



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI
SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice dott. _____ ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n.1018/11 del R.G.A.C., trattenuta in
decisione nell'udienza del 5.2.2016 e vertente

TRA

-
-

in proprio e quali genitori di
rappresentati e difesi dall'Avv. _____

ATTORI

E

- AUSL di _____, in persona del l.r.p.t.,
rappresentata e difesa dall'Avv. _____;

CONVENUTA

-
rappresentata e difesa dagli Avv.ti _____;

CONVENUTA

-
rappresentato e difeso dall'Avv. _____;

CONVENUTO

- ASSICURATORI _____, in persona del l.r.p.t.
rappresentati e difesi dagli Avv.ti _____ a

CHIAMATI IN CAUSA da

- ~~GRUPAMA Assicurazioni~~
rappresentata e difesa dall'Avv.

CHIAMATA IN CAUSA da

- GROUPAMA Assicurazioni spa, in persona del l.r.p.t
rappresentata e difesa dagli Avv.ti

CHIAMATA IN CAUSA da l

rappresentata e difesa dall'Avv.to

CHIAMATA IN CAUSA da

- SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI, in persona del l.r.p.t.,
rappresentata e difesa dagli Avv.ti

CHIAMATA IN CAUSA da

- AXA Assicurazioni spa, in persona del l.r.p.t.
rappresentata e difesa dall'Avv.

CHIAMATA IN CAUSA da

- AMISSIMA Assicurazioni, già CARIGE Assicurazioni spa, in persona del
l.r.p.t.,
rappresentata e difesa dall'Avv.

CHIAMATA IN CAUSA da

OGGETTO: risarcimento del danno per colpa professionale medica

CONCLUSIONI

All'udienza di precisazione delle conclusioni i procuratori delle parti concludevano come da verbale riportandosi ai rispettivi atti da intendersi in questa sede trascritti e comunque in prosieguo riassunti.



MOTIVI DELLA DECISIONE

Gli attori, in proprio ed in qualità di genitori di _____, hanno convenuto in giudizio la Ausl di _____, il dott. _____ e la dott.ssa _____ per sentirli dichiarare responsabili del grave danno patito dal piccolo _____ al momento del parto, con conseguente condanna al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, da ciò loro derivati (in proprio ed in qualità di esercenti la potestà sul figlio), quantificati in citazione in complessivi Euro 12.000.000,00 (poi ridotti in sede di comparsa conclusionale ad Euro 6.000.000,00 circa) oltre interessi e rivalutazione e con vittoria delle spese di lite, da distrarsi in favore del procuratore antistatario.

Così gli attori descrivono, in citazione, l'andamento del travaglio e la conseguente genesi del danno:

1. *In data 5.8.2009 alle h. 02.17 del mattino la Sig.ra _____ nullipara ed alla sua prima gravidanza, a seguito della rottura delle membrane, si recava presso l'Ospedale Civile di _____ ove veniva ricoverata presso il reparto Ostetricia e Ginecologia (giusta cartella clinica n. 2009/10160 doc. 2);*
2. *Quel giorno, per quel turno, in quel reparto era presente la Dott.ssa _____ (il medico-ginecologo di guardia) la quale si occupò della Sig.ra _____;*
3. *A partire dalle 6.13 dello stesso giorno veniva effettuato un controllo cardiocografico che veniva sospeso e ripetuto altre volte nel corso della giornata;*
4. *Il bambino era affetto da macrosomia mentre la madre, per quanto ci è dato sapere, presentava una dilatazione vaginale inferiore al previsto (sproporzione feto-pelvica); il bambino poi aveva "un giro di cordone intorno al collo e dai tracciati cardiocografici effettuati presentava dei battiti cardiaci troppo bassi; la paziente, peraltro, <per dirla con le medesime parole della Dr. _____ nella sua relazione inviata alla ASL -doc. 6-> "mostrava angoscia ed ansia", "il collo uterino era chiuso e raccorciato, le membrane rotte e si mostrava poco collaborativa ed insofferente";*
5. *La situazione dunque cominciava a farsi pesante tanto che la Sig.ra _____ (ed i familiari presenti) iniziava a richiedere il taglio cesareo; alla stessa stregua molti dei sanitari e parasanitari presenti in sala travaglio prima, e in sala parto poi, cercarono, inutilmente, di convincere la ginecologa, Dott.ssa _____, ad effettuare un taglio cesareo; quest'ultima però non ritenne opportuno farlo sostenendo che quando sarebbe nato il bambino i genitori l'avrebbero dovuta ringraziare e, comunque, di essere contraria al cesareo(sic!) (cfr. verb. somm inf.ni Sig. _____ del 17/4/2010 doc. 7);*
6. *Alle h. 22.45 (sempre del 5.8.2009), la Ostetrica, _____, chiamava il Dott. _____ (medico-ginecologo di guardia che nel frattempo, alle h. 20.30, aveva affiancato la _____) in sala travaglio per visualizzare il tracciato cardiocografico in quanto lo stesso*

appariva "poco rassicurante";

7. Nessuno però sembrò farlo (o, se lo fecero, lo fecero male): né il _____, né la _____, né la _____ tanto che alle h 00.10 del 6.8.2009 il _____ veniva richiamato, sempre dalla _____, una seconda volta in sala travaglio per ricontrrollare il tracciato che continuava ad apparire sempre meno rassicurante;

8. Le circostanze emergono dalle lettura della cartella clinica e sono confermate dall'Ostetrica _____ sempre innanzi alla sez di P.G.- _____ per ben due volte: una prima volta, in data 23/10/2009, in sede di sommarie informazioni (doc. 5): "Appena visionatolo (il tracciato), in base alla mia esperienza, nonostante la presenza della _____ ho ritenuto opportuno chiamare il Dott. _____, per visualizzare lo stesso tracciato, in quanto lo ritenevo poco reattivo. Il Dott. _____ è arrivato ed ha visionato il tracciato... Dopo circa un'ora... ho ritenuto opportuno chiamare nuovamente il Dott. _____ per fare visionare a lui il tracciato..." e, una seconda volta, in data 13/09/2010, in sede di interrogatorio (doc. 6): "... alle h. 23.00 circa...io chiedo al Dr. _____ se ha visionato il tracciato che rimaneva a mio giudico ostetrico poco rassicurante, il Dr. _____ mi conferma che aveva visionato il tracciato fetale...." ... "Nel frattempo... era circa mezzanotte visiono che il tracciato rimaneva poco rassicurante e richiamo il Dr. _____ il Dr. _____ è arrivato"... "io ho chiamato due volte il dr. _____ per uno stato poco rassicurante del battito cardiaco fetale. Il Dr. _____ ha visto i tracciati ed ha ritenuto di non intervenire".

9. A scanso di equivoci verrà fin da ora ribadito che, ammesso e non concesso (!) che il Dott. _____ non abbia visionato i tracciati (circostanze che invece appare acclarata), o che, visionandoli, non si sia accorto della sofferenza fetale, la Dott.ssa _____ era, comunque, già presente in sala travaglio in quanto quest'ultima, materialmente, seguì il parto della Sig.ra _____ dall'inizio alla fine;

10. Solo dopo 24 ore dal ricovero, dunque, e dopo circa 8 h di travaglio, alle h. 02.15 del 6.8.2009 entrambi i medici effettuavano una manovra detta di Kristeller che portava finalmente all'espulsione naturale del feto con fuoriuscita di meconio;

11. Il piccolo _____ nasce, dunque, ma sono da subito evidenti i primi segni di asfissia e di depressione cardiorespiratoria;

12. Si tenta una disperata manovra di rianimazione cardiopolmonare da parte dei sanitari di turno (Dott.ssa _____ e Dott.ssa _____); _____ viene intubato e ventilato dal Dott. _____ ricoverato in culla termica sotto monitoraggio e poi ricoverato nel reparto Neonatologia (giusta all.ta cartella clinica n. 2009/10271);

13. Il giorno dopo _____ peggiora e, pertanto, viene trasferito da _____ con diagnosi di SAM con asfissia perinatale presso il "Bambin Gesù" di Roma (v. cartelle cliniche n. 2009038612 n. 2009078495 docc. 31 e 32) ove giunge in "stato di gravità critico...comatoso..." e, dopo una serie interminabile di cure, esami indagini ed accertamenti, rimane ricoverato fino al 16/11/2009;

14. Successivamente viene trasferito a Fiumicino (Roma) presso il Dipartimento di Riabilitazione Pediatrica in località Palidoro dal quale viene dimesso solo in data 30.03.2010 con

lettera di accompagnamento al Medico curante (doc. 23) da cui si legge che il bambino presenta "encefalopatia ipossico ischemica, epilessia, severo ritardo psicomotorio ed alimentato artificialmente tramite PEG, cefalo ematoma bilaterale >dx in sede parieto-occipitale; mugghetto al cavo orale; rumori al torace; grossolani rientramenti intercostali; ipotono assiale, ipertono ai 4 arti, extrarotazione delle anche, piedi in talo, occhi rivolti verso l'alto, non aggancia, non segue target visivo,...

15. Sette mesi dopo il parto _____ toma a casa ove rimane in terapia domiciliare fino a maggio del 2010; poi viene accettato presso la clinica riabilitativa "Villa Alba" (c/o Città Bianca di Veroli —FR) ove, a tutt'oggi, svolge attività motoria e riabilitativa;

16. Si reca mensilmente a visita di controllo presso l'Istituto Palidoro di Fiumicino dal quale esce sempre con la stessa diagnosi di paralisi cerebrale infantile, tetraparesi distonica, lussazione anche, alimentato per PEG, disturbo visivo complesso (giuste allegate lettere di dimissione del 17.6.2010, 16.9.10, 25.11.10 e 17.12.10 -doc. 24-);

17. E' del 21.02.2011 un certificato a firma del Dott. _____ (doc. 25) dal quale, purtroppo, risulta che il piccolo è affetto anche da cecità cerebrale e che, dunque, deve essere considerato un non vedente...in altre parole, molto meno tecniche, ma più esemplificative il piccolo _____ è e sarà costretto ad una vita da vegetale!

18. In ordine alla palese responsabilità in cui sono incorsi i sanitari nel frangente, dalla relazione del Prof. _____

_____ e, nel caso si specie, Consulente della Procura, apprendiamo che "dalla lettura del monitoraggio elettronico della frequenza cardiaca fetale è possibile individuare che fin dalle h. 19.45 del 5/8/2009 erano apparsi i primi sintomi di stato ipossico intrauterino e che, quindi, da quel momento in poi ERA NECESSARIO AVVIARE LE PROCEDURE DI ATTIVAZIONE DELLA SALA OPERATORIA PER L'ESECUZIONE DI UN TAGLIO CESAREO, DA RITENERSI NECESSARIO (!) URGENTE (!!), NON DIFFERIBILE (!!!) DALLE ORE 22.42 QUANDO IL TRACCIATO CTG ERA FRANCAMENTE PATOLOGICO" (cfr pg. 16 perizia _____ -doc. 4-).

19. Ed ancora, laddove non fosse stato abbastanza chiaro e al fine di scongiurare eventuali ricorsi di controparte a presunte -inesistenti- patologie presenti prima del parto, il Prof. _____ aggiunge che "tutti gli elementi clinici, strumentali e biochimici convergono verso un diagnostico di encefalopatia ipossico- ischemica da asfissia fetale intra partum... giacché non è ipotizzabile sostenere la presenza di un danno asfittico, realizzatosi nell'ante-partum" (cfr pg. 19 perizia _____):

20. Se davvero non bastasse, andrà ricordato che è lo stesso Dott. _____ (in sede di verb. sommarie inf.ni del 27/02/2010) pur negando di avere mai visionato il tracciato prima, dice di averlo visionato "dopo le fasi concitate del parto" "avendo avuto così modo di riscontrare che effettivamente vi erano delle decelerazioni del battito fetale" (doc. n. 9):

21. Per quel che ci è dato sapere la Dott.ssa _____ effettuò tre turni di guardia di seguito (!):

dalle 8.30 alle 22.30 del 5.8.2009 (con il Dott. _____); dalle 22.30 del 5.8.2009 alle 8.30 del 6.8.2009 (con il Dott. _____); dalle 8.30 del 6.8.2009 alle 20.30 del 6.8.2009.”

Ritenendo quindi sussistere responsabilita' di natura contrattuale della Ausl di _____ e dei dottori _____ chiedevano di condannarli al risarcimento di tutti i danni passati, presenti e futuri patiti dal piccolo _____ nonche', direttamente e indirettamente, da essi stessi, danni quantificati in citazione in complessivi Euro 12.000.000 circa (poi ridotti in conclusionale ad Euro 6.000.000 circa).

La convenuta AUSL, dopo avere ricusato ogni addebito, chiedeva comunque in subordine di dichiarare esclusivamente responsabili i medici convenuti.

Il medico convenuto dott. _____, negava ogni responsabilita' affermando sostanzialmente:

a) di essere addetto alla sala parto e non alla sala travaglio (a cui era addetta la dott.ssa _____);

b) di avere assistito la partoriente solo al momento del parto (allorquando pero' il danno avrebbe dovuto ritenersi gia' insorto).

Eccepiva inoltre "l'incompetenza" della Sezione Civile dell'intestato Tribunale ritenendo che dovesse prevalere, per ragioni di connessione, la competenza della Sezione Lavoro a conoscere dell'intero giudizio in forza della domanda di inadempimento al contratto collettivo nazionale di lavoro spiegata contro la AUSL.

