tali principi, l'edizione 2021 della tabella milanese è stata rimodulata, con indicazione separata del valore monetario del singolo punto di invalidità biologica, e contestuale separata indicazione dell'aumento configurabile sia a titolo di personalizzazione per le conseguenze dinamico-relazionali derivanti dal danno, che di sofferenza morale.

Occorre a questo punto soffermarsi in via del tutto preliminare in merito alle figure descrittive di danno non patrimoniale per il cui risarcimento instavano gli odierni attori.

Gli stessi invero agivano per il risarcimento del danno non patrimoniale *iure proprio*, sostanzialmente riconducibile nell'alveo del risarcimento del danno da perdita parentale, oltre che "*del danno biologico iure proprio*", nonché dei danni patiti *iure hereditario*.

a. (segue) il danno non patrimoniale *iure hereditario*.

Sotto tale profilo, deve aversi riguardo, in questa sede, ai danni *iure hereditario* patiti da parte di *Parte_1* *Parte_2* e *Persona_1* rispettivamente genitori e sorella del piccolo *Per_8* .

Per quanto di interesse in questa sede, invero, risulta provata la qualità di eredi del piccolo *Per_8* da parte di tali attori, sulla scorta del disposto di cui all'art. 571 c.c., configurando senz'altro l'introduzione di tale giudizio con riguardo a tale specifico diritto al risarcimento del danno un'ipotesi di accettazione tacita dell'eredità (arg., *ex plurimis,* Cass. Civ., Sez. III, 20.10.2014, n. 22223).

Tanto premesso, si è avuto modo di rilevare come, in caso di morte cagionata da un illecito, nel periodo di tempo interposto tra la lesione e la morte ricorre il danno biologico terminale, cioè il danno biologico *stricto sensu* inteso (ovvero danno al bene "salute"), al quale, nell'unitarietà del

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

genus del danno non patrimoniale, può aggiungersi un danno morale peculiare improntato alla fattispecie ("danno morale terminale"), ovvero il danno da percezione, concretizzabile sia nella sofferenza fisica derivante dalle lesioni, sia nella sofferenza psicologica (agonia) derivante dall'avvertita imminenza dell'*exitus* se nel tempo che si dispiega tra la lesione ed il decesso la persona si trovi in una condizione di "lucidità agonica", in quanto in grado di percepire la sua situazione ed in particolare l'imminenza della morte, essendo quindi irrilevante, a fini risarcitori, in tale ipotesi, il lasso di tempo intercorso tra la lesione personale ed il decesso (Cass. Civ., Sez. VI, 17.9.2019, n. 23153).
Dai pregiudizi risarcibili *iure hereditatis* si differenzia radicalmente il danno da perdita del rapporto parentale che spetta *iure proprio* ai congiunti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto e che è risarcibile se sia provata l'effettività e la consistenza di tale relazione (Cass. Civ., Sez. III, 30.8.2019, n. 21837). Alcuna cittadinanza, invece, può essere riconosciuta al danno "*tanatologico*" *stricto sensu* inteso (Cass. Civ., SS.UU., 22.7.2015, n. 15350).
Quanto ai danni patiti *iure hereditario*, deve preliminarmente aversi riguardo in questa sede al danno biologico terminale.
Sotto tale profilo, si è avuto modo di rilevare come il presupposto per la risarcibilità di tale figura descrittiva di danno non patrimoniale presupponga l'apprezzabilità dello stesso, dovendosi pertanto riscontrare la sopravvivenza della vittima per almeno ventiquattro ore (Cass. Civ., Sez. III, 5.7.2019, n. 18056), a nulla rilevando la circostanza che la vittima fosse effettivamente consapevole della propria situazione (Cass. Civ., Sez. III, 20.6.2019, n. 16592).
Inoltre, si è avuto modo di rilevare che nell'ipotesi di specie la liquidazione del danno biologico terminale, risarcibile *iure hereditatis*, può essere effettuata commisurando la componente del danno biologico all'indennizzo da invalidità temporanea assoluta e valutando la componente morale del danno non patrimoniale mediante una personalizzazione che tenga conto dell'entità e dell'intensità delle conseguenze derivanti dalla lesione della salute in vista del prevedibile *exitus* (Cass. Civ., Sez. Lav., 28.6.2019, n. 17577).
Sulla scorta di tali coordinate ermeneutiche, occorrerà a questo punto soffermarsi in merito alla vicenda per cui è causa.
In linea del tutto preliminare, va senz'altro esclusa la figura descrittiva del danno catastrofale, tenuto conto del fatto che il piccolo *Per_8*, oltre ad essere deceduto ad appena sei mesi di vita, sin da subito versava in condizioni di grave distress respiratorio, in un quadro clinico generale particolarmente complesso, così dovendosi escludere la possibilità da parte dello stesso di una specifica consapevolezza dell'avvicinamento della morte. Né venivano dedotti significativi elementi di prova idonei a deporre per il contrario.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Deve invece riscontrarsi la configurabilità del danno biologico terminale, tenuto conto del significativo lasso di tempo intercorso tra l'inizio del ricovero, la contrazione delle infezioni presso l' *Controparte_30* , il peggioramento del quadro clinico dovuto alla condotta dei sanitari che ebbero in cura il piccolo paziente presso il [redacted] romano ed il decesso.

Più in particolare, quanto al periodo di riferimento ai fini della liquidazione del danno, dovrà aversi riguardo, quale parametro iniziale, al [redacted] data di nascita del piccolo *Per_8* , in cui già si riscontrava la positività dello stesso allo *Staphylococcus epidermidis*. Quanto invece alla posizione dell' *Controparte_21* *Org_4* " di *CP_17* dovrà aversi riguardo al periodo decorrente dal 10.11.2013, data in cui veniva riscontrata la prima condotta censurabile *in parte qua*, consistita mancata ripresa della ventilazione con tubo orotracheale nonostante le crisi di desaturazione riscontrate.

Sotto tale profilo, ritiene il Tribunale di adottare al riguardo il criterio offerto dalle tabelle milanesi, sulla scorta del condivisibile orientamento di legittimità sul punto, secondo cui il danno biologico temporaneo può parametrarsi alle tabelle relative all'invalidità temporanea – non potendo ritenersi stabilizzati i postumi derivanti dal sinistro, così dovendosi escludere l'astratta configurabilità del danno biologico permanente in una misura inferiore al nove percento, che avrebbe invece consentito l'applicazione delle tabelle di cui al combinato disposto degli artt. 139 d.lgs. n. 209/2005 e 7, IV comma l. n. 24/2017 (Cass. Civ., Sez. III, 11.11.2019, n. 28990).

Inoltre, come detto, va esclusa la configurabilità del danno catastrofale *in parte qua* (Cass. Civ., Sez. III, 20.6.2019, n. 16592).

Più in particolare, dovrà aversi anzitutto riguardo al punto base previsto per ogni giorno di invalidità temporanea assoluta per un importo pari ad € 99,00, il cui ammontare risulta del tutto congruo rispetto alle peculiarità del caso clinico oggetto di contestazione, tenuto conto altresì della potenziale configurabilità del reato di omicidio colposo nel caso di specie.

Tale valore, come emerge dalla relazione integrativa, è comprensivo sia del valore monetario corrispondente per il danno biologico (€ 72,00), che dell'ulteriore valore monetario attinente alle conseguenze dinamico-relazionali e da sofferenza subbiettiva interiore media presumibile (pari ad € 27,00).

Sicché, quanto al primo periodo di riferimento [redacted] 9.11.2013), pari a trentasei giorni, dovrà aversi riguardo all'importo complessivo pari ad **€ 3.564,00** (36 x 99,00).

