



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI AREZZO
SEZIONE CIVILE

1

Il Tribunale di Arezzo, in composizione monocratica in persona del Giudice Andrea Turturro, ha emesso la seguente

SENTENZA

nel giudizio iscritto al numero 237/2023 R.G. avente ad oggetto: *risarcimento del danno da responsabilità medica*

PROMOSSO DA

Parte_1 (C.F. C.F._1), in proprio nonché in qualità di amministratore di sostegno del figlio CP_1 (C.F. C.F._2), e Parte_2 (C.F. C.F._3), rappresentati e difesi dagli Avv.ti

– ATTORI–

CONTRO

Controparte_2, (C.F. P.IVA_1), in persona del Direttore Generale *pro tempore*, rappresentata e difesa dagli Avv.ti

– CONVENUTA–

Conclusioni

Per gli attori: come da atto introduttivo “Voglia il tribunale adito, rigettata ogni contraria istanza: - in via principale, accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale della Controparte_2 come sopra identificata, per il grave inadempimento delle obbligazioni derivanti dal contratto atipico di ospedalizzazione, avente effetti protettivi anche verso terzi in base alla teoria del contatto sociale, per aver posto in essere una condotta negligente, imprudente ed imperita, senza osservanza di buone pratiche e linee guida disponibili all'epoca dei fatti ed in occasione del parto della sig.ra Pt_1 del figlio CP_1 in Arezzo, presso Ospedale San Donato in data 15.03.20003 e, per l'effetto, condannare la stessa CP_2 dalla quale dipendeva e

dipende l'Ospedale San Donato di Arezzo, al risarcimento di tutti: - i danni patrimoniali, così come quantificati al punto 2) del presente atto (pp. 15-18), maturati sia in capo a CP_1 sia in capo ai genitori, ed oltre quelli che matureranno in futuro in base alla aspettativa di vita di CP_1 in capo alle parti, o in quella maggiore o minore che si riterrà di giustizia, ed al risarcimento di tutti i: - danni non patrimoniali, così come quantificati al punto 2) del presente atto (pp. 15-18), maturati sia in capo a CP_1 (una somma compresa fra euro 1.561.954,56 ed euro 2.233.106,00) sia in capo ai genitori, o quella maggiore o minore che si riterrà di giustizia; - in subordine, a titolo di perdita di chances, voglia il Tribunale adito accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale della Controparte_2 come sopra identificata, per il grave inadempimento delle obbligazioni derivanti dal contratto atipico di ospedalità, avente effetti protettivi anche verso terzi in base alla teoria del contatto sociale, per aver posto in essere una condotta negligente, imprudente ed imperita, senza osservanza di buone pratiche e linee guida disponibili all'epoca dei fatti ed in occasione del parto della sig.ra Pt_1 del figlio CP_1 in Arezzo, presso Ospedale San Donato in data 15.03.2003 e, per l'effetto, condannare la stessa CP_2 dalla quale dipendeva e dipende l'Ospedale San Donato di Arezzo, al risarcimento di tutti: - i danni patrimoniali, così come quantificati al punto 2) del presente atto (pp. 15-18), maturati sia in capo a CP_1 sia in capo ai genitori, ed oltre quelli che matureranno in futuro in base alla aspettativa di vita di CP_1 in capo alle parti, o in quella maggiore o minore che si riterrà di giustizia, ed al risarcimento di tutti i: - danni non patrimoniali, così come quantificati al punto 2) del presente atto (pp. 15-18), maturati sia in capo a CP_1 sia in capo ai genitori in via equitativa; - in ogni caso, con vittoria di spese e competenze di avvocato".