Chiamava comunque in giudizio le proprie assicurazioni Groupama Assicurazioni spa e Lloyd's of London in manleva nonche' l'ostetrica _____ alla quale attribuiva, unitamente agli altri sanitari, la responsabilita' di non avere correttamente individuato segni di sofferenza fetale, di non averli chiaramente evidenziati e di non essere tempestivamente intervenuti. All'ostetrica contestava inoltre di avere falsificato la cartella clinica (falsificazione che, nel parallelo giudizio penale pendente, le era valsa una imputazione ex art. 479 cp) nella parte in cui essa avrebbe annotato, alle ore 22,45, di averlo "avvertito per visualizzare il tracciato cardiotocografico" (ben prima quindi del parto delle ore 2,15, nel quale il _____ era invece intervenuto).

L'altro medico convenuto dott.ssa _____, negando anch'essa ogni addebito (in particolar modo sotto il profilo causale, contestando che il danno attoreo fosse

riconducibile alla mancata esecuzione del parto cesareo), chiamava in giudizio la pediatra ospedaliera dott.ssa _____ alla quale attribuiva la responsabilita' esclusiva dell'evento per carente assistente al neonato subito dopo il parto. Chiamava poi in garanzia (per ogni somma che avesse dovuto eventualmente sborsare "per i fatti e il giudizio") la Axa Assicurazioni spa e chiedeva la condanna della Ausl di _____ per carenze organizzative proprie e/o per fatti di altro personale sanitario nonche' per avere omesso di stipulare, in favore dei medici, idonea assicurazione. Eccepiva anch'essa "l'incompetenza" della Sezione Civile dell'intestato Tribunale ritenendo che dovesse prevalere, per ragioni di connessione, la competenza della Sezione Lavoro a conoscere dell'intero giudizio in forza della domanda di inadempimento al contratto collettivo nazionale di lavoro spiegata contro la AUSL. In subordine, in caso di accertamento di responsabilita', chiedeva che le stesse venissero quantificate e ripartite tra la Ausl di _____ (anche per carenze organizzative proprie) e tutti i medici convenuti/chiamati in giudizio.

In via istruttoria chiedeva che la causa fosse rimessa sul ruolo per rinnovare la CTU o richiedere chiarimenti ai periti d'ufficio.

L'ostetrica _____ (chiamata dal Dott. _____) chiedeva di rigettarsi la domanda rivolta dal chiamante evidenziando la correttezza della propria condotta professionale dal momento che lei e solo lei si sarebbe accorta della sofferenza fetale sin dalle ore 22,30 circa e l'avrebbe segnalata sia alla dott.ssa _____ che al dott. _____ senza che le sue preoccupazioni sull'andamento del travaglio fossero tuttavia dai medici ascoltate.

Chiedeva altresì di condannare il chiamante dott. _____ ex art. 96 cpc.; chiamava comunque in garanzia la propria compagnia assicuratrice Soc. Reale Mutua spa.

La dott.ssa _____ (chiamata in causa dalla dott.ssa _____) ricusava ogni responsabilita' evidenziando la correttezza dell'assistenza prestata al neonato e l'irrelevanza causale rispetto al danno attoreo. Chiamava comunque in garanzia le compagnie Axa Assicurazioni spa e Carige Assicurazioni spa. Nel prosieguo rinunciava alla domanda di manleva nei confronti della Axa Assicurazioni spa, rinuncia che veniva accettata dalla Axa Assicurazioni spa, con compensazione

delle spese di lite.

Si costituivano inoltre le compagnie chiamate che, oltre a negare ogni responsabilita' in capo a propri assicurati, eccepivano anche:

- la Axa Assicurazioni spa, nei confronti della assicurata _____, l'esistenza di un massimale di polizza onnicomprensivo di Euro 1.000.000,00;

- gli Assicuratori del Lloyd's, nei confronti dell'assicurato _____, l'inoperativita' della polizza in quanto, in forza della clausola *claims made*, il sinistro non sarebbe tra quelli assicurati; la sospensione, in ogni caso, della polizza per mancanza di versamenti dell'assicurato; l'eventuale operativita' della polizza solo a secondo rischio; l'esistenza del massimale come da convenzione AOGOI n.1600900;

- la Groupama Assicurazioni spa, nei confronti dell'assicurato _____, l'esistenza di franchigie e di un massimale di polizza di Euro 1.500.000,00, da limitarsi ad un terzo (come da specifica clausola) a causa della assenza di consenso informato; l'operativita' della polizza solo a secondo rischio in caso di coesistenza di altre assicurazioni (art VII delle condizioni speciali di polizza); la mancanza di copertura (art. XI della condizioni di polizza) per le spese sostenute dall'assicurato per la propria difesa, non avendo il dott. _____ neppure interloquito la Compagnia circa il nominativo del proprio legale;

- la Societa' Reale Mutua di Assicurazioni spa, nei confronti dell'assicurata _____, l'esistenza di un massimale di polizza di Euro 750.000,00;

- la Carige Assicurazioni spa, ora Amissima Assicurazioni spa, nei confronti dell'assicurata _____, la prescrizione ex art. 2952 c.c. e la non operativita' della polizza in quanto prestata a secondo rischio.

Tutte le compagnie assicuratrici chiedevano comunque, in via subordinata, di quantificare la eventuale percentuale di responsabilita' attribuibile ai rispettivi assicurati, di contenere la garanzia entro il suddetto limite e di condannare eventualmente la Ausl di _____ al risarcimento del danno cagionato ad esse compagnie per avere omesso di assicurare, a primo rischio, il proprio personale medico.

Tutti i convenuti formulavano domanda di regresso nei confronti di eventuali corresponsabili per le somme eccedenti la quota di responsabilita' eventualmente a ciascuno attribuita.



In sede di memorie di precisazione gli attori estendevano formalmente la propria domanda nei confronti di tutti i chiamati (assicurazioni comprese, nonostante gli attori non avessero azione diretta contro di esse).

Concessi i triplici termini di cui all'art. 183 c.VI cpc, le parti venivano invitate a concludere sulla sola questione relativa alla eventuale incompetenza del Tribunale adito a conoscere della presente controversia dal momento che la domanda spiegata dai dottori nei confronti della AUSL, in quanto avente natura lavoristica, avrebbe comportati, ex art. 40 c.3 cpc, il mutamento del rito e la devoluzione dell'intera causa alla Sezione Lavoro del tribunale adito.

Con ordinanza del 31.1.2013, la questione relativa alla competenza veniva risolta mediante la separazione dal presente fascicolo delle domande spiegate da dottori nei confronti della AUSL di per inadempimento all'art. 29 DPR 130/69, con formazione di nuovo fascicolo d'ufficio e trasmissione dello stesso al Presidente del Tribunale per l'assegnazione alla Sezione Lavoro del Tribunale di

Veniva altresì con la medesima ordinanza rigettata (rigetto che deve essere oggi ribadito) l'istanza di sospensione del presente giudizio in forza di un'asserita pregiudizialità penale giacché gli attori avevano autonomamente iniziato il presente giudizio civile ancor prima di potersi costituire parte civile nel processo penale, oggi pendente, (facoltà che poi non hanno neppure esercitato, confermando la piena autonomia di questo giudizio da quello penale).

Conseguentemente la controversia civile, indipendentemente dalle concomitanti vicende penali, deve necessariamente seguire il suo corso, con la precisazione però che, non essendovi stata ancora alcuna pronuncia penale avente valore di giudicato, si doveva, come si è tentato di fare con una copiosa attività istruttoria, necessariamente procedere ad un autonomo accertamento dei fatti nel contraddittorio delle parti e nei limiti di prova previsti in ambito civile

Infatti *"In applicazione del principio di autonomia e separazione dei giudizi penale e civile, il giudice civile investito della domanda di risarcimento del danno da reato deve procedere ad un autonomo accertamento dei fatti e della responsabilità con pienezza di cognizione, non essendo vincolato alle soluzioni e*

alle qualificazioni del giudice penale. Nondimeno, il giudice civile può legittimamente utilizzare come fonte del proprio convincimento le prove raccolte in un giudizio penale definito con sentenza passata in cosa giudicata , giudicato penale dal quale si e' ancora lontani, "e fondare la decisione su elementi e circostanze già acquisiti con le garanzie di legge in quella sede, procedendo a tal fine a diretto esame del contenuto del materiale probatorio, ovvero ricavando tali elementi e circostanze dalla sentenza, o se necessario, dagli atti del relativo processo, in modo da accertare esattamente i fatti materiali sottoponendoli al proprio vaglio critico; tale possibilità non comporta però anche l'obbligo per il giudice civile - in presenza di un giudicato penale - di esaminare e valutare le prove e le risultanze acquisite nel processo penale." (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 15112 del 17/06/2013).

Calendarizzata la fase istruttoria e decisionale, veniva espletata la prova orale richiesta dalle parti. Era quindi disposta CTU collegiale medico legale, dopodiché la causa e' stata trattenuta in decisione previa concessione dei termini di cui all'art. 190 cpc come richiamato dall'art. 281 quinquies c.1 cpc.

Va in primo luogo ricordato e confermato (con l'ormai consolidata giurisprudenza di legittimità) che la responsabilità della struttura sanitaria e dei medici da essa dipendenti e' di natura contrattuale (*ex lege* e per contratto atipico c.d. di spedita' rispetto alla Ausl e da c.d. contatto sociale nei confronti del medico, come affermato da Cass. Sez. U, Sentenza n. 577 del 11/01/2008).

A nulla rileva, rispetto al caso in esame, l'entrata in vigore del c.d. Decreto Balduzzi (D.L. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012).

A prescindere dall'interpretazione che voglia darsi al noto art. 3 della suddetta legge, quand'anche si volesse ipotizzare che il legislatore abbia optato per un modello di responsabilità professionale del medico (ma non della struttura sanitaria) di natura extracontrattuale (interpretazione comunque già negata da Cass. Sez. 6, ordinanza n. 8940 del 17/04/2014 e da Sez. 6, ordinanza n. 27391 del 24/12/2014), tale norma sarebbe comunque non applicabile ai fatti pregressi, stante la naturale irretroattività della legge (ex art. 11 delle disposizioni preliminari al codice civile).

Ne' al c.d. decreto Balduzzi potrebbe riconoscersi efficacia retroattiva in quanto

norma meramente interpretativa. La stessa Suprema Corte ha infatti avuto modo di precisare che *"La qualificazione di una legge come atto di interpretazione autentica di preesistenti norme giuridiche non può fondarsi sul mero titolo del testo legislativo o sui soli lavori preparatori, ovvero sull'intenzione del legislatore in se considerata, ma presuppone una particolare struttura della fattispecie normativa, per la quale la legge medesima, essendo rivolta ad imporre una data interpretazione di una precedente norma, con efficacia retroattiva, non è suscettibile di applicazione autonoma, ma si integra con la norma interpretata, nel senso che la disciplina da applicarsi ai singoli casi concreti, deve essere desunta cumulativamente da quest'ultima e dalla norma interpretativa. Pertanto, non può riconoscersi natura interpretativa, nel senso considerato, né alla disposizione che, riformulando in modo più chiaro ed appropriato una norma preesistente, l'abroghi e provveda a regolare per il futuro ed in modo autonomo la stessa materia, sia pure con precetti sostanzialmente identici a quelli previgenti, né alla nuova norma che, sia pure in assenza di uno specifico riferimento ad una preesistente disposizione, produca, fra le sue conseguenze, in virtù dell'unità ed organicità dell'ordinamento giuridico, anche quella di chiarire il significato di detta disposizione, comportando l'abbandono di interpretazioni per l'innanzi accolte e che, dopo la sua emanazione, si rivelino erronee"* (Cass. Sez. 1, Sentenza n. 2289 del 29/07/1974). Poiché, con riferimento al medico, la natura della responsabilità discendeva da ricostruzioni prettamente giurisprudenziali, appare evidente come il c.d. decreto Balduzzi abbia (a tutto volere concedere, a mero fine argomentativo, ai fautori della portata di "rivoluzione copernicana" del suddetto testo di legge), per la prima volta esteso alla responsabilità del medico la disciplina tipica della responsabilità aquiliana. Conseguentemente al c.d. decreto Balduzzi non può comunque attribuirsi valenza meramente interpretativa né efficacia retroattiva.

Infatti *"Il principio dell'irretroattività della legge comporta che la legge nuova non possa essere applicata, oltre che ai rapporti giuridici esauriti prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ed ancora in vita, se in tal modo si disconoscano gli effetti già verificatisi del fatto passato o si venga a togliere*



efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali e future di esso. Lo stesso principio comporta, invece, che la legge nuova possa essere applicata ai fatti, agli status e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in sé stessi, prescindendosi completamente dal collegamento con il fatto che li ha generati in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore.” (Cass. SU Sentenza n. 2926 del 12/12/1967; e, ex multis, Cass. Sez.1, Sentenza n. 16620 del 03/07/2013, Cass. Sez. 3, Sentenza n. 2126 del 31/01/2006).

Nel merito la domanda attorea e' da ritenersi fondata, per le ragioni e nei limiti di seguito precisati, nei confronti della Ausl di _____, della dott.ssa _____ e del dott. _____.

La dott.ssa _____ i era, pacificamente, il medico addetto alla sala travaglio che si occupava, quindi, anche della sig.ra _____.