Con riferimento al secondo periodo oggetto di contestazione (10.11.2013- [redacted] , pari a centoquarantasei giorni, si ottiene il valore di **€ 14.553,00** (147 x 99,00).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Va esclusa in tale sede un'ulteriore personalizzazione del danno, tenuto conto dell'assenza di provate peculiari circostanze meritevoli di un ulteriore aumento rispetto al valore monetario già liquidabile per l'invalidità temporanea.

Per altro verso, ritiene il Tribunale di dover ridurre della quota del trenta percento l'importo così astrattamente quantificato.

Sotto tale profilo, invero, deve anzitutto evidenziarsi la circostanza che nel caso di specie trattasi di un feto di pochi mesi di vita, dovendosi pertanto escludere una specifica capacità di discernimento da parte dello stesso, con l'annessa impossibilità di percezione, sin dal momento della nascita, di un significativo sconvolgimento esistenziale *in parte qua*. Per altro verso, deve altresì essere adeguatamente considerata anche la situazione di *deficit* neurologico non imputabile ad alcuno degli enti convenuti, che, sulla scorta delle risultanze peritali, avrebbe comunque ragionevolmente inciso in merito alla necessità del ricovero del neonato ed alla relativa inabilità temporanea, pur non configurandosi quale causa esclusiva di tale danno biologico temporaneo.

Ne consegue, pertanto, che, con riguardo al danno biologico terminale imputabile in via esclusiva all' *CP_22* ", dovrà aversi riguardo all'importo pari ad **€ 2.494,80** (3.564,00- 1.069,20, pari al 30% di 3.564,00= 2.494,80); quanto invece al danno biologico terminale imputabile all' *CP_22* ed all' *Controparte_21* " di *CP_17* si otterrà l'importo pari ad **€ 10.187,10** (14.553,00- 4.365,90, pari al 30% di € 14.553,00= 10.187,10).

Inoltre, quanto al secondo periodo di degenza (10.11.2023 – [redacted], su richiesta di parte dovrà procedersi alla liquidazione del danno nei limiti della quota di responsabilità di ciascuno degli enti convenuti, come si avrà modo di rilevare anche successivamente.

Sicché, l' *CP_16* " sarà tenuta al risarcimento del complessivo importo pari ad **€ 6.112,20** (pari al sessanta percento di € 10.187,10); l' *Controparte_21* " sarà invece tenuto al risarcimento del danno dell'importo complessivo pari ad **€ 3.056,10** (pari al trenta percento di € 10.187,10).

Pertanto, l' *CP_16* deve essere condannata al risarcimento del danno patito *iure hereditatis* da parte degli eredi del sig. *Persona_8* nel complessivo importo pari ad **€ 8.607,00.**

Trattandosi di obbligazione di valore, sulla somma anzidetta, devalutata alla data della [redacted] *Persona_8* [redacted] e rivalutata anno per anno secondo gli indici *Org_19* dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti, in adesione all'orientamento della S.C. (Cass. Civ., SS.UU., 17.2.1995, n. 1712), gli interessi legali al tasso p.t. vigente, a partire dal [redacted] fino alla pubblicazione della presente sentenza; da tale ultima data, che segna la conversione del debito di valore in debito di valuta, sono dovuti i soli interessi legali sulla somma complessivamente liquidata all'attualità fino al soddisfo.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Gli enti convenuti devono pertanto essere condannati al relativo risarcimento del danno nei confronti degli eredi del sig. *Persona_8* nei limiti della corrispondente quota ereditaria.

b. (segue) le singole figure descrittive di danno non patrimoniale patito *iure proprio*.

Occorre a questo punto soffermarsi in merito alle singole richieste risarcitorie formulate da parte da parte degli attori nel presente giudizio, con specifico riguardo al danno non patrimoniale patito *iure proprio* da parte degli stessi.

b.1. Il danno biologico asseritamente patito da parte di *Parte_2* e dagli altri attori.

Va rigettata la domanda di risarcimento del danno biologico *iure proprio* formulata per conto di *Pt_2 [...]*, madre del piccolo *Per_8*.

Sotto tale profilo, va anzitutto evidenziata la genericità dell'allegazione articolata per conto dell'attrice (cfr. pag. 6 dell'atto di citazione, "*condannare a risarcire tutti i danni (...)biologici*" e pag. 18 della comparsa conclusionale degli odierni attori, "*condannare (...) al risarcimento del danno biologico iure proprio*").

Per altro verso, risulta in atti esclusivamente un "*parere pro veritate*" prodotto in allegato alla memoria *ex* art. 183, VI comma n. 2) c.p.c., a firma del dott. *Persona_11*, secondo il quale, l'attrice, a causa "*dell'improvvisa e drammatica esperienza del parto pretermine, con la morte del figlio, ha strutturato un danno psichico permanente che caratterizza classicamente il disturbo da stress post traumatico, complicato da disturbo d'ansia generalizzata*", idoneo a configurare un danno biologico permanente quantificato nella percentuale del 18%.

Sotto tale profilo, non risulta anzitutto prodotta in atti documentazione medica di provenienza pubblica atta a certificare l'esistenza di conseguenze pregiudizievoli di rilievo clinico a tal uopo patite da parte della sig.ra *Pt_2*.

A fronte delle specifiche contestazioni prospettate al riguardo da parte degli enti convenuti, alcun elemento di prova risulta, oltre che con riguardo all'esistenza della patologia in esame da parte dell'odierna attrice, anche con riguardo alla specifica riconducibilità eziologica della stessa ai fatti oggetto di contestazione in questa sede: sotto tale profilo, non vi è prova delle condizioni di salute della donna nel periodo antecedente ai fatti di causa, onde non è possibile in alcun modo inferire la sussistenza di un peggioramento delle stesse in ragione della vicenda oggetto di causa in questa sede. Né può supplire a tale carenza probatoria il parere tecnico prodotto in atti a firma del dott. *Per_11*: aldilà della provenienza di parte dello stesso documento, non risulta essere stato dedotto alcun ulteriore elemento di prova volto a riscontrare la valutazione in esame, che, pertanto, non può essere valorizzata in questa sede.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Ne consegue, pertanto, il rigetto della domanda risarcitoria così formulata per conto dell'odierna attrice.

Non risulta infine provato che gli altri attori avessero riportato tale specifica figura descrittiva di danno non patrimoniale a causa dei fatti oggetto di contestazione in questa sede, onde le relative domande risarcitorie vanno rigettate *in parte qua*.

b.2 (segue) il danno parentale.

Occorre a questo punto soffermarsi sul danno parentale asseritamente patito da parte degli odierni attori.

Nell'alveo delle "categorie descrittive" dell'unitaria voce del danno non patrimoniale (Cass. Civ., SS.UU., 11.11.2008, n. 26972), il danno parentale consiste infatti in quella specifica sofferenza patita a causa della perdita di un rapporto parentale e spetta *iure proprio* ai congiunti per la lesione della relazione parentale che li legava al defunto. Lo stesso risulta risarcibile se sia provata l'effettività e la consistenza di tale relazione, ma non anche il rapporto di convivenza, non assurgendo quest'ultimo a presupposto imprescindibile della relativa esistenza (Cass. Civ., Sez. III, 30.8.2019, n. 21837).

Trattasi invero di danno derivante dall'irreversibile venir meno del godimento del rapporto personale con il congiunto defunto, in primo luogo nel suo essenziale aspetto affettivo o di assistenza morale (cura, amore) cui ciascun componente del nucleo familiare ha diritto nei confronti dell'altro. Tale evento determina quindi per i congiunti superstiti la perdita di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti con conseguente violazione di interessi essenziali della persona quali il diritto all'intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia e alla libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito della peculiare formazione sociale costituita dalla famiglia, di diritto o di fatto, che trovano rispettivo riconoscimento nelle norme di cui agli artt. 2, 29, 30, Cost. (*ex plurimis,* Cass. Civ., Sez. III, 25.6.2021, n. 18284).