Per la convenuta: "Voglia l'Ecc.mo Tribunale, rigettata ogni contraria istanza: nel merito (i) in via preliminare, dichiarare estinto il diritto degli attori per intervenuta prescrizione, in accoglimento della proposta eccezione, e per l'effetto rigettare la domanda; (ii) in ogni caso rigettare la domanda ex adverso proposta poiché infondata in fatto e in diritto e/o non provata; (iii) in denegata ipotesi, previa rimessione della causa in istruttoria, a) disporre la rinnovazione della CTU per la sua nullità per violazione dell'art. 15 della L. 24/2017 e stanti le carenze scientifiche e/o le affermazioni illogiche, contraddittorie e generiche contenute nella relazione e relative integrazioni in atti, nonché b) per quanto occorrer possa, ammettere la prova testimoniale formulata da parte attrice nella memoria ex art. 183 n. 3 cpc (rito precedente alla riforma cd. "Cartabia"). In ogni caso con vittoria di compenso professionale oltre oneri previdenziali e assistenziali in luogo di I.V.A. e C.P.A.".

CONCISA ESPOSIZIONE DELLE RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. *Parte_1* - in proprio nonché in qualità di amministratore di sostegno del figlio *CP_1* [...] - e *Parte_2* (padre di *CP_1* adivano l'intestato Tribunale per ottenere, previo accertamento della responsabilità della *Controparte_3* il risarcimento dei danni subiti a causa della condotta colposa dei sanitari in occasione della nascita di *CP_1* il 15.03.2003 presso l'Ospedale San Donato di Arezzo.

Di seguito i fatti come allegati dagli attori.

Nella notte tra il 14 e il 15.03.2003, *Parte_1* alla sua prima gravidanza, si presentava accompagnata dal marito *Parte_2* presso il PS del nosocomio aretino.

Alle ore 01:08 veniva ricoverata nel reparto di ostetricia e ginecologia per travaglio in atto; al momento della accettazione la paziente veniva sottoposta ad un controllo cardiotocografico, che non risulta dalla documentazione medica a disposizione, ma che è annotato in cartella.

Venivano eseguite plurime visite ostetriche (annotate alle 03:00, 06:00, 07:00 e 08:05).

Alle 05:00 veniva iniziato il partogramma. Alle 07:00 veniva praticata l'amnioressi: fuoriusciva liquido amniotico "tinto 2". Dal partogramma si evincono 7 cm di dilatazione e parte cefalica presentata di 2; l'ostetrica avvertiva il medico di guardia. Interveneva il ginecologo che, per accelerare il travaglio, somministrava ossitocina. Alle 08:05 la dilatazione era completa; la parte presentata (cefalica) adagiata sullo scavo pelvico materno impegnata al livello 0/+1 cm, mentre la valutazione del battito cardiaco fetale continuava ad essere "regolare".

Si procedeva con il parto operativo con ventosa: tra le 08:00 e le 08:26 si susseguivano quattro tentativi di applicazione della ventosa; al quarto tentativo l'utilizzo della ventosa veniva accompagnato dall'esercizio per tre o quattro volte della c.d. manovra di *Per_1*

Alle 08:26 veniva alla luce *CP_1* pesava 2810 gr e misurava 49 cm, ma appariva subito cianotico, privo di attività respiratoria, in bradicardia e ipotonico; venivano segnalate, inoltre, episiotomia ed episiorrafia; le condizioni del neonato si rilevavano molto gravi nell'immediato, infatti il pediatra valutava l'indice di Apgar 3 al primo minuto per poi passare a 7 e ad 8 dopo 5 e 10 minuti dalla nascita; sul foglio di assistenza al parto non è riportato l'indice di Apgar relativo al primo minuto e inoltre, esso non riporta, in aperto contrasto con quanto annotato nella cartella, che il neonato era asfittico alla nascita e che fu sottoposto a rianimazione.

CP_1 rimaneva ricoverato in neonatologia fino al 01.04.2003. Le prime indagini (emogasanalisi ed ecografia transfontanellare) non evidenziavano reperti di rilievo; il 29.03.2003 veniva eseguita una risonanza magnetica che mostrava un minimo ematoma subdurale temporale bilaterale con probabile screezio emorragico subaracnoideo associato.