L'istruttoria orale ha consentito di ricostruire puntualmente lo svolgimento (da ritenersi gravemente anomalo) del travaglio della sig.ra _____ (sul quale dovevano vigilare, per quanto si dira', sia la dott.ssa _____ che il dott. _____).

Sia dalla cartella clinica che dalla CTU medico legale che dall'istruttoria orale sono emersi molteplici anomalie che non sarebbero dovute sfuggire al personale medico.

I CC.TT.UU. così' testualmente si esprimono nella sintesi conclusiva del loro elaborato (il **grassetto** e' inserito dallo scrivente): *"Il bambino _____ è affetto da postumi di sofferenza perinatale esitati in encefalopatia ipossico-ischemica, epilessia, tetraparesi spastica con note di ipotonia agli arti inferiori, disfagia, gastrostomia, lussazione congenita delle anche, cecità cerebrale.*

Si deve ricondurre a causa iniziale della sindrome alla sofferenza fetale acuta e quindi alla compromissione della funzione respiratoria dell'unità feto-placentare: asfissia. Il bambino che, durante il parto, si è trovato in una situazione di sofferenza, potrebbe avere avuto contrazioni dell'intestino e un rilassamento dello sfintere che hanno permesso al meconio di essere espulso nello scarso liquido

amniotico di una gravida oltre termine con conseguente contaminazione di quest'ultimo. Quando la gravidanza si protrae oltre le 40 settimane possono verificarsi problemi relativi al cordone ombelicale e alla placenta che, a loro volta, potrebbero causare una diminuzione o cessazione dell'adeguata quantità di ossigeno (ipossia), di sangue e di nutrimento per il bambino (ischemia). In sintesi quegli eventi in cui il bambino viene privato dell'ossigeno per un periodo prolungato di tempo. La mancanza di O₂, l'aumento di CO₂ e quindi l'importante acidosi con produzione di sostanze tossiche ossidanti hanno portato alla "Encefalopatia ipossico-ischemica" con grave sofferenza cerebrale.

Per la valutazione del caso ricordiamo che si trattava di paziente primipara, alla 41° settimana + 1 giorno di gestazione, portatrice di feto macrosoma (g. 4.450), ricoverata per rottura intempestiva delle membrane.

Sono stati esaminati i tracciati cardiocografici eseguiti durante il ricovero in travaglio, rilevando, nel tracciato delle ore 19,40 del 05.08.2009, chiari segni iniziali di stato ipossico fetale, ripetutisi nel tempo e poi mostratisi evidenti ed incontrovertibili, motivo di decisione immediata di estrazione del feto, alle ore 22,42, in considerazione anche della sua macrosomia.

È assai verosimile, con una ipotesi prossima alla certezza, che l'esecuzione solerte di un parto per via cesarea nell'immediato tempo successivo alle ore 22,42 del 05.08.2009 non avrebbe dato gli esiti di encefalopatia neonatale sofferti oggi da _____, o comunque non di tale gravità. Il parto è avvenuto, per via vaginale, alle ore 02,15 del 06.08.2009, oltre sei ore dopo i primi iniziali segni CTGrafici di sofferenza fetale. Lo stato asfittico ha causato anche emissione di meconio, aspirato dal feto, fatto questo da considerarsi concausa della sindrome che ha poi afflitto il neonato.

Per quanto riguarda la scelta del trattamento neonatale si deve ricordare la complessità del caso in oggetto. La macrosomia e le condizioni gravi alla nascita portano, come conseguenza, numerosi problemi di tipo respiratorio, neurologico, infettivo, alimentare, metabolico, idro-elettrolitico, cardiocircolatorio, anemico.

Si può affermare che furono adeguate le scelte nell'assistenza respiratoria sia

per la somministrazione di Surfattante che nella gestione della ventilazione meccanica e nella gestione dell'alimentazione (in quanto, viste le difficoltà di effettuare quella per via orale, per i numerosi rigurgiti e ristagni, è stata intrapresa quella parenterale), nella gestione delle infezioni attraverso monitoraggi continui con emocolture ed indici di flogosi, nel controllo delle convulsioni con monitoraggio continuo e nella terapia antibiotica legata ai risultati delle colture.

Ugualmente appropriate le scelte per i problemi ortopedico ed oculistico.

Per quanto attiene il danno, le caratteristiche di questo sono tali che il bambino è e sarà assolutamente e costantemente dipendente da terzi in ogni momento della sua vita, per ogni atto, in ogni momento della giornata, comprese le funzioni fisiologiche primarie.

Sebbene non sia di stretta pertinenza medico-legale, originando però dall'obbligazione insorta per le lesioni, appare necessario definire il danno morale come gravissimo.

(...)

Parlando ancora dell'assistenza ostetrica essa è da ritenersi essere stata inefficiente, per un inefficace percorso assistenziale.

Pertanto, alla luce delle gravi carenze assistenziali riscontrate, in termini di causazione del danno, l'attuale stato operante sul neonato genera un decremento della validità biologica nella misura prossima al 100%.

(...) Si tratta di un caso di ostetricia e pertanto, di per sé, sempre delicato e complesso.

Occorre valutare molti parametri, fare scelte rapide, cercando con equilibrio e responsabilità di non fare sottostime o "overtreatments", 'attività mai facile. Se parliamo della mera esecuzione di un parto cesareo, certamente essa rappresenta un'attività routinaria in un reparto di Ostetricia e Ginecologia.

Anche la valutazione dei rilievi CTGrafici non risultava di particolare difficoltà, anche se nelle ultime rilevazioni lo strumento ha registrato, per cause sconosciute ai sottoscritti CCTT , esclusivamente l'attività cardiaca fetale senza alcuna registrazione dell'attività contrattile uterina.

Si doveva accelerare la nascita del feto."

Orbene, nonostante i comprensibili tentativi dei soggetti coinvolti di contestare le valutazioni dei CCTTUU il caso appare -purtroppo per tutti- drammaticamente chiaro: se si fosse tempestivamente proceduto con parto cesareo il danno, con ogni probabilita', non si sarebbe verificato.

Al fine poi di accertare il presupposto soggettivo della responsabilita' civile e' necessario allora rispondere a questa domanda: vi erano indicazioni a che venisse praticato un parto cesareo elettivo?

La risposta dei consulenti d'ufficio e' chiara e costante nell'arco dell'intera valutazione del caso: vi erano plurimi fattori che avrebbero dovuto consigliare di effettuare un parto cesareo. Tali fattori devono essere individuati:

- nella dimensione del feto (del peso di Kg. 4,450), macrosoma o comunque ai limiti della macrosomia;

- nella stessa durata del travaglio in considerazione anche della refertata "*Rottura intempestiva delle membrane*";

- nei risultati dei tracciati che, ancorche' parziali e incompleti, evidenziavano chiaramente, sin dalle ore 19,45 segnali iniziali di stato ipossico fetale, ripetutisi nel tempo e poi conclamati in chiara sofferenza fetale;

- nella refertata positivita' allo streptococco;

- nella presenza di uno o piu' giri di funicolo ombelicale intorno al collo del feto.

Cio' posto deve ricordarsi necessariamente che la natura contrattuale della responsabilita' medica (ma, a dire il vero, l'accertamento peritale e l'evidenza del caso sono tali che non si potrebbe pervenire a conclusioni diverse nemmeno ragionando in termini di responsabilita' extracontrattuale) impone ai medici debitori, ex art. 1218 c.c., di fornire la prova liberatoria consistente nell'individuare una genesi del danno completamente alternativa o comunque non imputabile a propria negligenza.

Quanto alla dott.ssa (che peraltro si e' sottratta all'interrogatorio formale deferitale) nessuna prova liberatoria risulta da ella fornita.

E' accertato infatti che ella fosse il medico addetto alla sala travaglio sin dalla mattina e comunque nelle ore cruciali comprese tra le 19,30 e il parto.

E' stato accertato in sede di istruttoria orale che i parenti dell'attrice e l'attrice stessa le avevano piu' volte richiesto di praticare il taglio cesareo. E', come

emerge dal referto, assolutamente certo che le membrane si fossero rotte intempestivamente, in assenza cioè di dilatazione, situazione questa che non poteva sfuggire a nessuno dei medici.

Ne' possono essere condivise le osservazioni critiche svolte alla CTU dal CTP della dott.ssa (osservazioni tendenti sostanzialmente a contestare la diagnosi di asfissia intrapartale in forza della mancanza di segni di acidosi, elemento questo da cui dovrebbe discendere una genesi alternativa del danno attereo, derivante da un'inadeguata assistenza rianimatoria alla nascita, da una sindrome da inalazione di meconio, da una severa ipocapnia durante la rianimazione e/o da una sepsi con shock settico).

Assolutamente convincenti appaiono le risposte fornite dai CCTUU. Essi infatti, dopo aver esaminato le pur interessanti argomentazioni del CTP dott.

, hanno così testualmente risposto: *"Riguardo al riferito "liquido chiaro", così riportato in tutto il travaglio di parto, vero è che questo viene continuamente così descritto durante i rilievi, ma altresì viene descritto il tracciato cardiocografico (che cardiocografico non era mancando completamente il rilievo "tocografico" appunto, vale a dire relativo alle contrazioni dell'utero, quindi descrizione non aderente alla realtà) costantemente come "reattivo", quando tale non era.*

Il tracciato CardioTocografico viene definito "reattivo" quando la linea di base oscilla tra i 120 e i 160 bpm, sono presenti continue oscillazioni della frequenza cardiaca intorno a valori intermedi (variabilità), sono presenti accelerazioni anche al di sopra dei 160 bpm, che spesso si associano ai movimenti fetali e che sono segno di reattività e quindi di benessere fetale.

Orbene, di fronte ad una refertazione (scritta per mano di chi non è dato saperlo non riuscendo i CCTUU a comprendere la sigla della firma apposta in calce a ciascun rilievo) che presenta varie inesattezze, i sottoscritti possono ragionevolmente ipotizzare che anche l'aspetto del liquido amniotico sia stato descritto in maniera imprecisa, frettolosa e magari successivamente agli eventi, e ciò alla luce di un tracciato cardiografico fetale caratterizzato da numerose e subentranti decelerazioni della frequenza cardiaca.

Riguardo alla RMN dell'encefalo fetale, tale esame non sempre riesce a

mostrare segni di patologia nei primi giorni dalla nascita, e questa è assai verosimilmente la ragione per cui non risultavano evidenti al primo esame eseguito.

I CCTTUU assolutamente non negano la sindrome da inalazione di meconio come **complicazione della sofferenza fetale acuta**. Va tuttavia riconosciuto che, nonostante la confusa organizzazione della rianimazione neonatale, soprattutto nella descrizione degli eventi e del loro timing, tale attività di assistenza d'emergenza risulterebbe sufficientemente adeguata (Apgar a 10': 7; Rx torace successivi non particolarmente allarmanti).

Risulta invece ragionevole ciò che scrive circa le poco chiare descrizioni in cartella durante l'assistenza alla nascita del neonato. In particolare, si ribadisce, gli incerti tempi di intervento della pediatra e ancor più dell'anestesista. (...)

Riguardo alla contestata "tetraparesi spastica" descritta dai CCTTUU, causa di critiche, si rammenta che tale è stata anche la diagnosi emessa dagli specialisti Neurologi e Ortopedici che hanno avuto in cura il piccolo e confermata dal Dr.), Ortopedico del in una sua certificazione recente (18.04.2015).

Riguardo poi al trattamento dell'Encefalopatia-ipossico ischemica, tradizionalmente esso consiste in cure atte a limitare il danno cerebrale e prevenire lesioni future, come ventilazione, terapia intensiva neonatale, controllo e prevenzione delle convulsioni, stabilizzazione della glicemia e della pressione sanguigna con l'obiettivo anche di minimizzazione l'edema cerebrale. È ben vero, come asserisce il CTP che recentemente per l'encefalopatia ipossico ischemica è possibile utilizzare un nuova specifico trattamento come la "terapia del freddo". Si tratta di una terapia che determina miglioramenti nei bambini affetti da encefalopatia ipossico-ischemica riducendo le probabilità di morte del bambino, e, in caso di sopravvivenza, minimizzando le possibilità che il bambino riporti esiti neurologici gravi.

Il trattamento consiste nel raffreddamento della temperatura del neonato, particolarmente della testa, fino a portarla a 32.5-34.5°C per un periodo di circa

72 ore. La riduzione della temperatura del bambino può modificare le cellule programmate per l'apoptosi consentendo una migliore prognosi sul neonato.

Va però tenuto conto del fatto che tale trattamento, nel 2009 e nell'Ospedale di _____, non era in uso e pertanto non può essere interpretato come comportamento omissivo quello di Sanitari che non abbiano utilizzato tecniche o procedure all'epoca non consuete e comunque non in uso nella struttura considerata."

In ordine poi al tema dell'acidosi i consulenti d'ufficio offrono elementi di valutazione e conoscenza assolutamente rilevanti. Così testualmente si esprimono: "Per quanto invece attiene il tema dell'acidosi, diversi CCTTPP alludono all'inesistenza di una sofferenza intrapartum confermata da un pH alla nascita (quando effettuato precisamente il rilievo è comunque da stabilire), pari a 7,14, quando invece esisterebbero dati incontrovertibili sul fatto che il pH in questi casi deve inesorabilmente essere inferiore a 7.