L'integralità del risarcimento del danno non patrimoniale non può prescindere quindi dalla concreta individuazione delle plurime conseguenze derivanti dalla morte della persona cara: ne deriva dunque la necessità di un'adeguata valutazione della sofferenza e del dolore provocati dalla mancanza della stessa, oltre che della perdita dei benefici morali che il superstite ritraeva dalla compagnia del defunto.

La liquidazione del danno non patrimoniale, dunque, deve necessariamente contemplare le specifiche conseguenze patite in fatto dal danneggiato; per converso, non risulteranno ammissibili eventuali duplicazioni di pregiudizi, avuto riguardo all'inscindibilità ed unitarietà del danno non patrimoniale.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Non v'è dubbio circa il fatto che la liquidazione di tale categoria descrittiva di danno non patrimoniale non può che essere determinata alla stregua di una valutazione equitativa, con prudente e ragionevole apprezzamento di tutte le circostanze del caso concreto (Cass. Civ., Sez. III, 14.7.2015, n. 14645).
Ancora, si è ribadito che se da un lato l'esigenza di tendenziale uniformità non può tradursi in una preventiva tariffazione della persona, venendo in giuoco aspetti personalistici che impongono una puntuale valorizzazione delle circostanze del caso concreto (Cass. Civ., Sez. III, 31.5.2003, n. 8828), dall'altro lato il danno non patrimoniale non può essere liquidato in termini puramente simbolici o irrisori, ma deve essere congruo (Cass. Civ., Sez. III, 11.01.2007, n. 394); né risulta condivisibile una liquidazione rimessa alla mera intuizione soggettiva del giudice, in assenza di un minimo criterio atto a garantire la generale prevedibilità della decisione, necessario nel più generale rispetto del principio di eguaglianza (Cass. Civ., Sez. III, 23.1.2014, n. 1361).
Ne consegue la necessità di adoperare un criterio di liquidazione che sia idoneo a contemperare gli interessi in esame: ad ogni modo, non può comunque prescindersi dal fatto che venga adeguatamente motivato l'*iter* logico argomentativo sotteso al processo di liquidazione, in modo da dare conto della valutazione dei plurimi fattori incidenti *in parte qua* e consentire quindi il rispetto del più generale principio dell'integralità del risarcimento del danno (*ex plurimis*, Cass. Civ., Sez. III, 13.9.2018, n. 22272).
In tal senso, il sistema tabellare assurge a criterio idoneo al fine di consentire la liquidazione equitativa del danno non patrimoniale anche con riferimento alla figura descrittiva del danno parentale.
Sotto tale specifico profilo, si è avuto modo di precisare come le tabelle in esame siano di per sé idonee a costituire valido parametro per l'esercizio del potere discrezionale di liquidazione di cui agli artt. 2056, I comma e 1226 c.c., venendo a configurarsi quali specifiche formule di concretizzazione, in via standardizzata, delle modalità di applicazione pratica della clausola generale di cui all'art. 1226 c.c.
Ed invero, la tecnica di formulazione normativa per clausole generali differisce dalla tecnica regolamentare, proprio in virtù della diversa modalità di configurazione del precetto normativo: non viene infatti in rilievo una specifica e circostanziata disposizione, quanto piuttosto un precetto dal contenuto vago, suscettibile di concreta determinazione nella valutazione del caso concreto e alla stregua dei più generali principi costituzionali, gerarchicamente preminenti nel sistema italo-comunitario delle fonti.
La tecnica tabellare, quindi, consente di modulare l'effettiva concretizzazione del potere di liquidazione equitativa sulla scorta di specifici parametri che orientano l'interprete sulla scorta dei plurimi fattori da considerare con riguardo alla complessiva valutazione del fatto, senza trascurare la

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

possibilità di un adeguamento, in concreto, di tali *standard* alle peculiarità specifiche del fatto, valorizzato nella sua unicità fenomenica.

Rimane quindi ferma la possibilità di aumentare o diminuire oltre i valori massimi o minimi della tabella, nell'ipotesi in cui vengano in giuoco circostanze assolutamente eccezionali, opportunamente valutate e motivate, evidentemente non adeguatamente considerate nella tabella, improntata ad una standardizzazione delle conseguenze *normali* derivanti da un determinato di tipo di pregiudizio non patrimoniale (*ex plurimis,* Cass. Civ., Sez. III, 11.11.2019, n. 28988).

Sotto tale specifico profilo, la motivazione della decisione assurge a fondamentale parametro per rilevare le concrete modalità di apprezzamento del fatto concreto, alla stregua dei criteri standardizzati previsti dalle tabelle: la violazione dei parametri di liquidazione in esame non può che integrare una mediata violazione della clausola generale di cui all'art. 1226 c.c.

Evidente invece la differenza con riferimento alle ipotesi delle tabelle predeterminate per legge: la violazione del procedimento di liquidazione normativamente contemplato, invero, non può che comportare la diretta violazione di legge, eventualmente censurabile nelle modalità previste dall'ordinamento.

È notoria l'assenza di una previsione normativa specifica con riferimento alla liquidazione del danno non patrimoniale da perdita parentale.

È stata altresì uniformemente avvertita in dottrina e giurisprudenza la necessità di una adeguata valutazione, nel caso di specie, di plurimi parametri ai fini della liquidazione di tale categoria descrittiva di danno non patrimoniale: la necessaria valutazione dell'età del defunto; l'età del parente superstite; la tipologia del rapporto di parentela; l'eventuale convivenza con il defunto; la composizione del nucleo familiare del superstite (dovendosi ritenere la perdita più grave, nella normalità dei casi, nel caso in cui il superstite non possa godere della vicinanza di altre persone care a seguito della perdita), etc.

La specifica concretizzazione di parametri *standard* di riferimento atti a valorizzare i plurimi criteri *de quibus* è avvenuta anche in tale caso mediante l'elaborazione del sistema tabellare.

La tabella milanese, sul punto, predisponeva un sistema "a forchetta", improntato alla stregua della predisposizione di limiti minimi e massimi differenziati in base alla tipologia del rapporto di parentela, rimettendosi al giudice la valutazione concreta dei plurimi criteri sopra individuati, ai fini della concreta quantificazione del danno entro tali soglie.

Da diversa impostazione muove invece la tabella adottata dal Tribunale di Roma, improntata al sistema "a punto": questa si basa sull'attribuzione di un punteggio variabile in funzione di una scala di intensità a sua volta parametrata sulla scorta dei plurimi criteri sopra descritti. Sicché, una volta

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

predisposto un valore monetario per punto percentuale, la quantificazione del risarcimento si ottiene mediante moltiplicazione del valore base per il numero dei punti in esame.

L'evoluzione giurisprudenziale si è attestata dapprima nel senso della rilevanza vincolante delle tabelle milanesi anche con riferimento al danno parentale (Cass. Civ., Sez. III, 7.6.2011, n. 12408); di poi, si è avuto modo di precisare che tali tabelle fossero vincolanti soltanto per il risarcimento del danno alla salute e non già per il danno parentale, rispetto al quale pure potevano costituire idoneo parametro di valutazione avuto riguardo alle peculiarità del caso concreto, dovendosi dare quindi adeguato conto in motivazione dell'*iter* logico-argomentativo sotteso alla liquidazione del danno in questione (Cass. Civ., Sez. III, 14.11.2019, n. 29495).

Da ultimo, si è invece riscontrato che la funzione di garanzia dell'uniformità delle decisioni svolta dalla tabella elaborata dall'Ufficio, non può prescindere dal sistema del punto variabile, unico strumento in grado di garantire adeguata prevedibilità alle decisioni giudiziarie, salvaguardando, in ipotesi eccezionali, l'assoluta peculiarità del caso concreto. Sotto tale specifico profilo, invero, il sistema "a forchetta" proprio delle tabelle meneghine non assurgeva a *standard* idoneo ad orientare l'interprete nella liquidazione del danno, essendo le forbici tra i minimi e i massimi eccessivamente ampie, e quindi riversandosi concretamente sul giudice ampia ed irragionevole discrezionalità nell'individuazione del *quantum*, sulla scorta dei parametri da valorizzare in concreto.