Nella sintesi clinica si legge: *“Ventilazione meccanica SIMV con FiO2 aria. Attività respiratoria spontanea presente e regolare. In prima giornata di vita il bambino ha presentato movimenti di masticazione accompagnati da crisi tonico-cloniche fini per cui è stata prescritta terapia con fenorbital. Estubazione in seconda giornata di vita. Sindrome postasfittica neurologica caratterizzata da motricità spontanea scarsa e inizialmente da ipertono del tronco e degli arti e successivamente da ipotonia. La sintomatologia descritta è gradualmente regredita ed al momento della dimissione persiste solo modesto ipotono del tronco. Anemia iporigenerativa in trattamento con eritropoietina. Allattamento ed accrescimento regolari”*; non veniva in alcun modo indicata una necessaria valutazione neurologica clinica e/o strumentale a breve termine.

A casa, i genitori notavano fin da subito scarsa reattività agli stimoli, difficoltà a sostenere il capo, ipotonia e problemi di deglutizione con rigurgiti. Nel primo anno comparivano crisi epilettiche; nel novembre 2004 un nuovo ricovero ad Arezzo si concludeva con una diagnosi rassicurante (“crisi convulsiva febbrile semplice”) e senza che si procedesse a valutazione neurologica.

Dal 2005 **CP_1** veniva preso in carico dall’Ospedale Meyer di Firenze (Neurologia pediatrica). La TC dell’8.03.2005 segnalava una modesta ipodensità della sostanza bianca periventricolare in particolare in sede paratrigonale; la RM del 23.02.2006 mostrava reperti aspecifici e lieve incremento del rapporto ml/Cr a livello della sostanza bianca.

Il quadro clinico negli anni era il seguente: assenza di linguaggio, lieve ipertono spastico degli arti di sinistra, deambulazione incerta con note atassiche, scarsa interazione con l’ambiente circostante, assenza di controllo sfinterico.

Solo nel 2014 emergevano le cause: il 27.03.2014 il prof. **Persona_2** (neuropsichiatria infantile) redigeva una relazione che riscontrava in **CP_1** una “gravissima cerebropatia epilettogena” riconducibile all’evento perinatale ipossico-ischemico/asfittico; il medico legale dott. **Persona_3** stimava un’invalidità al 95%.

Il 27.08.2014 i genitori, tramite il loro legale, diffidavano **Parte_3** chiedendo il risarcimento dei danni. La successiva procedura di mediazione non sortiva esito positivo.

Veniva dunque richiesto un accertamento tecnico preventivo *ex art. 696-bis c.p.c.*, iscritto all'RG. n. 4036/2017 dell'intestato Tribunale, da cui emergeva la piena responsabilità dei sanitari nella causazione dell'evento lesivo, con conferma del nesso causale fra condotte e l'evento medesimo, nonché la mancata osservanza di linee-guida e buone pratiche mediche per la fattispecie trattata e, soprattutto, che una diversa condotta medica avrebbe potuto, secondo un giudizio di elevata probabilità, evitare il verificarsi alla nascita di una condizione di asfissia che ha causato il danno neurologico di **CP_1**

In diritto, gli attori deducevano la sussistenza della responsabilità della **Pt_3** convenuta, indicando gli specifici profili di inadempimento contestati, per quanto attiene in particolare il non aver evitato la sofferenza fetale che è antecedente causale del danno neurologico di **CP_1**

Per **CP_1** in qualità di vittima primaria, veniva richiesto il risarcimento delle seguenti voci:

- i. danno non patrimoniale, sub specie di danno biologico per invalidità al 85% (stimato tra € 1.561.954,56 ed € 2.233.106,00 quantificati in base alla Tabelle di Roma 2019);
- ii. danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa liquidabile in capitale o rendita.