Orbene queste non sono Linee Guida, vale a dire norme o comportamenti ai quali attenersi perché dettati dalla scienza e dall'esperienza della buona pratica medica. Essi bensì sono dei dati scaturiti da una serie di studi epidemiologici e clinici che hanno "rilevato", con metodologie diverse e non sempre confrontabili, che il pH nelle "sofferenze fetali intrapartum", per essere causa di cerebropatia, in genere è inferiore a 7.

Ma ciò non vuol certo dire che con un pH superiore a 7 non può essersi verificata la sofferenza.

Purtroppo non disponiamo di verità assolute. Dobbiamo basarci sull'esperienza della buona pratica medica, degli eventi avversi dei quali abbiamo conoscenza e sui dati, considerando gli eventi nel loro insieme e con attenzione a ciò che è più probabile e verosimile.

Nulla in medicina è tassativo, come i Colleghi sanno bene, ma ogni dato, ogni segno, ogni evento deve essere considerato nella sua complessità e inserito nel proprio preciso contesto clinico.

A conferma di ciò, del fatto che non esista una "Bibbia dei rilievi del pH" e che in medicina non esistono dei limiti precisi, valga solo una ricerca effettuata su



prelievi del cordone ombelicale di 51.519 neonati per valutare le correlazioni tra gli esiti neurologici degli stessi ed il loro pH alla nascita. (segue, nell'elaborato, specifica tabella nonché articolo di rivista medica).

(.....)

In altri termini il pH fetale non può essere considerato dal clinico come un elemento di confine, un cut-off al quale attenersi per fare diagnosi ex post di non corretta condotta nell'assistenza al parto (se il pH è inferiore a 7 c'è stato errore, viceversa, se superiore a 7, errore non c'è stato), ma va considerato come una delle prove da raccogliere per giungere alla determinazione probabilistica più vicina alla verità ed assicurare così un percorso di logica equa e competente per la giustizia.

(.....)

Gli Autori, riguardo al pH, riportano:

- che il rischio di risultati negativi comincia ad aumentare quando il valore è inferiore a 7,10 con il rischio maggiore al di sotto di 7;

- che la maggior parte dei neonati che subisce lesioni, incluse le convulsioni nelle prime 24 ore, presenta acidemia alla nascita;

- che il rischio più basso riguarda quei neonati che presentavano alla nascita un pH compreso tra 7,26 e 7,30 (diversamente dagli standard precedenti che sostenevano che il rischio sarebbe stato tanto più basso quanto più alto si presentava il pH);

- l'ACOG suggerisce che il pH del sangue arterioso prelevato dal cordone deve trovarsi al di sotto di 7 se usato come fattore per stabilire un nesso tra l'asfissia fetale e la lesione neurologica. **Confermiamo che lo studio di cui sopra, al contrario, riporta come l'asfissia intra-partum possa provocare lesioni cerebrali anche con pH superiori a 7. Il 10-15% dei soggetti studiati riportava certamente danni cerebrali con pH compresi tra 7 e 7,11, ma anche con pH superiore a 7,10 mentre nel 39% il danno si riscontrava anche con un pH superiore a 7,20;**

- molti neonati con asfissia intra-partum (che hanno spesso un ridotto punteggio di Apgar) hanno un pH normale;

- neonati con basso Apgar, acidemici, hanno migliori esiti a distanza rispetto agli altri;

- eventi perinatali gravi possono verificarsi senza la presenza di acidemia;

- esistono molti errori tecnici che possono avere effetto sulla validità dei risultati del campione per il gas del cordone e circa il 18% dei risultati risultano per questo invalidati.

Da sottolineare poi, a riguardo, che la prima emogasanalisi non è stata eseguita nell'immediatezza del parto (timing non disponibile) bensì dopo una prima rianimazione, essendo abbondantemente passata la prima ora di vita al momento del responso (ore 3,26)."

Orbene l'approccio dei consulenti d'ufficio appare assolutamente corretto, avendo essi evidenziato come ogni valutazione del caso concreto non possa basarsi su un solo dato (come ad esempio il pH) svincolato dagli altri ma debba essere sempre data sulla base dell'intero quadro clinico (in ciò consistendo il cuore della c.d. arte medica).

Nel caso di specie i segni di sofferenza fetale erano evidenti e, purtroppo, sono stati poi drammaticamente confermati alla nascita.

Appare del tutto irrilevante quindi che un solo dato fosse -peraltro solo in parte- eventualmente discordante dagli altri. La diligenza professionale (del professionista qualificato ex art. 1176 c.2 cc) avrebbe dovuto infatti consentire di interpretare anche elementi eventualmente confliggenti tra loro e avrebbe comunque dovuto indurre i medici ad effettuare scelte prudenziali (quali il parto cesareo che, si ricordi, veniva sollecitato a gran voce dalla stessa partoriente e dai suoi familiari).

Quanto poi alla richiesta di rinnovazione della CTU ed alla contestazione, (postuma peraltro rispetto al conferimento dell'incarico), della stessa capacità dei consulenti d'ufficio (che dovrebbe desumersi, non si comprende con quale nesso logico, da notizie Internet non verificabili), trattasi di meri *argumenta ad hominem*, da relegarsi nel limbo dei paralogismi privi di reale valenza logica (biasimati dalla stessa Suprema Corte, sia in sede civile che penale, cfr. Cass. Civile Sez. 3, Sentenza n. 20140 del 18/10/2005; Cass. Penale Sez. 5, Sentenza n. 7990 del 07/07/1998).

Merita soltanto ricordare, in ordine ai fondati dubbi espressi dai periti d'ufficio circa l'effettivo valore rappresentativo di alcune valutazioni contenute in cartella clinica (dubbi che taluna delle difese riterrebbe invece *tamquam non essent* in mancanza di querela di falso) che "Le attestazioni contenute in una cartella clinica, redatta da un'azienda ospedaliera pubblica, o da un ente convenzionato con il servizio sanitario pubblico, hanno natura di certificazione amministrativa, cui è applicabile lo speciale regime di cui agli artt. 2699 e segg. cod. civ., per quanto attiene alle sole trascrizioni delle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, restando, invece, non coperte da fede privilegiata le valutazioni, le diagnosi o, comunque, le manifestazioni di scienza o di opinione in essa espresse" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 25568 del 30/11/2011). Conseguentemente bene hanno fatto i CCTUU ad analizzare criticamente le "valutazioni" contenute nella cartella clinica.

Inoltre, ricordato che "un parto rientra, ipso facto, nel novero degli interventi routinari, con le conseguenze probatorie che ne derivano" (cfr in motivazione Cass. Sez. 3, Sentenza n. 23564 del 2011), i criteri di valutazione utilizzati dai periti di ufficio appaiono perfettamente sovrapponibili a quelli giudiziali applicabili al caso di specie in base ai quali l'insorgenza del danno a seguito di intervento *routinario* deve considerarsi esso stesso elemento indiziario di responsabilità (salva la prova liberatoria del convenuto debitore).

Quanto sopra rilevato vale nei confronti della AUSL di _____ (sia ex art. 1228 c.c. sia per proprie responsabilità organizzative di cui si dirà in seguito), della dott.ssa _____ (che, incontestatamente, ebbe a seguire il travaglio della sig.ra _____ sicuramente nelle fasi cruciali che vanno dalle 19,40 al parto) ed anche del dott. _____ (presente anch'egli in reparto, sia pure come addetto alla sala parto, dalle ore 20,30).

Con riferimento a quest'ultimo occorre in primo luogo ribadire che anch'egli, al pari della dott.ssa _____, era medico in servizio presso il reparto di ostetricia e ginecologia. La circostanza che la dott.ssa _____ si occupasse della sala travaglio e il dott. _____ della sala parto non può dirsi rilevante nei confronti dei pazienti terzi, trattandosi di mera ripartizione delle mansioni all'interno del medesimo reparto.

Da ciò discende che anche il dott. _____ (che risulta documentalmente essere entrato in servizio alle ore 20,30) era soggetto formalmente e potenzialmente investito della responsabilità dei pazienti ricoverati in reparto (sia che si trovassero in sala travaglio che in sala parto).

Ciò posto, pur volendosi ritenere che, attesa la ripartizione interna degli affari e la diversa collocazione della sala travaglio e della sala parto, onde ritenere coinvolto il medico addetto ad una diversa mansione fosse necessario un preciso atto di impulso da parte di terzi e di suo coinvolgimento personale nella gestione del paziente, ebbene el caso di specie tale coinvolgimento diretto risulta ampiamente provato.

In particolare le testimonianze _____ e _____ (con numerosi altri testi), infermiere anch'esse nel reparto la notte del fatto, hanno riferito di avere assistito alla telefonata con la quale, verso le ore 22,30 l'ostetrica _____ invitava il dott. _____ a recarsi presso la sala travaglio rappresentandogli preoccupazioni sui tracciati della sig.ra _____. In particolare la teste _____ ha riferito di avere sentito la _____ chiedere al _____ di "venire a vedere" i tracciati della sig.ra _____.

Inoltre il _____ ha ammesso, in sede di interpellato:

- di essersi recato presso la sala travaglio verso le ore 22,30 e di avere avuto un colloquio con l'ostetrica _____, colloquio tuttavia nel quale avrebbe ricevuto solo le lamentele della ostetrica circa atteggiamenti di scarso rispetto delle sue prerogative professionali da parte della dott.ssa _____;

- di essere tornato, circa venti minuti dopo, presso la sala travaglio incontrando la collega _____ alla quale aveva "chiesto notizie del travaglio della sig.ra _____" ricevendo rassicurazioni dalla collega.

Sulla base di tali circostanze, compiutamente accertate, deve allora ritenersi che il dott. _____ (anche a prescindere dal fatto se abbia visionato o meno i tracciati) era stato pienamente portato a conoscenza di una situazione di potenziale pericolo per la salute di una paziente e/o del feto che ella portava in grembo. Non avere approfondito il caso, confidando magari nelle rassicurazioni della collega _____ e sottovalutando le preoccupazioni della ostetrica _____ conclama in capo al dott. _____ una evidente colpa omissiva (sia pure meno

grave di quella della dott.ssa _____).

Quanto poi alla sussistenza del nesso di causalità i periti d'ufficio, richiesti espressamente di indicare il momento entro il quale il parto cesareo avrebbe potuto essere ancora utilmente eseguito, hanno -come già detto- espressamente affermato che se si fosse proceduto ad un parto cesareo d'urgenza (come la lettura dei tracciati delle ore 22,42 imponeva) l'encefalopatia neonatale non sarebbe insorta o comunque sarebbe insorta con minore gravità. In sostanza, ove si fosse proceduto ad un cesareo d'urgenza (verosimilmente entro la mezzanotte) il danno non si sarebbe con ogni probabilità verificato affatto.

D'altra parte, sia detto incidentalmente, su tale circostanza deve rilevarsi anche la concorde valutazione del consulente (dott. _____), del P.M.. Anche sulla base di tale consulenza il G.U.P. di _____, in sede di giudizio abbreviato richiesto dallo stesso dott. _____, pervenne ad una sentenza di affermazione di colpevolezza (attualmente pendente in sede di appello). Trattandosi di consulenza del P.M. sulla base della quale lo stesso dott. _____ ha chiesto la celebrazione del giudizio abbreviato penale (giudizio - come è noto- da celebrarsi allo stato degli atti) si ritiene che tale elaborato, almeno nei confronti del dott. _____, sia suscettibile di essere considerato valido elemento di prova atipica, utile a corroborare il giudizio dei CCTTUU.

Inoltre giova evidenziare, sempre in ordine alla causa del danno, che lo stesso CTP del dott. _____, dott. _____ è assolutamente concorde nell'individuare nella gestione del travaglio (che evidentemente -ma erroneamente- egli riferisce alla sola dott.ssa _____) e nell'omissione del parto cesareo la causa del danno, sicché, una volta attribuitosi anche al dott. _____ il ruolo di "parte del contratto", la sua corresponsabilità rispetto al danno appare conseguenza necessitata.

Nessuna responsabilità può invece essere attribuita alla pediatra dott.ssa _____ (sicuramente intervenuta solo nella fase del parto o immediatamente dopo).

Infatti, pur ritenendosi condivisibili, unitamente agli stessi CCTTUU, alcune considerazioni critiche del CTP dott. _____ in ordine alla gestione del neonato patologico, non può comunque fare a meno di rilevarsi che:

- l'intubazione del neonato venne effettuata dall'anestesista dott. _____,

soggetto non evocato in nessun giudizio;

- eventuali ritardi nell'approntare l'*équipe* con tutti gli specialisti necessari al trattamento del caso (ivi compreso il rianimatore) devono comunque evidentemente ricadere anche sui medici che seguirono il travaglio fino all'espulsione del feto, unici a conoscere il momento del parto e a dover minimamente prevedere le necessita' del neonato;

- il danno attoreo, per la gravita', l'evidenza e la tempestivita' con cui si e' manifestato, non puo' ritenersi frutto della semplice inspirazione di meconio comunque avvenuta nel corso del parto naturale;

- lo stesso rilascio di meconio (e la sua inspirazione dal parte del neonato) si verificarono per una evidente sofferenza del feto dovuta a mancanza di ossigeno causata da un travaglio anomalo e prolungato e da un parto naturale sicuramente difficoltoso, che poteva e doveva essere evitato.