In tal senso, i requisiti necessari per una tabella idonea *in parte qua* sono stati individuati nell'adozione del criterio "a punto variabile"; nell'estrazione del valore medio del punto dai precedenti; nella modularità, oltre che nell'elencazione delle circostanze in fatto rilevanti ai fini della quantificazione degli specifici punteggi applicabili nel caso concreto (come sopra individuati). Resta ferma la possibilità di discostarsi dai parametri tabellari nell'ipotesi dell'eccezionalità del caso concreto, previa idonea motivazione sul punto: da questo punto di vista ed entro tali limiti, gli originari parametri contemplati dalla tabella milanese avrebbero potuto essere applicati *in parte qua*, al fine di orientare l'interprete nella liquidazione del danno che presentasse aspetti di peculiare connotazione, non adeguatamente valorizzati dal sistema della tabella a punto.

Donde, la necessità di adottare anche con riguardo al danno parentale il parametro vincolante di una tabella basata sul sistema "a punti"; risulta quindi astrattamente censurabile la liquidazione del danno parentale effettuata non seguendo tale criterio tabellare, nel caso in cui la concreta quantificazione, alla luce delle circostanze del caso concreto, risulti inferiore a quella cui si sarebbe pervenuti utilizzando la tabella a punti, o comunque risulti sproporzionata rispetto alla quantificazione cui l'adozione della tabella a punti avrebbe portato. Sotto tale specifico profilo, assume rilievo dirimente la specifica valutazione dell'*iter* logico-motivazionale seguito dal giudice nel discostamento dai parametri di liquidazione in esame (Cass. Civ., Sez. III, 21.4.2021, n. 10579).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Cionondimeno, nell'edizione 2022 delle tabelle milanesi risulta specificamente elaborato un sistema a punti con riguardo alla liquidazione del danno parentale, proprio alla stregua dei presupposti elaborati dalla giurisprudenza di legittimità: ritiene pertanto il Tribunale di dover applicare il criterio di computo elaborato all'interno delle predette tabelle, previo l'opportuno adattamento delle risultanze così configurabili con riguardo alle peculiarità del caso di specie di cui si è detto.

Deve altresì tenersi in considerazione come nel caso di specie venga in rilievo l'evento-morte del feto a seguito della nascita, così non venendo in rilievo la diversa tematica della morte del concepito prima del parto (Cass. Civ., Sez. III, 29.9.2021, n. 26301).

Occorrerà a questo punto soffermarsi in merito alla posizione dei singoli attori, a cominciare dai più stretti congiunti del piccolo *Per_8* .

Parte_1 (n. [redacted] risultava il padre di *Per_8* , ed aveva all'epoca della morte del piccolo quarantadue anni, sette mesi e venticinque giorni, arrotondabili per eccesso a quarantatré anni: sicché, al punteggio di ventotto attribuibile in relazione all'età della vittima primaria, deve riconoscersi anche il punteggio di venti in relazione all'età dell'odierno attore all'epoca dei fatti.

Alcun ulteriore punto può riconoscersi quanto al rapporto di convivenza; vanno altresì riconosciuti dodici punti tenuto conto della sopravvivenza in famiglia della moglie e di un'altra figlia. Può infine riconoscersi il punteggio di due quanto alla presumibile sofferenza interiore patita dalla vittima; alcun punto aggiuntivo può riconoscersi al riguardo, tenuto conto delle condizioni della vittima, che aveva pochi mesi di vita, nonché dell'assenza di prova in merito ad un'eccezionale sofferenza a tal uopo patita da parte del padre del piccolo *Per_8* .

Sicché, occorrerà moltiplicare il punteggio così conseguito (sessantadue) per il valore unitario del punto, pari ad € 3.365,00. Si ottiene pertanto l'importo complessivo, astrattamente pari ad € 208.630,00.

Dovrà cionondimeno adeguatamente valutarsi la fattispecie concreta.

Innanzitutto, deve al riguardo evidenziarsi un significativo *deficit* già in punto di allegazione, prima ancora che di prova: non veniva infatti alcun modo dedotto il significativo stravolgimento esistenziale della vita dell'attore a seguito della morte del piccolo *Per_8* .

Sotto tale profilo, invero, deve anzitutto darsi atto della circostanza che il piccolo *Per_8* era un feto di poche settimane di vita: tale circostanza evidentemente incide sul tenore e sull'intensità del rapporto affettivo presumibilmente instauratosi tra il padre ed il piccolo *Per_8* , in assenza di specifici elementi di prova dedotti sul punto.

Ancora, la breve esistenza del piccolo *Per_8* è stata tragicamente contrassegnata dalla persistente degenza ospedaliera, che pure deve ritenersi idonea ad intaccare il rapporto parentale in esame e ad incidere sulla conseguente presumibile sofferenza patita da parte dell'odierno attore.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Inoltre, sulla scorta delle risultanze peritali, si è avuto modo di rilevare come fosse stato riscontrato "*un danno neurologico*", sia pure non imputabile alla condotta dei sanitari, riconducibile, tra l'altro alla "*possibile compresenza di lesioni ipossico-ischemiche non diagnosticate*".

Ebbene tali circostanze, sulla scorta del quadro clinico così riscontrato, depongono per la presumibile configurabilità di un danno neurologico non imputabile che, sia pure inidoneo a cagionare la morte del piccolo *Per_8* , come precisato da parte dei CC.TT.UU., avrebbe ragionevolmente inciso in termini significativamente negativi sull'esistenza del piccolo *Per_8* .

E non v'è dubbio che anche tale circostanza debba essere adeguatamente valorizzata in merito alla valutazione della sofferenza patita da parte di *Parte_1* tenuto altresì conto che alcun elemento di prova veniva dedotto in merito allo sconvolgimento così patito da parte del padre della piccola vittima: pertanto, tale condizione di sofferenza può essere valorizzata in questa sede essenzialmente su base presuntiva, tenuto conto esclusivamente del rapporto di filiazione intercorrente tra gli stessi.

Per altro verso, deve altresì rilevarsi che, secondo le valutazioni dei CC.TT.UU., anche la predetta condizione neurologica, sia pure non imputabile, aveva contribuito alla degenerazione delle condizioni cliniche del piccolo paziente (cfr. pagg. 66 e ss. dell'elaborato peritale).

L'eccezionalità della situazione in esame, pertanto, giustifica una decurtazione del quaranta percento dell'importo così astrattamente riconoscibile in favore di *Parte_1*

Ne consegue, pertanto, la quantificazione complessiva dell'importo pari ad **€ 125.178,00** (208.630,00- 83.452,00 – pari al quaranta percento di 208.630,00 = 83.452,00).

Parte_2 (n. il [redacted], madre del piccolo *Per_8* , all'epoca dei fatti aveva quaranta anni, un mese e diciassette giorni. Al punteggio di ventotto, attribuibile in considerazione dell'età della vittima primaria, devono pertanto aggiungersi ventidue punti in considerazione dell'età dell'odierna attrice; ancora, è da escludere l'attribuzione di un punteggio ulteriore per la convivenza, mentre dovrà aversi riguardo al punteggio di ulteriori dodici punti in considerazione della sopravvivenza del marito e dell'altra figlia *Persona_1* Altri due punti possono riconoscersi in virtù della presumibile sofferenza a tal uopo patita, in assenza di significativi elementi di prova al riguardo rilevanti.