Gli attori **Parte_1** e **Parte_2** chiedevano il risarcimento dei danni non patrimoniali da lesione del rapporto parentale, da liquidarsi equitativamente.

Venivano inoltre richiesti, da tutti gli attori, i danni patrimoniali per spese mediche e di assistenza già sostenute e future (tra cui spese di RSA e riabilitazione, farmaci, ausili, trasporti, prestazioni specialistiche). Gli attori chiedevano infine la condanna al rimborso delle spese, legali e tecniche, di ATP.

In subordine formulavano domanda sia per i danni patiti direttamente da **CP_1** sia per quelli subiti dai genitori, a titolo di perdita di *chances*.

Deducevano inoltre diffusamente sulla riconducibilità dell'*exordium praescriptionis* al marzo 2014.

2. Si costituiva in giudizio l **Parte_4**

In via preliminare, la convenuta sollevava l'eccezione di prescrizione: secondo la **Pt_3** il diritto al risarcimento risultava già prescritto al momento della prima diffida (27.08.2014), poiché i fatti risalivano al 2003 ed era irrilevante l'ignoranza soggettiva del danneggiato o una difficoltà di accertamento della eziologia del danno.

Nel merito, contestavano la domanda di parte attrice, negando la sussistenza di qualsivoglia profilo di responsabilità.

Censuravano le conclusioni della CTU svolta in sede di ATP; chiedeva pertanto svolgersi una nuova consulenza o comunque la rinnovazione di quella già esperita.

In particolare:

i. i consulenti avevano fondato la colpa sulla presunta mancata disponibilità dei tracciati CTG; la **Pt_3** sosteneva che tali tracciati non erano mai stati smarriti, li produceva in giudizio e insisteva affinché essi fossero valutati;

ii. la condotta sanitaria era stata giudicata sulla base di linee-guida e letteratura successive al 2003, mentre l'adeguatezza delle scelte doveva essere valutata con riferimento alle conoscenze disponibili all'epoca dei fatti;

iii. la CTU era stata svolta senza il coinvolgimento di uno specialista neonatologo, in violazione dell'art. 61 c.p.c.; pertanto la convenuta chiedeva, in subordine, la nomina di un collegio plurispecialistico.

La **Pt_3** contestava, inoltre, le risultanze della CTU, richiamando le osservazioni formulate dai propri consulenti in sede di ATP, alle quali il Collegio peritale aveva fornito risposta meramente apparente.

In estrema sintesi, secondo i CCTTPP, dalle risultanze della documentazione disponibile e dalla situazione clinica del piccolo **CP_1** non vi era nulla di compatibile con l'ipotesi di asfissia *intrapartum*; nel caso in esame erano entrati in gioco fattori diversi, con ottime probabilità su base disembrigenetica.

Veniva infine contestata la quantificazione dei danni. In particolare:

i. quanto al danno non patrimoniale di **CP_1** si chiedeva l'applicazione delle Tabelle di Milano e non di quelle di Roma;

ii. quanto al danno da perdita della capacità lavorativa, la convenuta evidenziava trattarsi di danno alla perdita della capacità lavorativa generica e non specifica, come tale già ricompreso nel danno biologico;

iii. per i costi assistenziali futuri (successivi al compimento della maggiore età), evidenziava la necessità di una rigorosa prova nonché una previa valutazione dell'aspettativa di vita.

La convenuta contestava, infine, anche la domanda relativa alla perdita di *chances*, osservando che si trattava di una fattispecie ontologicamente distinta da quella in esame.

3. Alla prima udienza del 17.05.2023, su richiesta congiunta delle parti, venivano concessi i termini di cui all'art. 183, comma 6, c.p.c.

A seguito del regolare deposito di memorie, con ordinanza dell'1.11.2023, il Giudice disponeva un supplemento di CTU, nominando nuovamente il medesimo Collegio peritale del procedimento di ATP, con l'aggiunta di uno specialista in neonatologia.