Sulla base di tali considerazioni e considerata la specificita' dell'indagine causale nell'ambito della responsabilita' civile di natura contrattuale, appare evidente -si ribadisce- che:

a) vi fossero condizioni non rassicuranti del feto, desumibili dai tracciati, gia' a partire dalle ore 19,45 circa (e dalle ulteriori condizioni gia' citate tra cui la presenza di cordone ombelicale intorno al collo);

b) che alle ore 22,42 il tracciato (ancorche' parziale) fosse francamente preoccupante;

c) che l'attendere, sulla base di tali presupposti, il parto naturale (ancora di la' da essere maturo) ha costituito (sulla base del criterio civilistico del "*piu' probabile che non*") la sicura e principale causa del grave danno attoreo;

d) che non sussistono (giacche' non dimostrati da parte dei convenuti principali, onerati di fornire la prova liberatoria ex art. 1218 cc) i presupposti fattuali e giuridici per affermarsi una vera e propria interruzione del nesso di causalita' (per fatto attribuibile a terzi) rispetto all'operato dei dottori e

e) non puo' comunque affermarsi la responsabilita' personale e concorrente della pediatra dott.ssa essendo risultate sostanzialmente corrette le operazioni di aspirazione delle vie aeree del neonato cosi' descritte dai CCTTUU:

"Dopo una prima fase in cui viene praticato MCE (massaggio cardiaco esterno, n.d.r.), aspirazione delle prime vie aeree e ventilazione in maschera, viene chiamato d'urgenza il rianimatore anestesista che intuba il neonato".

Cio' posto ed esclusa la responsabilita' personale della dott.ssa e ricordato che il rianimatore dott. (che risulta avere proceduto alla intubazione circa venticinque minuti dopo il parto) non risulta neppure convenuto in giudizio, non puo' non evidenziarsi tuttavia (insieme ai CCTUU) una certa complessiva disorganizzazione dell'assistenza anche della fase post partum. (Si ricordino sul punto le seguenti valutazioni dei periti d'ufficio: "I CCTUU assolutamente non negano la sindrome da inalazione di meconio come complicazione della sofferenza fetale acuta. Va tuttavia riconosciuto che, nonostante la confusa organizzazione della rianimazione neonatale, soprattutto nella descrizione degli eventi e del loro timing, tale attività di assistenza d'emergenza risulterebbe sufficientemente adeguata (Apgar a 10': 7; Rx torace successivi non particolarmente allarmanti).

Risulta invece ragionevole ciò che scrive circa le poco chiare descrizioni in cartella durante l'assistenza alla nascita del neonato. In particolare, si ribadisce, gli incerti tempi di intervento della pediatra e ancor più dell'anestesista."

Se quindi, come già visto, possono dirsi sufficientemente diligenti le attività di assistenza singolarmente fornite dai dottori e risultano però evidentemente mancati una superiore visione d'insieme del caso, una congrua programmazione di tutti possibili interventi nonché l'adozione di protocolli di preallertamento idonei a consentire il subitaneo intervento di tutti gli specialisti necessari nel minor tempo possibile. Potendosi quindi convenire con gli stessi CTU che il complessivo trattamento ricevuto dal neonato nella immediata fase *post partum* possa avere comunque contribuito a non mitigare il danno attoreo, di tali elementi (idonei a parzialmente attenuare la responsabilita' dei dottori e) si terra' debitamente conto nella attribuzione delle singole quote di effettiva responsabilita' in applicazione del criterio della c.d. causalita' giuridica (in forza del quale "In tema di illecito civile, la ricostruzione del nesso di derivazione eziologica esistente tra la condotta del danneggiante e la conseguenza dannosa risarcibile implica la scomposizione del giudizio causale in due autonomi e consecutivi segmenti, il primo volto ad identificare - in applicazione del criterio del "più probabile che non" - il nesso di causalità materiale che lega la condotta all'evento di danno, il secondo essendo diretto, invece, ad accertare il nesso di causalità giuridica che lega tale evento alle conseguenze dannose risarcibili, accertamento, quest'ultimo, da compiersi in applicazione dell'art. 1223 cod. civ.,

norma che pone essa stessa una regola eziologica" Cass. Sez. 3, Sentenza n. 21255 del 17/09/2013)

Nei confronti dell'ostetrica non possono invece essere mossi particolari rilievi. In primo luogo perche' ella, entrata in turno solo alle ore 22,00, e' stata praticamente l'unica ad accorgersi di anomalie del tracciato CTG, in secondo luogo perche' puo' dirsi definitivamente accertato che ella abbia affrontato la questione sia con la dott.ssa che, con le modalita' di cui si e' gia' ampiamente detto, con lo stesso dott. . Attesa la sua qualifica professionale, innanzi a medici che non recepivano le sue preoccupazioni, ben poco altro poteva fare.

Le condivisibile considerazioni dei CCTUU circa l'insufficiente assistenza ostetrica ricevuta dai medici sembrano infatti meglio attagliarsi al personale che, precedendo nel turno la , omise di evidenziare anomalie del tracciato (rilevabile gia' da quello effettuato alle ore 19,40).

A nulla rileva invece, nell'economia del presente giudizio, che la sia imputata in sede di penale per il reato di falso. Dal punto di vista strettamente logico non sembra infatti irragionevole ipotizzare che l'ostetrica (sempre che l'alterazione postuma del documento venga accertata nella competente sede penale) possa avere voluto successivamente "adeguare" l'atto alla realta'.

Conseguentemente al rigetto delle domande nei confronti delle terze chiamate e deve essere dichiarato non luogo a provveder circa le domande di garanzia da esse spiegate nei confronti delle proprie compagnie assicurative.

Cio' posto, avendo sia la AUSL di che la dott.ssa che il dott. (e le assicurazioni dei medici) richiesto di quantificare l'apporto causale attribuibile a ciascuno dei soggetti riconosciuti responsabili, deve procedersi a tale incombenza.

La responsabilita' del fatto deve essere definitivamente suddivisa tra la dott.ssa il dott.) e la stessa AUSL di , responsabile quest'ultima in proprio di gravi carenze organizzative.

In particolare, per quanto riguarda la responsabilita' della AUSL per fatto proprio giova ricordare le parole della Suprema Corte che, in motivazione alla

sentenza n.20190/15 afferma testualmente: "In tema di responsabilità contrattuale deriva dall'obbligo di erogare la propria prestazione, oggetto di obbligazione contrattuale nel contratto cd. di spedalità, con la massima diligenza e prudenza, che un nosocomio, oltre ad osservare le normative di ogni rango in tema di dotazione e struttura delle organizzazioni di emergenza, tenga poi in concreto, per il tramite dei suoi operatori, condotte adeguate alle condizioni disperate del paziente ed in rapporto alle precarie o limitate disponibilità di mezzi o risorse, benché conformi alle dotazioni o alle istruzioni previste dalla normativa vigente, adottando di volta in volta le determinazioni più idonee a scongiurare l'impossibilità del salvataggio del lesa."

Ebbene, risulta documentalmente accertato che la dott.ssa effettuò tre turni di seguito: dalle ore 8,30 del 5 agosto alle ore 20,30 del 6 agosto. Alle ore 20,30 del 5 agosto la dott.ssa aveva alle spalle già dodici ore di lavoro e dinanzi a sé un intero ulteriore turno (di notte). La stessa ostetrica, nelle ore cruciali che vanno dalle ore 22,00 alla mezzanotte, ha descritto la dott.ssa come stanca.

Tale anomala situazione (imposta o avallata che fosse dai responsabili dell'organizzazione del reparto) comporta che l'Ausl si debba assumere il rischio e la responsabilità derivante dal *surmenage* lavorativo dei suoi dipendenti.

Inoltre dalla risultanze istruttorie è emerso un clima, all'interno del reparto, assolutamente non sereno e di scarsa reciproca collaborazione e comprensione (ben presto trascorso in discussioni effettuate anche alla presenza di pazienti e familiari), clima che sembra trascendere il singolo episodio ed interessare tutto il personale medico e infermieristico del reparto. La mancanza di interventi superiori o di moduli organizzativi adeguati volti a richiamare ciascuno al rispetto delle altrui prerogative professionali rappresenta anch'essa una responsabilità propria della AUSL.

Oltre a tale aspetto, la AUSL di deve rispondere anche per il fatto di medici e ausiliari diversi da quelli presenti in questo giudizio quali -ad esempio- l'ostetrica che, effettuato il tracciato delle ore 19,45 circa, omise di sollecitare opportunamente il vaglio critico dei medici o il medico smontante alle ore 20,30 che, dopo avere somministrato alla sig.ra un gel endocervicale atto da

indurre la dilatazione, omise di disporre il necessario e costante monitoraggio cardiocografico (indicato dopo l'uso del suddetto farmaco).

Non risulta infine dall'AUSL di _____ abbia fornito alcuna prova "liberatoria" in ordine alle modalita' di organizzazione, di vigilanza sui medici e neppure circa protocolli da adottare in caso di eventuali discordanze valutative tra il personale di turno. Appare sufficientemente chiaro che una espressa previsione di corresponsabilita' (o, al contrario -se una tale soluzione appaia preferibile ai soggetti deputati ad adottarla- una espressa e insuperabile suddivisione di responsabilita') tra i medici presenti in reparto avrebbe potuto evitare l'insorgenza di (comunque colposi) equivoci, responsabilizzando espressamente tutti i medici del reparto.

Inoltre, come gia' detto, non risultano documentati protocolli volti a regolamentare condotte prudenziali, quali il preallertamento, nei casi di rischio, di tutte le specializzazioni necessarie ovvero a prescrivere tempi minimi di risposta alle chiamate urgenti (il bambino risulta essere stato intubato dall'anestesista circa venticinque minuti dopo il parto. Ci si chiede, e la risposta non puo' che essere negativa, se tale tempistica sia comunque accettabile).

Infine, constatata la lacunosita' della cartella clinica (documento fondamentale nella ricostruzione del trattamento sanitario offerto) non possono non ricadere anche sulla Ausl le incongruenze (ampiamente rilevate dai CTU) delle annotazioni "anonime" e delle svariate lacune ricostruttive (in particolare con riferimento alla fase dell'immediato *post partum*).

Tali circostanze comportano, nel riparto interno tra condebitori, una responsabilita' della AUSL (per fatto organizzativo proprio e/o del proprio personale, diverso pero' dai dott.ri _____) del 50%.

Il restante 50% deve invece essere egualmente ripartito tra la Dott.ssa _____ e il dott. _____, da ritenersi entrambi direttamente coinvolti (almeno a far tempo dalle ore 22,30 – 23,00, tempo ampiamente utile ad evitare completamente l'insorgenza del danno attoreo ove fosse stato praticato l'indicato parto cesareo) nella gestione (purtroppo ampiamente omissiva) della paziente

Sulla base della predetta ripartizione alla dott.ssa _____ deve essere ascritto definitivamente il 25% del totale della responsabilita' e al dott. _____ il restante

25%.

Venendo alla quantificazione del danno attoreo deve osservarsi quanto segue.

Il piccolo e' invalido al 100%, totalmente incapace di intendere e di volere e privo di funzioni autonome (invalidita' permanente totale che evidentemente assorbe, attesa anche la totale mancanza di autonomia di ogni neonato, quella temporanea assoluta).

Pertanto:

- ritenuto che devono trovare applicazione le tabelle in uso presso il Tribunale di Milano che *"sono andate nel tempo assumendo e palesando una vocazione nazionale, in quanto recanti i parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa, e ad evitare (o quantomeno ridurre) - al di là delle diversità delle condizioni economiche e sociali dei diversi contesti territoriali- ingiustificate disparità di trattamento che finiscano per profilarsi in termini di violazione dell'art. 3, 2 co., Cost."*, tanto che la Suprema Corte è pervenuta a ritenerle valido criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex art. 1226 c.c. (Cassazione, Sez. III Civile, sentenza 30 giugno 2011, n. 14402);

- rilevato che la tabella milanese attualmente vigente (anno 2014) già integra, nella quantificazione del "danno base" non patrimoniale un aumento a titolo di ristoro per le presumibili sofferenze soggettive del danneggiato (ovvero il c.d. danno morale soggettivo) e non può essere autonomamente ed ulteriormente riconosciuto il c.d. danno morale da reato (pur sussistente), giacché tale aspetto va a sovrapporsi, nel caso di specie in cui la lesione si è effettivamente verificata, a quello, di rilevanza costituzionale (già considerato dal sistema tabellare) della lesione dell'integrità psicofisica dell'uomo;

- ritenuto di dover dare seguito alla maggioritaria giurisprudenza di legittimità (risalente alla fondamentale sentenza Cass. S.U. 26972/08) in forza della quale *"In tema di risarcimento del danno, non è ammissibile nel nostro ordinamento l'autonoma categoria del "danno esistenziale", in quanto, ove in essa si ricomprendano i pregiudizi scaturenti dalla lesione di interessi della persona di rango costituzionale, ovvero derivanti da fatti-reato, essi sono già risarcibili ai sensi dell'art. 2059 c.c., sicché la liquidazione di una ulteriore posta di danno*

comporterebbe una non consentita duplicazione risarcitoria; ove, invece, si intendesse includere nella categoria i pregiudizi non lesivi di diritti inviolabili della persona, la stessa sarebbe illegittima, posto che simili pregiudizi sono irrisarcibili alla stregua del menzionato articolo" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 336 del 13/01/2016);