Si ottiene pertanto il punteggio complessivo di sessantaquattro, che, moltiplicato per il valore monetario unitario del punto (pari ad € 3.3.65,00), determina la quantificazione complessiva del valore di € **215.360,00**.

Cionondimeno, dovrà aversi riguardo in questa sede all'assoluta peculiarità della vicenda per cui è causa, dovendosi pertanto valorizzare i medesimi criteri evidenziati con riguardo alla posizione di *Parte_1* Pertanto, risulta congruo lo scomputo di una quota pari al quaranta percento del

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

totale, così dovendosi riconoscere l'importo complessivo pari ad **€ 129.216,00** (215.360,00-86.144,00 – pari al quaranta percento di 215.360,00- = 129.216,00**).**

Quanto alla posizione di *Persona_1* (n. il [redacted], sorellina del piccolo *Per_8*, che all'epoca della morte del fratello aveva un anno, dieci mesi e diciassette giorni, arrotondabile per eccesso a due, dovrà riconoscersi il punteggio di venti quanto all'età della vittima primaria, e di ulteriori venti punti con riguardo alla età della medesima attrice. Non può riconoscersi alcun punteggio ulteriore quanto al rapporto di convivenza, mentre dovrà aversi riguardo all'ulteriore punteggio di dodici con riguardo alla circostanza della sopravvivenza dei due genitori.

Dovrà altresì escludersi il riconoscimento di un ulteriore punteggio con riguardo alla qualità dell'intensità della relazione affettiva perduta: in assenza di significativi elementi di prova sul punto, non risulta invero riconoscibile tale punteggio aggiuntivo, tenuto conto dell'età della stessa attrice, che consente ragionevolmente di escludere che la stessa avesse correttamente inteso gli eventi che riguardarono il piccolo *Per_8* all'epoca dei fatti.

Si ottiene pertanto il punteggio complessivo pari a cinquantadue, che, moltiplicato per il valore monetario del punto (pari ad € 1.461,20), determina la quantificazione dell'importo pari ad **€ 75.982,40**.

Cionondimeno, anche con riferimento alla posizione di tale attrice dovrà aversi riguardo all'assoluta eccezionalità della vicenda per cui è causa, valendo le medesime ragioni poste a sostegno della decurtazione del risarcimento riconosciuto in favore dei genitori del piccolo *Per_8* .

Inoltre, deve adeguatamente valorizzarsi anche la circostanza che l'odierna attrice non aveva compiuto ancora due anni all'epoca dei fatti: sicché, in assenza di specifici elementi di prova di segno contrario, deve ritenersi che tale riscontro incida negativamente con riguardo alla capacità di discernimento della piccola *Persona_1* con riguardo agli eventi che interessarono il fratello e, di conseguenza, sulla relativa sofferenza così patita.

Ne consegue, pertanto, come appaia equo, in relazione al caso concreto, decurtare del cinquanta percento l'importo così astrattamente riconoscibile in favore di tale attrice per un totale complessivo pari ad **€ 37.991,20** (75.982,40: 2 = 37.991,20).

Al di fuori dei componenti del ristretto nucleo familiare del piccolo *Per_8* (composto dai genitori e dalla sorellina *Persona_1*) le altre domande risarcitorie formulate per conto degli ulteriori parenti dello stesso sono infondate e vanno rigettate per quanto di ragione.

In linea del tutto preliminare, occorre rilevare come gli stessi attori, pur instando per il risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio,* erano invitati, con ordinanza del 12.5.2019, a meglio precisare il relativo rapporto di parentela, giacché, al di fuori dei genitori e della sorella del piccolo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Per_8 , non era in alcun modo meglio precisata la relazione parentale intercorrente tra gli stessi e la vittima primaria dell'illecito per cui è causa.

A tanto provvedeva il procuratore degli attori mediante deposito telematico in data 15.10.2021.

Più in particolare, dall'"*atto di specificazione rapporto di parentela*" si evinceva quanto segue: *Controparte_2* , n. a [redacted] (SA) il [redacted] e [redacted] alla [redacted] era la nonna paterna; *CP_3* , n. a [redacted] il [redacted] ed *CP_4* n. a [redacted] (SA) il [redacted] e [redacted] alla [redacted] erano i nonni materni; *CP_5* n. a [redacted] (SA) il [redacted] *Controparte_6* n. a [redacted] (SA) l [redacted] personalmente e quali esercenti la responsabilità genitoriale nei confronti di *CP_8* *[...]* n. a [redacted] (SA) il [redacted] e *Controparte_9* n. a [redacted] (SA) il [redacted] nonché *CP_7* n. a [redacted] (SA) il [redacted] e tutti [redacted] alla [redacted] erano "*zii e cugini paterni*"; *Controparte_10* n. in [redacted] il [redacted] e [redacted] alla [redacted] nonché *Controparte_11* n. ad [redacted] (SA) il [redacted] *Controparte_1* n. ad [redacted] (SA) l [redacted] e *CP_12* n. ad [redacted] (SA) il [redacted] tutti [redacted] alla [redacted] erano "*zii e cugini paterni*"; *CP_13* , n. ad [redacted] (SA) il [redacted] *Controparte_14* n. ad [redacted] (SA) il [redacted] in proprio e quali esercenti la responsabilità genitoriale su *[...]* *Per_2* n. a [redacted] (SA) il [redacted] e *Persona_3* , n. a [redacted] (SA), tutti [redacted] alla [redacted] erano "*zii e cugini materni*"; *Parte_3* *[...]* , n. a [redacted] (SA) il [redacted] e *Controparte_15* , n. a [redacted] (SA) l [redacted] in proprio e quali esercenti la responsabilità genitoriale nei confronti di *Persona_4* , n. a [redacted] (SA) il [redacted] e *Persona_5* , n. a *CP_16* il [redacted] tutti [redacted] alla [redacted] erano "*zii e cugini materni*"; *Parte_4* , n. ad [redacted] (SA) l [redacted] e *[...]* *Per_6* , n. a [redacted] (SA) i [redacted] erano "*zio e cugina materni*".

Non figurava più in tale elenco il sig. *Controparte_1* n. ad [redacted] (SA) il [redacted] che pure aveva formulato in sede di atto di citazione una domanda di risarcimento nel presente giudizio. Cionondimeno, tenuto conto del più generale contegno processuale posto in essere, non sussistono i presupposti per ritenere configurabile nel caso di specie un'implicita rinunzia alla domanda risarcitoria in esame (Cass. Civ., Sez. III, 18.1.2021, n. 723), che dovrà quindi essere comunque oggetto di statuizione in questa sede.

Non risultava inoltre prodotta documentazione attestante il relativo rapporto di parentela *in parte qua*. Sotto tale specifico profilo, deve così anzitutto evidenziarsi la genericità delle allegazioni attoree; né veniva puntualmente indicato il grado di parentela attinente alla posizione degli zii e dei cugini del piccolo *Per_8* .

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Alcun dubbio può porsi, tra l'altro, circa la non operatività nel caso di specie del più generale principio di non contestazione di cui all'art. 115, I comma c.p.c., non rientrando i rapporti di parentela tra gli attori ed il piccolo *Persona_8* nell'alveo della sfera di conoscibilità degli odierni convenuti (*ex plurimis,* Cass. Civ., Sez. III, 8.5.2023, n. 12064).

A tutto voler concedere, tra l'altro, l' *CP_22* " e l' *Controparte_21* " di *CP_17* contestavano specificamente la sussistenza di specifiche conseguenze di natura non patrimoniale soprattutto con riferimento ai soggetti estranei al nucleo famigliare del piccolo *Per_8* .