Il Collegio, nelle persone dei dott.ri *Parte_5* , *Parte_6* e *Persona_4* –
previa richiesta di proroga - depositava la Consulenza in data 16.09.2024.

Previo rinvio onde consentire ulteriori deduzioni sulla consulenza, come richiesto da parte convenuta, il Giudice - rilevato che la consulenza era stata espletata senza che i consulenti visionassero gli originari tracciati cardiocografici, ma solo copie fotostatiche - disponeva che il collegio peritale esaminasse, nel contraddittorio tra le parti, gli originali tracciati, depositando relazione integrativa.

L'ulteriore integrazione della consulenza veniva depositata in data 01.09.2025, previa concessione di proroghe richieste dal Collegio peritale.

4. All'esito della udienza del 23.10.2025 venivano parzialmente ammesse le prove orali, poi assunte in data 15.1.2026. All'esito, la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni.

Con ordinanza del 30.3.2026, sulle conclusioni delle parti come sopra indicate, la causa veniva trattenuta in decisione, con concessione dei termini *ex art.* 190 c.p.c. per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica, regolarmente depositate dalle parti.

§ § § § § § §

5. Sulla eccezione di prescrizione: infondatezza.

Occorre anzitutto vagliare l'eccezione di prescrizione tempestivamente sollevata dalla parte convenuta nella propria comparsa di costituzione e risposta.

Giova rammentare che, anche prima dell'intervento legislativo di cui alle leggi c.d. *Per_5* (D.L. n. 158/2012, convertito con L. n. 189/2012) e *CP_4* (L. n. 24/2017), la responsabilità della struttura sanitaria era già stata ricondotta dalla giurisprudenza di legittimità, anche nella sua più autorevole composizione, nell'alveo della responsabilità contrattuale, atteso che l'accettazione del paziente comporta la conclusione di un contratto atipico a prestazioni corrispettive, il c.d. "*contratto di ospedalità*" o "*contratto di assistenza sanitaria*" (cfr. Cass., Sez. Un., n. 9556/2002; Cass. 1698/2006 e 8826/2007).

Ne consegue che la responsabilità verso il paziente sorge ai sensi dell'art. 1218 c.c., per l'inadempimento delle obbligazioni direttamente gravanti sulla struttura sanitaria; ai sensi dell'art. 1228 c.c., per l'inadempimento della prestazione professionale svolta dal medico, quale ausiliario della struttura, indipendentemente dall'esistenza di un rapporto di lavoro subordinato (cfr. Cass. n. 10812/2019).

Dalla qualificazione della responsabilità come contrattuale discende l'applicazione della relativa disciplina, sia in tema di prescrizione, sia in tema di ripartizione dell'onere probatorio.

Sulla scorta di tali premesse, nel rapporto tra la struttura e Parte_1 si applica la disciplina della responsabilità contrattuale, compreso il termine prescrizionale ordinario decennale.

Peraltro, il contratto di ospitalità concluso con la partoriente rientra nella categoria dei contratti con effetti protettivi a favore di terzi. È pacifico, infatti, che il contratto concluso dalla gestante con la struttura sanitaria relativamente alle prestazioni afferenti alla gravidanza incida direttamente anche sulla posizione del nascituro e del padre, estendendo a costoro la tutela contrattuale (cfr. Cass. 14488/2004 per la posizione del nato; per la posizione del padre, Cass. n. 10812/2019: *“La responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria è configurabile, oltre che nei confronti del paziente, anche relativamente a soggetti terzi cui si estendono gli effetti protettivi del contratto; ne consegue che il contratto stipulato tra una gestante, una struttura sanitaria ed un medico, avente ad oggetto la prestazione di cure finalizzate a garantire il corretto decorso della gravidanza, riverbera per sua natura effetti protettivi a vantaggio anche del padre del concepito, il quale in caso di inadempimento, è perciò legittimato ad agire per il risarcimento del danno”*; v. anche Cass. 17113/2024 che ribadisce la natura contrattuale di tale responsabilità).