- considerato tuttavia che appare necessario procedere ad una personalizzazione del danno non patrimoniale (al fine di liquidare tutti i gravissimi e aspetti di esso che appaiono perfino di difficile definizione) dovendosi considerare a) che egli dovrà comunque sottoporsi a terapie di tipo riabilitativo e a degenze onde evitare il decadimento delle funzioni vitali minime; b) che egli è stato sostanzialmente privato di tutti gli aspetti non strettamente biologici della vita, dalla nascita in poi;

- rilevato che la suddetta personalizzazione (onde evitare però duplicazioni risarcitorie rispetto alla percentuale di danno non patrimoniale già computata nella tabella) deve attestarsi tuttavia in un aumento di 1/3 dei valori tabellari base essendo necessario considerare, di contro, la non consapevolezza del danneggiato stesso circa la propria condizione;

- considerato altresì, quanto al danno patrimoniale, che il danneggiato risulta essere stato privato di ogni capacità reddituale, di talché il danno patrimoniale (assolutamente certo nell'an) può essere liquidato facendosi ricorso al criterio del triplo della pensione sociale in forza del principio per cui *"Quando sia certo che la vittima di lesioni personali, causate da un sinistro stradale, abbia perduto la capacità di guadagno, il conseguente danno patrimoniale può essere liquidato dal giudice ponendo a base del calcolo il triplo della pensione sociale anche quando il danneggiato non abbia provato l'entità del reddito perduto, costituendo tale criterio una soglia minima del risarcimento"* (cfr Cass. Sez. 3, Sentenza n. 7531 del 15/05/2012);

- considerata invece, quanto alle modalità di calcolo del danno futuro (attesa l'erroneità del criterio proposto da parte attrice giacché *"Il danno patrimoniale futuronon può essere liquidato semplicemente moltiplicando il reddito mensile perduto per il numero di mesi per i quali la vittima avrebbe presumibilmente svolto attività lavorativa, perché tale criterio è matematicamente - prima ancora che giuridicamente - scorretto. Il danno in esame va, invece,*



correttamente liquidato attraverso il metodo della capitalizzazione, e cioè moltiplicando il reddito perduto (espresso in moneta rivalutata al momento della liquidazione) per un adeguato coefficiente di capitalizzazione, perché soltanto tale metodo consente di tenere debito conto del c.d. "montante di anticipazione", e cioè del vantaggio realizzato dal creditore nel percepire oggi una somma che egli avrebbe concretamente perduto solo in futuro" Cass. Sez. 3, Sentenza n. 4252 del 16/03/2012), la necessita' di adottare criteri correttivi (cd. capitalizzazione) idonei a controbilanciare il vantaggio della disponibilita' immediata del denaro (che, in realta', sarebbe entrato nella disponibilita' del danneggiato solo con il decorrere degli anni) giacche', come sostiene espressamente la Suprema Corte di Cassazione in motivazione della sentenza Sez. 3, Sentenza n. 4252 del 16/03/2012 qualunque danno patrimoniale futuro (costituisca esso danno emergente, come per le spese mediche non ancora sostenute, ovvero lucro cessante da perdita o riduzione della capacità lavorativa) deve essere liquidato nella forma della capitalizzazione anticipata (cfr anche Cass., 23 gennaio 2006, n. 1215);

- rilevato che, pur condividendosi le critiche svolte dalla stessa Suprema Corte (cfr da ultimo sentenza Sez III, n. 20615 del 14 ottobre 2015) all'utilizzo dei vetusti criteri di capitalizzazione previsti dal R.D. 9 ottobre 1922, n. 1403 giacche' quel testo normativo non terrebbe conto della mutata aspettativa di vita e del mutato saggio di interesse (che nel testo del 1922 era stimato nel 4,5% annuo laddove all'attualita' e' inferiore al mezzo punto percentuale), nel caso di specie, tenendo in considerazione la circostanza che l'aspettativa di vita del danneggiato (pur lunga) non possa comunque parificarsi a quella di un soggetto sano, appare opportuno aggiornare i coefficienti previsti dal citato decreto mediante incremento (in via equitativa) del 5% onde esclusivamente recuperare il *gap* tra il saggio di interesse attuale e quello utilizzato nel R.D. del 1922 nonche' il presumibile aumento del costo della vita;

- considerato che, ai fini della capitalizzazione del danno emergente futuro debba prendersi a base di calcolo il coefficiente di capitalizzazione piu' alto previsto dal R.D. 1403/22 (pari a 20,048 per un soggetto da 0 a 12 anni) e attualizzarlo (mediante aumento equitativo del 5%), cosi' pervenendosi ad una coefficiente personalizzato di 21,0504;

- considerato invece che, ai fini della capitalizzazione del danno da lucro cessante futuro l'attualizzazione (mediante aumento del 5%) deve essere operata sul coefficiente (pari a 19,383) previsto dal citato decreto per un soggetto di anni 18 (considerando che solo da tale data in astratto il danneggiato avrebbe potuto sperare di inserirsi nel mondo del lavoro), così pervenendosi al coefficiente di capitalizzazione attualizzato di 20,35215;

- ritenuto altresì di non doversi apportare correttivo alcuno al c.d. scarto tra vita fisica e vita lavorativa, trattandosi comunque di tabelle risalenti (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 15738 del 02/07/2010);

- considerato altresì che, al fine di tutelare al meglio il danneggiato principale, debba essere riconosciuto direttamente in capo a _____ il risarcimento del danno per i maggiori costi di assistenza di cui egli avrà bisogno dal diciottesimo anno di vita in poi (di talché, come si vedrà anche più avanti, il suddetto costo di mantenimento verrà riconosciuto ai genitori, al 50% ciascuno, per il tempo necessario a che il minore raggiunga la maggiore età);

- ritenuto opportuno, nel quantificare come segue i maggiori costi di mantenimento, tenere in considerazione le provvidenze statali quali l'indennità di accompagnamento (attualmente di Euro 500,00 mensili circa), nonché contributi regionali e/o comunali (per una minimale assistenza domiciliare) di cui il danneggiato principale potrebbe comunque godere, oltre alle spese mediche erogate comunque dal SSN;

- considerato quindi che tali maggiori costi, al netto delle citate provvidenze, possono essere equitativamente quantificati in Euro 3.000,00 mensili (pari a Euro 39.000,00 annui, compresa la tredicesima mensilità) ipotizzandosi in Euro 2.000,00 il costo complessivo mensile lordo di una assistente regolarmente assunta a tempo indeterminato e in Euro 1.000,00 i costi di sostituzione e integrazione della assistente principale durante riposi settimanali, ferie e malattie (e considerando altresì che una minima parte della assistenza dovrebbe restare comunque a carico del SSN), ritenendo poi che, in futuro, tale somma potrà altresì valere quale retta annuale per ricovero in una casa di cura specializzata;

- considerato infine che gli importi devono essere prima devalutati alla data del fatto e poi nuovamente aumentati con gli interessi legali da calcolarsi sulla

somma via via rivalutata (ricordandosi che "La rivalutazione monetaria e gli interessi costituiscono una componente dell'obbligazione di risarcimento del danno e possono essere riconosciuti dal giudice anche d'ufficio ed in grado di appello, pur se non specificamente richiesti, atteso che essi devono ritenersi compresi nell'originario "petitum" della domanda risarcitoria, ove non ne siano stati espressamente esclusi" (ex multis, cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 26374 del 16/12/2014), si perviene ai seguenti conteggi:

A1) Invalidità permanente (punti di I.P.: 100,0%) € 1.204.882,00;

Totale A € 1.204.882,00;

Totale A devalutato alle date indicate € 1.110.641,82;

B) Personalizzazione: liquidata in misura di 1/3 della somma delle invalidità permanente € 401.627,33;

Totale B devalutato alla data del sinistro € 370.213,94;

C) Danno patrimoniale futuro:

C1) Reddito annuo: Triplo pensione sociale € 15.952,95;

coeff. di sopravvivenza attualizzato e personalizzato: 20,35215;

Totale C1: Euro 324.676,00;

C2) maggiori costi annui di mantenimento: € 39.000,00;

coeff. di sopravvivenza attualizzato: 21,0504;

Totale Euro 820.965,00 (di cui però Euro 300.000,00 verranno attribuiti direttamente ai genitori per maggiori costi di mantenimento del figlio sino al raggiungimento della maggiore età);

Totale C2 attribuibile direttamente a Euro 520.965,00.

Totale danno patrimoniale futuro (C1+C2): € 845.641,00 (cioè Euro 324.676,00 + 520.965,00);

D) Rivalutazione (dalla data del sinistro alla data della liquidazione)

€ 192.703,08;

E) Interessi legali sul capitale via via rivalutato annualmente € 253.642,41.

Totale dovuto a alla data della presente sentenza: € 2.772.842,00 già stimati all'attualità, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

Quanto al danno patito dai genitori anch'esso appare assolutamente certo nell'an.

Infatti "Ai prossimi congiunti di persona che abbia subito, a causa di fatto illecito costituente reato, lesioni personali, spetta anche il risarcimento del danno morale concretamente accertato in relazione ad una particolare situazione affettiva con la vittima, non essendo ostativo il disposto dell'art. 1223 cod. civ., in quanto anche tale danno trova causa immediata e diretta nel fatto dannoso; ne consegue che in tal caso il congiunto è legittimato ad agire "iure proprio" contro il responsabile. (Principio espresso in fattispecie di danno morale richiesto dai genitori in proprio per l'invalidità totale derivata al loro bambino dall'anossia, e dalla successiva sindrome asfittica, di cui egli aveva sofferto al momento della nascita per dedotta responsabilità del medico e della struttura sanitaria ove la madre era stata ricoverata al momento del parto)." (Cass. Sez. U, Sentenza n. 9556 del 01/07/2002).

"In tali ipotesi, vengono in considerazione pregiudizi che, attenendo all'esistenza della persona, per comodità di sintesi possono essere descritti e definiti come esistenziali, senza che tuttavia possa configurarsi una "autonoma categoria di danno" (v. Cass. Sez. Un. 11/11/2008, n. 26972). Così come altri pregiudizi di tipo esistenziale, attinenti alla sfera relazionale della persona ma non conseguenti a lesione psicofisica, e quindi non rientranti nell'ambito del danno biologico (comprensivo, secondo giurisprudenza ormai consolidata, sia del c.d. "danno estetico" che del c.d. danno alla vita di relazione"), sono risarcibili, si è ulteriormente sottolineato dalla Sezioni Unite, ove conseguenti alla lesione di un diritto inviolabile della persona diverso dal diritto alla integrità psicofisica" (Cfr. in motivazione Cass. sentenza n.7844 del 2011).

Nel caso di specie tali danni risultano ampiamente provati sia in forza dell'istruttoria orale espletata sia, soprattutto, in via presuntiva, essendo assolutamente evidente quale sconvolgimento possa patire un genitore per fatti tanto gravi patiti dal figlio.

Quanto al criterio liquidatorio, va in primo luogo ricordato che la Suprema Corte ha ritenuto "illogico ed erroneo il criterio" (prospettato in citazione dagli attori) "di liquidazione del danno in esame che quantifichi il pregiudizio in misura pari ad una frazione del danno non patrimoniale patito dalla vittima primaria" (Cass. Sez.

3, Sentenza n. 22909 del 13/12/2012).

Va poi sottolineato che le tabelle milanesi (della cui "vocazione nazionale" già si è detto) prevedono uno specifico criterio. L'Osservatorio per la Giustizia Civile del Tribunale di Milano, a partire dal dicembre 2004, ha dedicato un paragrafo ai criteri di la liquidazione del danno non patrimoniale risarcibile alla vittima secondaria, nell'ipotesi di grave lesione alla salute subita da un familiare. Testualmente nei "*Criteria orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale*" (una sorta di relazione esplicativa di accompagnamento delle tabelle dell'anno 2014) si afferma quanto segue: "*La misura del danno non patrimoniale risarcibile alla vittima secondaria è disancorato dal danno biologico subito dalla vittima primaria.*"

Relativamente alla liquidazione del danno bisogna tener conto nella liquidazione del danno al familiare essenzialmente della natura e intensità del legame tra vittime secondarie e vittima primaria, nonché della quantità e qualità dell'alterazione della vita familiare (da provarsi anche mediante presunzioni).

La difficoltà di tipizzazione delle possibili variabili nei casi concreti suggerisce l'individuazione solo di un possibile tetto massimo della liquidazione, pari al tetto massimo per ciascuna ipotesi di cui al paragrafo che precede, da applicare nell'ipotesi di massimo sconvolgimento della vita familiare." Poiché il "paragrafo che precede" è quello relativo al danno da morte, il tetto massimo ivi previsto in favore del genitore per la perdita del figlio ammonta ad Euro 327.990,00.

Non si ritiene di poter superare il suddetto parametro massimo giacché "In tema di danno non patrimoniale, qualora il giudice, nel soddisfare esigenze di uniformità di trattamento su base nazionale, proceda alla liquidazione equitativa in applicazione delle "tabelle" predisposte dal Tribunale di Milano, nell'effettuare la necessaria personalizzazione di esso, in base alle circostanze del caso concreto, può superare i limiti minimi e massimi degli ordinari parametri previsti dalle dette tabelle solo quando la specifica situazione presa in considerazione si caratterizzi per la presenza di circostanze di cui il parametro tabellare non possa aver già tenuto conto, in quanto elaborato in astratto in base all'oscillazione ipotizzabile in ragione delle diverse situazioni ordinariamente configurabili

secondo l'"*id quod plerumque accidit*" (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 3505 del 23/02/2016), laddove appare di tutta evidenza (ed anzi risulta ben esplicitato nei citati *criteri orientativi*) che il caso in esame puo' inserirsi a pieno titolo, secondo l'*id quod plerumque accidit*, tra quelli di massimo sconvolgimento considerato dal criterio tabellare.