Sotto tale profilo, a fronte di tali specifiche contestazioni – e aldilà dell'evidente *deficit* già in punto di allegazione -, non veniva dedotto alcuno specifico elemento di prova né con riguardo all'intensità ed alla tipologia della relazione parentale lesa, né tantomeno con riguardo al riscontro della sussistenza, in capo a tali attori, di uno specifico sconvolgimento di vita riconducibile alla morte del piccolo *Per_8* , ovvero di una significativa sofferenza a tal uopo patita.

Tale carenza probatoria assume un rilievo ancora più centrale nel caso di specie, avuto riguardo non solo all'assoluta eccezionalità della fattispecie concreta, come si è avuto modo di rilevare in precedenza con riguardo all'età del piccolo *Per_8* , nonché tenuto conto dei danni neurologici non imputabili che quest'ultimo avrebbe comunque ragionevolmente patito.

Tra l'altro, dallo stesso "*atto di specificazione di parentela*" risulta come il nucleo famigliare del piccolo *Per_8* fosse [redacted] mentre gli ulteriori attori erano [redacted] (SA), [redacted] (SA) e [redacted] (SA): sicché, non è possibile in alcun modo inferire come ed in quali termini gli stessi parenti avessero instaurato un significativo rapporto affettivo col piccolo *Per_8* , che, come si è avuto modo di rilevare, dopo la degenza a [redacted] (SA), veniva trasferito dapprima a *CP_17* ove vi rimaneva per circa quattro mesi, per poi essere trasferito a Potenza.

Ne consegue pertanto che, in difetto di significativi elementi di prova sul punto, vanno rigettate le domande di risarcimento del danno formulate per conto dei predetti attori (arg., *ex plurimis,* da Cass. Civ., Sez. III, 25.6.2021, n. 18284).

Alcuna ulteriore figura descrittiva di danno non patrimoniale risulta infine essere provata con riferimento alla posizione di tali ulteriori attori.

c. (segue) la liquidazione del danno parentale e la domanda subordinata di accertamento della quota specifica di responsabilità formulata per conto dell'" *Controparte_21* " di *CP_17*

Occorre rilevare come gli odierni attori, con specifico riferimento alla domanda di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*, instavano per la liquidazione "*nella misura come dettagliatamente specificata nelle note d'udienza*" (cfr. comparsa conclusionale degli attori, pag. 18).

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

In tal senso, in sede di nota scritta depositata in data 12.4.2023, gli attori chiedevano specificamente di "*condannare l'* Controparte_31 *nella misura del 60%, e la* [...] Controparte_32 *di* CP_17 *nella misura del 30%*", così puntualmente individuandosi la specifica quantificazione dei danni indicati con riguardo a ciascuno degli enti convenuti nel presente giudizio.

In linea del tutto preliminare, deve richiamarsi il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità sul punto, secondo cui, in materia di risarcimento del danno, qualora venga accertato che più soggetti hanno dato un contributo causale, sia pure in diversa misura tra loro, al verificarsi dell'evento dannoso, tutti sono tenuti in solido nei confronti del danneggiato, e non è consentito al giudice di merito limitare la condanna alla rispettiva quota - parte di responsabilità, dovendo egli pronunciarsi sulla graduazione delle colpe solo se uno dei condebitori solidali abbia esercitato l'azione di regresso nei confronti degli altri, o, comunque, in vista del regresso, abbia chiesto tale accertamento in funzione della ripartizione interna (*ex plurimis*, Cass. Civ., Sez. III, 25.7.2006, n. 16939).

Nel caso di specie, inoltre, deve rilevarsi come si verta in un'ipotesi di unico fatto dannoso derivato da più condotte costituenti fatti illeciti distinti, risultate legate da un vincolo di interdipendenza idoneo ad incidere in maniera efficiente sulla produzione dell'intero danno (*ex plurimis*, Cass. Civ., Sez. III, 25.9.2014, n. 20192).

Peraltro, nel presente giudizio non veniva evocato l'ente responsabile per la condotta posta in essere da parte dei sanitari dell' Org_14 di Potenza, nei cui confronti non veniva formulata alcuna specifica domanda risarcitoria; pertanto alcun accertamento può essere svolto in questa sede con riguardo alla posizione di tale ente ospedaliero.

Nel caso di specie, deve quindi darsi atto che gli odierni attori instavano per la condanna nei limiti della quota di responsabilità riscontrata da parte dei CC.TT.UU. a carico degli odierni convenuti (rispettivamente il sessanta percento ed il trenta percento).

Ne consegue, pertanto, che pur potendo gli odierni attori agire per il risarcimento con contestuale richiesta di condanna dei convenuti in solido per l'intero, gli stessi limitavano, nel corso del giudizio, la propria pretesa alla condanna *pro quota*, così configurandosi un'ipotesi di rinunzia alla solidarietà *in parte qua* ai sensi dell'art. 1311, II comma n. 2) c.c.: non veniva pertanto richiesto un accertamento unitario dell'obbligazione solidale nei confronti di tutti i potenziali coobbligati (arg., *ex plurimis,* da Cass. Civ., Sez. III, 11.2.2009, n. 3338).

Pertanto, va accolta la domanda di risarcimento del danno nei confronti dell' CP_22 , nonché nei confronti dell' Controparte_21 " di CP_17 entro i limiti della quota rispettivamente del sessanta e del trenta percento (Cass. Civ., Sez. II, 2.5.1996, n. 4018). Sotto tale profilo, alcuna specifica contestazione veniva mossa dagli odierni enti convenuti al riguardo, anzi

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

instando lo stesso “Ospedale pediatrico” per la graduazione del risarcimento in funzione della propria quota di responsabilità.

In tal senso, si è avuto modo di rilevare come la persona danneggiata in conseguenza di un fatto illecito imputabile a più persone legate dal vincolo della solidarietà, può pretendere la totalità della prestazione risarcitoria anche da una sola delle persone coobbligate, mentre la diversa gravità delle rispettive colpe di costoro e l'eventuale diseguale efficienza causale di esse può avere rilevanza soltanto ai fini della ripartizione interna del peso del risarcimento tra i corresponsabili; conseguentemente, il giudice del merito adito dal danneggiato può e deve pronunciarsi sulla graduazione delle colpe solo se uno dei condebitori abbia esercitato l'azione di regresso nei confronti degli altri, o comunque, in vista del regresso abbia chiesto tale accertamento in funzione della ripartizione interna, ovvero se il danneggiato abbia rinunziato alla parte del credito corrispondente al grado di responsabilità del coautore dell'illecito da lui non convenuto in giudizio (rinunzia non ravvisabile peraltro nel mero fatto di non aver agito anche contro quest'ultimo) o abbia comunque rinunziato ad avvalersi della solidarietà nei confronti del corresponsabile convenuto (Cass. Civ., Sez. III, 3.3.1997, n. 1869).

Nel caso di specie, ricorre infatti proprio tale ultima ipotesi, avendo gli odierni attori limitato il risarcimento del danno non patrimoniale patito, alla specifica quota di responsabilità imputabile ai soli enti convenuti nel presente giudizio.

Tenuto conto delle condivisibili risultanze derivanti dagli accertamenti peritali, risulta pienamente adeguata, in considerazione delle condotte oggetto di contestazione, della gravità delle colpe riscontrate e del relativo determinismo in merito alla causazione dell’evento mortale, ripartire la quota di responsabilità degli enti convenuti nel presente giudizio nei limiti del sessanta percento in capo all’ *CP_22* , e del trenta percento con riferimento all’ *Controparte_21* ”.

Ne consegue, pertanto, che, quanto al risarcimento del danno patito da parte di *Parte_1* l’ *CP_22* va condannata al risarcimento del danno per l’importo pari ad **€ 75.106, 80,** mentre l’ *Controparte_21* ” di *CP_17* va condannato al risarcimento del danno per l’importo pari ad **€ 37.553,40** (pari rispettivamente al sessanta ed al trenta percento di **€ 125.178,00**).

Quanto alla posizione di *Parte_2* , l’ *CP_22* va condannata al risarcimento del danno per l’importo pari ad **€ 77.529,60**, mentre l’ *Controparte_21* ” di *CP_17* va condannato al risarcimento del danno per l’importo pari ad **€ 38.764,80** (rispettivamente pari al sessanta ed al trenta percento di **€ 129.216,00**).

Infine, con riferimento alla posizione di *Persona_1* l’ *CP_22* ” va condannata al risarcimento del danno per l’importo pari ad **€ 22.794,60**, mentre l’ *Controparte_21*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

[...] di *CP_17* per l'importo pari ad € **11.397,30** (rispettivamente pari al sessanta ed al trenta percento di € 37.991,20).

Trattandosi di obbligazioni di valore, sulle somme anzidette, devalutate alla data della [redacted] *Persona_8* [redacted] e rivalutate anno per anno secondo gli indici *Org_19* dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai, sono dovuti, in adesione all'orientamento della S.C. (Cass. Civ., SS.UU., 17.2.1995, n. 1712), gli interessi legali al tasso p.t. vigente, a partire dal [redacted] fino alla pubblicazione della presente sentenza; da tale ultima data, che segna la conversione del debito di valore in debito di valuta, sono dovuti i soli interessi legali sulle somme complessivamente liquidate all'attualità fino al soddisfo.

6. La regolazione delle spese di lite.

In linea del tutto preliminare, occorre rilevare che, quanto al rapporto processuale intercorrente tra gli attori e l' *CP_17* ", le spese di lite devono essere compensate per la quota di un quarto, tenuto conto non solo dell'oggettiva complessità delle questioni giuridiche dedotte, ma anche del contegno processuale degli stessi attori, i quali dichiaravano di non opporsi all'"*estromissione*" dell'ente convenuta, sia pure con compensazione delle spese di lite (cfr. verbale d'udienza del 14.10.2021).

Per la restante quota dei tre quarti, le spese di lite seguono la soccombenza dei primi, e sono liquidate per intero come in dispositivo secondo i parametri medi dello scaglione di riferimento del D.M. n. 55/2014 e ss.mm.ii. corrispondente al valore della causa (da € 260.001,00 ad € 520.000,00), tenuto conto della complessità delle questioni giuridiche dedotte dalle parti.

A nulla rileva, sotto tale profilo, il fatto che l'ente convenuto non avesse partecipato al procedimento di mediazione: trattasi invero di circostanza ininfluente, venendo in rilievo il difetto di titolarità passiva dell'obbligazione per cui è causa che senz'altro avrebbe dovuto essere autonomamente riscontrato anteriormente all'introduzione del giudizio, trattandosi di elemento costitutivo della domanda risarcitoria, tenuto conto dell'assenza di specifici rapporti tra l' *Parte_9* e l' *[...]* *Controparte_21* ".

Ne consegue, pertanto, che gli attori devono essere condannati, in solido tra loro, ai sensi dell'art. 97, I comma c.p.c. (Cass. Civ., Sez. II, 20.4.2018, n. 9876), alla refusione della restante quota dei tre quarti delle spese di lite nei confronti di tale ente.

L'oggettiva complessità delle questioni giuridiche, nonché del caso clinico oggetto di contestazione, depone altresì per la compensazione limitatamente alla quota di un quarto, con riferimento al rapporto processuale intercorrente tra l' *CP_16* " e i seguenti attori: *Controparte_1* n. il [redacted] *Controparte_2* ; *CP_3* ; *CP_4* *CP_5* *Controparte_6* *[...]* *CP_7* *CP_8* *Controparte_9* *Controparte_10* *Controparte_11* *CP_1* *[...]* n. l [redacted] *CP_12* *CP_13* e *Controparte_14* in proprio e quali

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_2* e *Persona_3* ; *Parte_3* *[...]* e *Controparte_15* , in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_4* e *Persona_5* ; *Parte_4* in proprio e quale genitore legale rappresentante della figlia *Persona_6* .

Per la restante quota dei tre quarti, le spese di lite seguono la soccombenza di tali attori in solido tra loro (arg. da Cass. Civ., Sez. II, 20.4.2018, n. 9876) e sono liquidate per intero come in dispositivo, secondo i parametri medi dello scaglione di riferimento del D.M. n. 55/2014 e ss.mm.ii. corrispondente al valore della causa (da € 260.001,00 ad € 520.000,00), tenuto conto della complessità delle questioni giuridiche dedotte dalle parti.

Analoghe ragioni depongono per la compensazione nella misura di un quarto delle spese di lite con riferimento al rapporto processuale intercorrente tra i medesimi attori rimasti integralmente soccombenti e l' *Controparte_21* ". Per la restante quota dei tre quarti, le spese di lite seguono la soccombenza degli attori, che sono condannati alla refusione delle spese *ex* art. 97, I comma c.p.c., in solido tra loro, secondo i medesimi parametri indicati con riguardo agli ulteriori rapporti processuali.

Con riguardo al rapporto processuale intercorrente tra *Parte_1* *Parte_2* , in proprio e nella qualità di legali rappresentanti della sig.ra *Persona_1* e l' *CP_33* , deve osservarsi quanto segue.

L'oggettiva complessità delle questioni giuridiche e del caso clinico oggetto di contestazione, in uno alla soccombenza parziale così riscontrata (risultando accolte esclusivamente le domande di risarcimento con riguardo alla figura descrittiva di danno non patrimoniale del danno parentale, tra l'altro in misura significativamente ridotta rispetto a quanto originariamente richiesto, oltre al danno biologico terminale patito *iure hereditatis*), depongono per la compensazione delle spese di lite per la quota della metà; per la restante quota della metà, le spese di lite seguono la soccombenza dell' *[...]* *CP_16* ", e sono liquidate per intero come in dispositivo, in favore dei predetti attori, in solido tra loro (arg., *ex plurimis,* da Cass. Civ., Sez. I, 17.5.2016, n. 10077), secondo i parametri medi dello scaglione di riferimento del D.M. n. 55/2014 e ss.mm.ii. corrispondente al valore della causa (da € 260.001,00 ad € 520.000,00), tenuto conto della complessità delle questioni giuridiche dedotte dalle parti, con attribuzione in favore dell'avv. [redacted]

Analoghi criteri devono essere riproposti anche con riferimento al rapporto processuale intercorrente tra tali attori e l' *Controparte_21* *CP_29* .

Non sussistono i presupposti per il riconoscimento dell'aumento di cui all'art. 4, II comma D.M. n. 55/2014 e ss.mm.ii.: tanto tenuto conto non solo dell'oggettiva identità delle questioni giuridiche prospettate da parte dei singoli attori, nonché dell'unicità della linea difensiva seguita – anche a voler

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

prescindere dalla genericità delle allegazioni di cui si è detto-, ma anche dell'oggettiva comunanza delle questioni giuridiche prospettate da parte dei convenuti (Cass. Civ., Sez. III, 19.5.2021, n. 13595).

L'oggettiva complessità delle questioni giuridiche dedotte depone inoltre anche per l'insussistenza dei presupposti per l'applicazione della sanzione di cui all'art. 8, V comma d.lgs. n. 28/2010 *ratione temporis* applicabile nei confronti degli enti convenuti che non avevano partecipato al procedimento di mediazione. Analogamente a dirsi con riferimento alla posizione dell' *CP_17* , che difettava della titolarità passiva con riguardo al rapporto giuridico per cui è causa.

Le spese di C.T.U. devono porsi a definitivo carico dell' *Controparte_21* " e dell' *CP_16* " per la quota della metà ciascuno.

P.Q.M.