In effetti, considerato che il figlio degli attori e' ridotto allo stato di vegetale (come ben evidenziato dai CCTTUU) sostanzialmente il danno non patrimoniale da essi patito appare aver comportato il massimo sconvolgimento della vita familiare. Essi infatti se da un lato non possono sperare di avere alcun serio feedback affettivo da parte del figlio, dall'altro risultano tenuti ad accudirlo ed assisterlo, con grave stravolgimento delle loro vite, rinnovandosi poi continuamente in loro il dolore per la condizione di salute del bambino e per la consapevolezza (quotidianamente riproposta) di quella che avrebbe potuto essere una vita "normale" e invece non e' stata. Il danno da ciascuno di essi patito, nel caso di specie, appare quindi liquidabile nella gia' citata misura massima prevista dalla tabella milanese.

Viceversa la domanda attorea di liquidazione di Euro 1.000.000,00 per ciascun genitore a solo titolo di danno non patrimoniale appare esagerata e disancorata da spiegazioni oggettive circa le modalita' di quantificazione.

Quanto ai danni patrimoniali richiesti dai genitori anche tali voci devono pero' essere opportunamente modulate.

In primo luogo si deve ricordare che, onde evitare pregiudizi patrimoniali al minore, si e' ritenuto necessario liquidare direttamente in suo favore il danno futuro da automantenimento dal diciottesimo anno di vita in poi. Ai genitori vengono quindi riconosciuti come danno patrimoniale per maggiori costi di mantenimento del figlio sino al raggiungimento della maggiore eta') Euro 300.000,00 (scomputati comunque dai complessivi maggiori costi di mantenimento gia' stimati in Euro 820.965,00, cfr. pag 32 della presente sentenza, sub voce C2). A tale importo deve aggiungersi il danno emergente gia' sostenuto dai genitori.

In particolare e' risultato provato che la madre del fanciullo si sia vista costretta al licenziamento per accudire il figlio (subendo, sino ad oggi, una perdita

patrimoniale di Euro 15.000,00 circa). Deve pero' ritenersi che una siffatta perdita patrimoniale si reiteri ancora solo per un limitato numero di anni apparendo del tutto verosimile che, anche grazie al risarcimento riconosciuto, ella (soggetto che e' risultato assai stimato dal datore di lavoro il quale si e' detto -in sede istruttoria- disposto a assumere nuovamente la donna qualora ella volesse tornare a lavorare) possa tornare ad inserirsi nel mondo del lavoro onde cercare, ove possibile, un minimo ritorno alla normalita'. Il danno da lucro cessante deve essere pertanto equitativamente contenuto in Euro 30.000,00, presumendosi ragionevolmente che nell'arco di un anno, organizzate le modalita' di accudimento, la vita lavorativa della madre possa riprendere.

Quanto poi agli altri "vari" danni ipotizzati dalla difesa degli attori, rilevato che non vi e' prova della assoluta inidoneita' della situazione alloggiativa, possono essere complessivamente riconosciuti in via equitativa (trattandosi di spese minimali comunque piu' che prevedibili nell'arco di una intera vita), in favore congiuntamente di entrambi i genitori i soli seguenti importi:

- Euro 50.000,00 per installazione e manutenzione di un elevatore per carrozzella nonche' per migliorie abitative (e successivi aggiornamenti e manutenzioni) e logistiche,

- Euro 30.000,00 per maggiori costi relativi a spostamenti e soggiorni finalizzati alle migliori cure.

Cio' posto, con riferimento alla Sig.ra _____, si perviene ai seguenti conteggi:

Danno non patrimoniale per lesione del congiunto;

A1) Somma base liquidata € 327.990,00;

Totale A devalutato alla data del sinistro € 302.336,17;

B) Danno patrimoniale passato e futuro;

B1) Maggiori costi di mantenimento annui fino al raggiungimento della maggiore eta' del figlio: € 150.000,00 (pari al 50% di Euro 300.000,00);

B2) € 30.000,00 reddito perso dalla madre;

B3) € 25.000,00 (pari al 50% dei presumibili costi di miglioramento abitativo e logistico);

B4) € 15.000,00 (pari al 50% dei maggiori costi di spostamento);

Totale B: 220.000,00;

C) Rivalutazione (dalla data del sinistro alla data della liquidazione): € 43.264,96;

D) Interessi legali sul capitale via via rivalutato annualmente: € 56.989,76.

Totale (A+B+C+D) dovuto a _____, già stimato all'attualità, € 622.590,00, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

Con riferimento al Sig. _____ si perviene ai seguenti conteggi:

Danno non patrimoniale per lesione del congiunto;

A1) Somma base liquidata € 327.990,00;

Totale A devalutato alla data del sinistro € 302.336,17;

B) Danno patrimoniale futuro;

B1) Maggiori costi di mantenimento annui fino al raggiungimento della maggiore età del figlio: € 150.000,00 (pari al 50% di Euro 200.000,00);

B2) € 25.000,00 (pari al 50% dei presumibili costi di miglioramento abitativo e logistico);

B3) € 15.000,00 (pari al 50% dei maggiori costi di spostamento);

Totale B: Euro 190.000,00;

C) Rivalutazione (dalla data del sinistro alla data della liquidazione) € 40.780,07;

D) Interessi legali sul capitale via via rivalutato annualmente € 53.716,59.

Totale (A+B+C+D) dovuto a _____ € 586.832,00 già stimati all'attualità, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

Il complessivo risarcimento risulta agli attori dovuto dalla Ausl di _____ dalla dott.ssa _____ e dal dott. _____, in solido tra loro (ex artt 2055 e 1294 cc), stante l'irrelevanza per creditori della quota di responsabilità già attribuita in concreto a ciascuno dei debitori, mentre, sulla base delle ripartizioni già sopra effettuate ai fini del riparto interno delle responsabilità tra condebitori solidali, il 50% dell'intero importo risarcitorio deve essere attribuito direttamente ed esclusivamente alla AUSL di _____, il 25% alla dott.ssa _____ e il restante 25% al dott. _____.

Quanto alla garanzia della Axa Assicurazioni spa, essa deve manlevare l'assicurata _____, nei limiti della quota di responsabilità attribuitale e comunque

sino alla concorrenza di Euro 1.000.000,00 (massimale espressamente riconosciuto dalla stessa assicurata sin dalla propria domanda di manleva). Va a tal fine evidenziato che il limite di Euro 1.000.000,00 comprende già anche interessi e spese e che la Dott.ssa [redacted] non ha mai formulato domanda di c.d. *mala gestio* nei confronti del proprio assicuratore. Conseguentemente il suddetto importo deve considerarsi limite insuperabile del capitale assicurato (maggiorabile degli interessi legali solo in caso di ritardo dell'assicuratore nel pagamento dell'indennizzo impostogli dalla presente sentenza).

Cio' non toglie però che "*le spese giudiziali al cui pagamento l'assicurato venga condannato in favore del danneggiato vittorioso costituiscono un accessorio dell'obbligazione risarcitoria e, ai sensi dell'art. 1917 cod. civ., gravano sull'assicuratore se e nei limiti in cui non comportino superamento del massimale di polizza...*" (vedi Cass. Sez. 3, Sentenza n. 5242 del 15/03/2004). Pertanto, sempre entro il limite di massimale, l'Axa Assicurazioni spa deve tenere indenne l'assicurata [redacted] anche per le spese di soccombenza dovute agli attori. (Si noti che non risulta formulata esplicita tempestiva domanda di manleva, ex art. 1917 c.3 c.c., da parte dell'assicurata nei confronti della propria assicurazione per le spese legali relative alla propria stessa difesa, domanda che ben potrebbe eventualmente essere azionata in diverso giudizio, ricorrendone i presupposti.)

In ordine alla copertura assicurativa del dott. [redacted], che sarebbe apprestata sia dagli Assicuratori del Lloyd's che dalla Groupama', entrambe le assicurazioni hanno svolto numerose eccezioni di inoperatività'. Le stesse verranno affrontate alla luce del principio di economia della c.d. ragione più liquida in base l'individuazione di una circostanza dirimente rende superflua l'analisi delle altre eccezioni.

L'eccezione di mancanza di copertura della polizza AGOI apprestata da Gli Assicuratori del Lloyd's risulta fondata. Rilevato che trattasi pacificamente di assicurazione c.d. *claims made*, l'operatività' dell'assicurazione (come avviene in questa tipologia di polizze) relativa a fatti antecedenti la stipula e' subordinata alla perdurante vigenza del contratto. Mentre cioè', per gli eventuali sinistri avvenuti dopo la stipula del contratto, la copertura permane (e deve permanere) anche se il sinistro dovesse essere denunciato a contratto ormai cessato, per i sinistri

avvenuti nel periodo antecedente alla stipula (ovvero per i sinistri ricadenti nella clausola *claims made*) la copertura e' garantita solo ove il contratto, al momento della denuncia del sinistro, sia ancora valido.

La ragione di siffatto meccanismo e' molto chiara: se si vuole mantenere la copertura *claims made* si deve mantenere in vita il contratto. Se il contratto cessa, cessa anche la copertura *claims*.

Cio' posto si ritiene di aderire a quella giurisprudenza della Suprema Corte in forza della quale *"La pattuizione cosiddetta "a richiesta fatta" ("claims made"), inserita - a prescindere dalla sua veste grafica di clausola contrattuale (o meno) - in un contratto assicurativo, non è apprezzabile in termini di vessatorietà quando costituisce espressione di un accordo delle parti diretto a delimitare l'oggetto stesso del contratto, dovendosi ritenere in tal caso realizzata una lecita deroga al modello legale tipico previsto dall'art. 1917, comma 1, c.c.; essa, per contro, presenta natura vessatoria quando, nell'economia complessiva della polizza, si atteggi a "condizione" volta a limitare l'oggetto del contratto come definito da altra clausola, e ciò in ragione della funzione limitativa che svolge, in tale ipotesi, della precedente e più ampia previsione contrattuale"* (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 22891 del 10/11/2015). Alla luce di questo principio, considerando la circostanza che la polizza in questione venne stipulata dall'associazione AOGOI (a beneficio di tutti gli associati), appare evidente come non si possa ritenere che la clausola non sia stata frutto di un vero e proprio accordo delle parti (AOGOI-Assicuratori). Essa quindi, soprattutto nella fattispecie in esame, non si atteggi affatto come una clausola "imposta", bensì piuttosto come un punto qualificante della trattativa condotta da AOGOI in favore dei propri associati.

Poiche' allora la polizza cessava espressamente il 30 giugno 2010 e, ex art. 3 della convenzione AOGOI, decorsi dieci dopo tale data nessun sinistro avrebbe potuto essere denunciato, conseguentemente dall'11 luglio 2010 veniva definitivamente meno la copertura *claims made* (ovvero quella che sarebbe stata necessaria all'assicurato nel caso in esame, non risultando denunce di sinistro prima della predetta ultima data).

Il dott. _____ risulta comunque assicurato dalla compagnia Groupama' Assicurazioni spa, risultando infondate le eccezioni sollevate da tale compagnia.

Non accoglibile e', in primo luogo, l'eccezione di inoperativita' della polizza in quanto operante "a secondo rischio". Come si legge all'art. VII la polizza di cui trattasi (all'epoca emessa dall'assicurazione GAN) sarebbe stata a secondo rischio solo "qualora l'assicurazione risulti garantita in tutto o in parte anche da altri assicuratori". E' evidente quindi che, non sussistendo altre assicurazioni (perche' quella AOGOI e' da considerarsi oggettivamente cessata) la Groupama risulta unico assicuratore del dott. [redacted] e, come tale, e' tenuta a manlevarlo sino alla concorrenza del massimale.

Ne' puo' essere accolta la suddetta eccezione di copertura a secondo rischio perche' la AUSL di [redacted] che avrebbe dovuto provvedere ad assicurare i medici (come previsto dall'art. 29 DPR 130/69 e come ribadito dai CCNLL) omettendo di provvedervi avrebbe assunto il rischio dei medici in "autoassicurazione".

Ricordato che tale profilo di inadempimento della AUSL, laddove e' stato dedotto dai medici [redacted] e [redacted], e' stato doverosamente devoluto alla cognizione del giudice del Lavoro, dovendosi tuttavia nella presente sede valutare tale profilo per rispondere alle eccezioni degli assicuratori (anche se essi sono evidentemente meri terzi rispetto alle vicende che legano l'ente ai dipendenti), appare del tutto logico ritenere che l'unico effetto di tale inadempimento possa consistere, al piu', nell'addebitare (solo da parte dei medici) alla AUSL il premio assicurativo che i dipendenti sono stati costretti a pagare in proprio, non potendosi invece in alcun modo avallare la tesi per la quale la AUSL, omettendo di assicurare i medici, ne sarebbe divenuta assicuratrice di fatto essa stessa.