Il Tribunale di Salerno, Seconda Sezione Civile, definitivamente pronunciando sulle domande proposte nell'ambito del giudizio n. 6852/2015 R.G., ogni contraria o diversa istanza e deduzione rigettata e disattesa, così provvede:

1) accertata la responsabilità dell' *CP_16* ", nei limiti della quota del sessanta percento, con riguardo alla causazione della morte del sig. *Persona_8* condanna tale ente al pagamento dei seguenti importi:
   a) **€ 8.607,00,** oltre rivalutazione ed interessi come indicato in parte motiva, in favore del sig. *Parte_1* e della sig.ra *Parte_2* , in proprio e quali legali rappresentanti della sig.ra *Persona_1* tutti in qualità di eredi del sig. *Persona_8* nei limiti delle rispettive quote ereditarie, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure hereditario*;
   b) **€ 75.106,80**, oltre rivalutazione ed interessi, secondo le modalità indicate in parte motiva, in favore del sig. *Parte_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*;
   c) **€ 77.529,60,** oltre rivalutazione ed interessi, secondo le modalità indicate in parte motiva, in favore della sig.ra *Parte_2* , a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*;
   d) **€ 22.794,60**, oltre rivalutazione ed interessi, secondo le modalità indicate in parte motiva, in favore della sig.ra *Persona_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*;
2) accertata la responsabilità dell' *Controparte_21* ", nei limiti della quota del trenta percento, con riguardo alla causazione della morte del sig. *Persona_8* condanna tale ente al pagamento dei seguenti importi:

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

a) **€ 3.056,10,** oltre rivalutazione ed interessi come indicato in parte motiva, in favore del sig. *Parte_1* e della sig.ra *Parte_2*, in proprio e quali legali rappresentanti della sig.ra *Persona_1* tutti in qualità di eredi del sig. *Persona_8* nei limiti delle rispettive quote ereditarie, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure hereditario*;

b) **€ 37.553,40**, oltre rivalutazione ed interessi, secondo le modalità indicate in parte motiva, in favore del sig. *Parte_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*;

c) **€ 38.764, 80** oltre rivalutazione ed interessi, secondo le modalità indicate in parte motiva, in favore della sig.ra *Parte_2*, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*;

d) **€ 11.397,30**, oltre rivalutazione ed interessi, secondo le modalità indicate in parte motiva, in favore della sig.ra *Persona_1* a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale patito *iure proprio*;

3) rigetta le ulteriori domande di risarcimento del danno formulate nei confronti dell' *[...] CP_16* " da parte di *Parte_1* e della sig.ra *Parte_2*, in proprio e quali legali rappresentanti della sig.ra *Persona_1*

4) rigetta le ulteriore domande di risarcimento del danno formulate nei confronti dell' *Controparte_21* " da parte di *Parte_1* e della sig.ra *Parte_2*, in proprio e quali legali rappresentanti della sig.ra *Persona_1*

5) rigetta le domande risarcitorie formulate nei confronti dell' *CP_16* " da parte di *Controparte_1* n. il [redacted] *Controparte_2* ; *CP_3* ; *CP_4* *CP_5* *Controparte_6* *CP_7* *CP_8* *Controparte_9* *Controparte_10* *Controparte_11* *Controparte_1* n. l [redacted] *CP_12* *CP_13* e *Controparte_14* in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_2* e *Persona_3* *Parte_3* e *CP_15* *[...]*, in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Per_4* *[...]* e *Persona_5* ; *Parte_4*, in proprio e quale genitore legale rappresentante della figlia *Persona_6* ;

6) rigetta le domande risarcitorie formulate nei confronti dell' *Controparte_21* *[...]* da parte di *Controparte_1* n. il [redacted] *Controparte_2* ; *CP_3* ; *CP_4* *CP_5* *Controparte_6* *CP_7* *CP_8* *Controparte_9* *Controparte_10* *Controparte_11* *Controparte_1* n. l [redacted] *CP_12* *CP_13* e *Controparte_14* in proprio e quali

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_2* e *Persona_3* *[...]* *Parte_3* e *Controparte_15*, in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_4* e *Persona_5*; *Parte_4*, in proprio e quale genitore legale rappresentante della figlia *Persona_6*;

7) rigetta le domande risarcitorie formulate da parte degli attori nei confronti dell' *CP_17* 1";

[...]

8) compensa per la quota delle metà le spese di lite attinenti al rapporto processuale intercorrente tra l' *CP_16* " e *Parte_1* e la sig.ra *Parte_2*, in proprio e anche quali legali rappresentanti della sig.ra *Persona_1* e condanna l' *[...]* *CP_16* " alla refusione, in favore di tali parti, in solido tra loro, della restante quota della metà delle spese di lite, che si liquidano per intero in € 557,65 per spese vive, ed in € 22.457,00 per onorario, oltre rimborso spese generali al 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge, con attribuzione in favore dell'avv. [redacted]

9) compensa per la quota delle metà le spese di lite attinenti al rapporto processuale intercorrente tra l' *Controparte_21* " e *Parte_1* e la sig.ra *Parte_2*, in proprio e anche quali legali rappresentanti della sig.ra *Persona_1* *[...]* e condanna l' *Controparte_21* " alla refusione, in favore di tali parti, in solido tra loro, della restante quota della metà delle spese di lite, che si liquidano per intero in € 4,98 per spese vive, ed in € 22.457,00 per onorario, oltre rimborso spese generali al 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge, con attribuzione in favore dell'avv. [redacted]

10) compensa per la quota di un quarto le spese di lite attinenti al rapporto processuale intercorrente tra l' *CP_16* " e *Controparte_1* n. il [redacted] *[...]* *CP_2*; *CP_3*; *CP_4* *CP_5* *Controparte_6* *[...]* *CP_7* *CP_8* *Controparte_9* *Controparte_10* *Controparte_11* *Controparte_1* n. 1 [redacted] *CP_12* *CP_13* e *Controparte_14* in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_2* e *[...]* *Persona_3* *Parte_3* e *Controparte_15*, in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_4* e *Persona_5*; *Parte_4* in proprio e quale genitore legale rappresentante della figlia *Persona_6*, e condanna tali attori, in solido tra loro, alla refusione, in favore dell' *CP_16* ", della restante quota dei tre quarti delle spese di lite, che si liquidano per intero in € 22.457,00 per onorario, oltre rimborso spese generali al 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

11) compensa per la quota di un quarto le spese di lite attinenti al rapporto processuale intercorrente tra l' *Controparte_21* " e *Controparte_1* n. il [redacted] *Controparte_2* ; *CP_3* ; *CP_4* *CP_5* *Controparte_6* *CP_7* *CP_8* *Controparte_9* *Controparte_10* *Controparte_11* *Controparte_1* n. l [redacted] *CP_12* *CP_13* e *Controparte_14* in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_2* e *Persona_3* ; *Parte_3* e *Controparte_15* , in proprio e quali genitori legali rappresentanti dei figli minorenni *Persona_4* e *Persona_5* ; *Parte_4* in proprio e quale genitore legale rappresentante della figlia *Persona_6* , e condanna tali attori, in solido tra loro, alla refusione, in favore dell' *Controparte_21* *[...]* ", della restante quota dei tre quarti delle spese di lite, che si liquidano per intero in € 22.457,00 per onorario, oltre rimborso spese generali al 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge;

12) compensa per la quota di un quarto le spese di lite attinenti al rapporto processuale intercorrente tra gli attori e l' *CP_17* " e condanna i primi, in solido tra loro, alla refusione, in favore dell' *CP_17* ", della restante quota dei tre quarti delle spese di lite, che si liquidano per intero in € 22.457,00 per onorario, oltre rimborso spese generali al 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge;

13) spese di C.T.U. a definitivo carico dell' *Controparte_21* " e dell' *[...]* *CP_16* " per la quota della metà ciascuno.

Così deciso in Salerno, il 10.12.2023.

Il Giudice

Dott. Giuseppe Barbato

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it