La c.d. autoassicurazione della AUSL (che dovrebbe essere comunque frutto di specifiche delibere dell'Ente, nel caso di specie mancanti) non significa affatto che l'AUSL "assicuri" essa stessa i propri medici, non fosse altro perche' il capitale sarebbe comunque pubblico e soggetto quindi ai controlli ed al recupero da parte della Corte dei Conti nei confronti del medico che avesse agito con dolo o colpa grave (non potendo certo l'AUSL disporre di denaro pubblico a fondo perduto).

La c.d. autoassicurazione, nulla avendo tecnicamente a che fare con l'assicurazione, non comporta affatto, quindi, che l'AUSL copra il rischio del

medico convenuto in giudizio, tanto che, nel caso oggi in esame, la AUSL stessa (ricusando responsabilita' organizzative proprie, invece riconosciute) aveva chiesto di attribuire il danno esclusivamente al personale medico convenuto.

Giova ricordare infatti che il citato art. 29 prevede esclusivamente che le amministrazioni ospedaliere debbano garantire l'ente ed il personale mediante adeguata polizza di assicurazione, di talche' la suddetta norma non puo' essere letta come se, in difetto di assicurazione, sia l'ente stesso tenuto alla garanzia.

Deve essere pertanto rigettata ogni domanda delle Assicurazioni volta ad ottenere dalla Ausl di _____ il risarcimento del danno asseritamente procurato alle Compagnie stesse per non avere assicurato il proprio personale.

Quanto all'eccezione in forza della quale il massimale della polizza GAN (ora Groupama) del _____ (di Euro 1.500.000,00) dovrebbe essere ridotto ad 1/3 per mancata acquisizione del consenso informato (art. IV della condizioni generali) anch'essa appare infondata giacche', nel caso di specie, la tematica del consenso informato (si ricordino a tal proposito le parole dei CCTTUU: "*Riguardo al consenso informato, i sottoscritti hanno potuto riscontrare un documento specifico, stilato in data 06.08.2009 riguardante le procedure diagnostico-terapeutiche e il trattamento farmacologico del neonato _____ a firma del padre del bambino. Non e' stato trovato documento di consenso per le procedure ostetriche, non presente quindi tra i documenti in atti*") appare del tutto secondaria e priva di intrinseca valenza.

In sostanza giacche' a) non risulta sussistere alcuno specifico danno derivante da una eventuale parziale omissione; b) tale aspetto non riguardava comunque l'operato del dott. _____, appare piuttosto evidente che il danno per il quale sussiste la garanzia assicurativa non dipende in alcun modo dalla eventuale incompletezza della descrizione delle procedure ostetriche.

Va poi ricordato che lesione per mancanza di consenso e lesione per erroneo atto medico sono due fattispecie diverse (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 2854 del 13/02/2015): in ipotesi di c.d. lesione da violazione pura del consenso la Suprema Corte ritiene necessario, ai fini di un eventuale risarcimento, che il paziente dimostri che, ove compiutamente informato, avrebbe rifiutato l'intervento, non potendo altrimenti ricondursi alcuna rilevanza dannosa (se non ricadendo in una ipotesi di inammissibile danno *in re ipsa*) al mero inadempimento dell'obbligo di



informazione (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 2847 del 09/02/2010 massima n. 611427).

Quanto alla copertura assicurativa delle spese di giudizio sostenute dall'assicurato _____ per la propria stessa difesa, effettivamente tale copertura non sussiste avendo la convenuta eccepito tempestivamente -cfr. pag. 18 comparsa Groupama'- che l'assicurato, violando l'art. XI delle condizioni di polizza, ha scelto in proprio il difensore senza interlocuzione con la Compagnia (fatto rimasto incontestato). Giova sul punto evidenziare che la Suprema Corte di Cassazione con le sentenze 7088/15, 8087/15 e 14938/12 ha ritenuto la clausola di polizza che prescrive all'assicurato di avvalersi di legali scelti dalla compagnia (clausola quest'ultima ben piu' penetrante rispetto a quella prevista dal citato art. XI) del tutto compatibile con l'art. 1932 c.c. in relazione all'art. 1917 c.3 c.c. trattandosi di clausole che non comportano deroghe (strettamente intese) alla previsione codicistica ma attengono esclusivamente al *quomodo*.

Cio' non toglie pero' che, ex art. 1917 c.1 c.c., la Groupama' Assicurazioni spa deve tenere indenne l'assicurato (nei limiti comunque del massimale) di quanto questi deve pagare agli attori vittoriosi anche a titolo di spese di soccombenza (cfr Cass. Sez. 3, Sentenza n. 5242 del 15/03/2004 gia' sopra integralmente riportata).

Occorre infine provvedere sulle spese di lite, da liquidarsi come in dispositivo sui parametri di cui al D.M. 55/14, in base ai principi di soccombenza e di causalità (ricordandosi che: *"In tema di spese giudiziali sostenute dal terzo chiamato in garanzia, una volta rigettata la domanda principale, il relativo onere va posto a carico della parte soccombente che ha provocato e giustificato la chiamata in garanzia, in applicazione del principio di causalità, e ciò anche se l'attore soccombente non abbia formulato alcuna domanda nei confronti del terzo"* Cass. Sez. 6, Sentenza n. 2492 del 08/02/2016).

La dott.ssa _____ unitamente alla sua assicurazione Axa Assicurazioni spa, al Dott. _____ e alle sua assicurazione Groupama' Assicurazioni spa e alla Ausl di _____, tutti soccombenti in solido tra loro, devono quindi rifondere le spese di lite sostenute dagli attori, da calcolarsi sulla base dei valori medi previsti per lo scaglione relativo al *decisum*, con aumento di 1/3 ex art. 4 c.8 D.M. 55/14 e del 20% per ciascuna delle ulteriori parti processuali assistite, spese di cui si dispone

la distrazione nei confronti del procuratore antistatario.

Parte attrice (al 33%), il dott. _____ (al 33%) e la Groupama' Assicurazioni spa (per la restante parte), devono invece sostenere le spese di lite di _____ chiamata dal _____) e della sua assicurazione Soc. Reale Mutua, spese da contenersi pero' nei minimi di scaglione.

Deve invece essere rigettata la domanda di condanna ex art. 96 cpc spiegata dalla _____ nei confronti del _____), apparendo la chiamata in causa comunque giustificata dalla complessita' della vicenda, esclusa quindi ogni ipotesi di dolo o colpa grave.

Infine parte attrice (al 33%), la dott.ssa _____ (al 33%) e la Axa Assicurazioni spa devono rifondere le spese di lite sostenute da _____ (formalmente chiamata dalla Grassi) e dalla sua assicurazione Carige Assicurazioni spa, ora Amissima Assicurazioni spa, spese da contenersi pero' nei minimi di scaglione.

Le spese relative al rapporto processuale instauratosi tra la Ausl di _____), la dott.ssa _____ e il dott. _____ meritano di essere compensate in ragione della riconosciuta corresponsabilita'.

Le spese di lite relative al rapporto processuale instaurato tra il dott. _____ e gli Assicuratori del Lloyd's, attesa la complessita' della questione relativa alla validita' della copertura *claims made* e la sussistenza di contrasti giurisprudenziali (anche recenti), meritano di essere integralmente compensate.

Le spese relative alle domande (rigettate) di risarcimento del danno spiegate dalle Assicurazioni nei confronti della AUSL di _____) meritano ugualmente di essere compensate, non avendo comunque tali domande, meramente accessorie, comportato alcun sostanziale ampliamento delle parti in giudizio e/o del *thema decidendum*.

Le spese relative al rapporto processuale insorto tra il dott. _____) e la Groupama' Assicurazioni spa (che contestava infondatamente la copertura), previa compensazione per 1/2 in considerazione del rigetto della manleva per le spese legali dello stesso assicurato, seguono per il resto la soccombenza della Assicurazione.

Le spese relative al rapporto processuale insorto tra la dott.ssa _____ e l'Axa Assicurazioni spa meritano di essere interamente compensate attesa la totale



comunanza delle posizioni assunte.

Le spese relative ai rapporti processuali trasversalmente insorti tra le altre parti del giudizio, risultando anch'esse di mero contorno, meritano di essere interamente compensate.

Le spese della CTU medico legale, già liquidate come da decreto in atti, vengono poste definitivamente a carico della Ausl di _____, della dott.ssa _____, dalla Axa Assicurazioni spa, del dott. _____ e della Groupama' Assicurazioni spa in solido tra loro.

P.Q.M.

il Tribunale di _____, monocraticamente e definitivamente pronunciando nella causa n.1018/11, ogni diversa istanza e domanda rigettate così provvede:

A) dichiara tenuti e condanna, ex artt. 1218 e 1228 c.c., per le causali di cui in motivazione, la AUSL di _____, la dott.ssa _____ e il dott. _____, in solido tra loro, al pagamento, a titolo di risarcimento del danno, delle seguenti somme:

1. in favore di _____, rappresentato da _____ e _____, Euro 2.772.842,00 già stimati all'attualità, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

2. in favore di _____, Euro 586.832,83 già stimati all'attualità, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

3. in favore di _____ Euro 622.590,00 già stimati all'attualità, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo;

B) ai fini del riparto interno tra condebitori solidali del danno complessivamente liquidato sub A), dichiara la Ausl di _____ responsabile per il 50%, la dott.ssa _____ responsabile per il 25%, il dott. _____ per il 25%, disponendosi che i predetti soggetti si tengano reciprocamente indenni ove aggrediti per importi superiori a quelli corrispondenti dalle quote di responsabilità a ciascuno attribuite;

C) rigetta le domande (attoree in estensione e dei chiamanti) spiegate nei confronti di _____ e d _____;

D) rigetta la domanda di garanzia spiegata da _____ nei confronti di Assicuratori del Lloyd's;

E) dichiara non luogo a provvedere circa le domande di manleva spiegate da

nei confronti della propria compagnia assicuratrice Soc. Reale Mutua spa;

F) dichiara non luogo a provvedere circa le domande di manleva spiegate da nei confronti della propria compagnia assicuratrice Carige Assicurazioni spa, ora Amissima Assicurazioni spa;

G) rigetta la domanda di condanna ex art. 96 cpc spiegata da nei confronti di ;

H) condanna la Ausl di , a, la Axa Assicurazioni spa, e Groupama' Assicurazioni spa, in solido tra loro, al pagamento in favore degli attori, ugualmente in solido, delle spese di lite che liquida in Euro 1.686,00 per esborsi e in Euro 81.289,24 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, iva e cap come per legge; se ne dispone la distrazione in favore del procuratore degli attori, dichiaratosi antistatario;

I) condanna la parte attrice (al 33%), (al 33%) e la Axa Assicurazioni spa (per la restante parte), al pagamento delle seguenti spese di lite:

1. in favore di Euro 27.852,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, iva e cap come per legge;

2. in favore di Carige Assicurazioni spa, ora Amissima Assicurazioni spa, Euro 27.852,00 oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, iva e cap come per legge;

L) condanna la parte attrice (al 33%), (al 33%) e la Groupama' Assicurazioni spa (per la restante parte) al pagamento delle seguenti spese di lite:

1. in favore di , Euro 27.852,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, iva e cap come per legge;

2. in favore di Soc. Reale Mutua spa, Euro 450,00 per esborsi, Euro 27.852,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali al 15%, iva e cap come per legge;

M) rigetta la domanda di risarcimento danni spiegata dalle Compagnie assicuratrici nei confronti della AUSL di con compensazione integrale

delle spese di lite;

N) compensa le spese di lite relative alla domanda di garanzia spiegata da _____ nei confronti degli Assicuratori del Lloyd's;

O) previa compensazione per ½ condanna la Groupama' Assicurazioni spa al pagamento in favore di _____ delle restanti spese di lite che liquida, già operata la compensazione, in Euro 13.926,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali, iva e cpa come per legge;

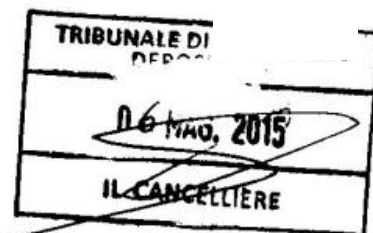
P) compensa le spese relative a tutti i restanti rapporti processuali;

Q) le spese di CTU, già liquidate come da decreto in atti, seguono la soccombenza venendo poste definitivamente a carico della Ausl di _____, di _____, della Axa Assicurazioni spa, di _____ e della Groupama' Assicurazioni spa in che devono pertanto rifonderle, in solido tra loro, alla parte attrice che le aveva anticipate;

R) dichiara la Axa Assicurazioni spa tenuta a manlevare l'assicurata _____ per il 25% degli importi risarcitori di cui al capo A del dispositivo nonché per le spese di soccombenza di cui ai capi H e Q del dispositivo (per gli importi che rimangono a esclusivo carico dell'assicurata, esclusa ogni solidarietà) comunque nei limiti del massimale di polizza, pari a Euro 1.000.000,00;

S) dichiara la Groupama Assicurazioni spa tenuta a manlevare l'assicurato _____ per il 25% degli importi risarcitori di cui al capo A del dispositivo nonché per le spese di soccombenza di cui ai capi H e Q del dispositivo (per gli importi che rimangono a esclusivo carico dell'assicurato, esclusa ogni solidarietà), il tutto comunque entro il limite del massimale pari a Euro 1.500.000,00.

6/5/16



IL GIUDICE
Dott. Antonio