Anche il nato e il padre, dunque, agiscono in via contrattuale.

Tanto premesso, l'eccezione di prescrizione formulata dalla convenuta non è fondata.

Giova rammentare che il fatto da cui origina la pretesa risarcitoria risale al 15.3.2003, mentre il primo atto interruttivo della prescrizione reca la data del 27.8.2014; al riguardo, gli attori hanno prodotto con la seconda memoria istruttoria la prova della ricezione della diffida; in ogni caso l'Azienda sanitaria non la ha contestata (anzi, ha riconosciuto la avvenuta ricezione il 03.09.2014, come risulta da pag. 7 della comparsa di costituzione e risposta: *“[...] allorquando con lettera addì 27.08.2014, pervenuta alla Azienda il successivo 03.09.2014, gli attori hanno per la prima volta formulato la domanda risarcitoria per le prestazioni di assistenza e cura prestate in data 15 marzo 2003 [...]”*). Seguivano poi, come atti interruttivi, l'attivazione del procedimento per ATP (2017) e il presente giudizio (2023).

L'eccezione di prescrizione si fonda dunque sul decorso di undici anni e mezzo tra la data del fatto e il primo atto interruttivo.

Tuttavia, l'*exordium praescriptionis* non coincide con la data del fatto.

Come si dirà meglio infra, infatti, il danno lamentato in questa sede rientra tra quelli definibili, con formula descrittiva "lungolattenti" o "ad esordio occulto".

Si tratta di quel pregiudizio che non si manifesta immediatamente ovvero che non consente di coglierne immediatamente la riconducibilità causale a una determinata condotta altrui: può dunque trattarsi, alternativamente, di danno non immediatamente percepibile (si pensi al caso in cui una malattia resti priva di sintomi visibili) ovvero, pur a fronte di un danno percepibile, di nesso eziologico con altrui condotta che non risulti immediatamente individuabile.

La giurisprudenza di legittimità ha da tempo spiegato che in simili ipotesi non vale ancorare il sistema prescrizione al "quando" storico del fatto generatore, perché ciò frusterebbe la funzione di equo bilanciamento tra certezza dei rapporti giuridici e tutela effettiva del danneggiato: occorre, invece, guardare al momento in cui il danno può essere colto come "ingiusto" e causalmente riferibile a terzi, secondo i parametri dell'ordinaria diligenza e alla luce delle conoscenze scientifiche disponibili. È questa, in sintesi, la conclusione cui sono giunte le Sezioni Unite (n. 576/2008), che hanno chiarito come il *dies a quo* non coincida con l'azione produttiva dell'evento lesivo né con la mera percezione soggettiva, ma con la percepibilità esterna del danno nella sua ingiustizia e nella sua rapportabilità a un comportamento del terzo, sulla base della ordinaria diligenza.

L'art. 2935 c.c. stabilisce che la prescrizione inizi a decorrere dal momento in cui il diritto può essere fatto valere; l'art. 2947 c.c., letto alla luce del principio appena ricordato, va inteso nel senso che, per i danni lungolattenti o a esordio occulto, il decorso del termine non comincia dal mero "accadimento" del fatto, bensì da quando il danneggiato, usando l'ordinaria diligenza, ha — o avrebbe potuto avere — sufficiente conoscenza dell'esistenza del danno e della sua riferibilità causale alla condotta altrui (cfr. Cass. Sez. Un., n. 5976/2023: "Rilevato che, a norma dell'art. 2935 c.c., la prescrizione comincia a decorrere dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere, va ribadito il consolidato orientamento di legittimità secondo cui, in tema di risarcimento del danno da fatto illecito, il *dies a quo* dal quale la prescrizione comincia a decorrere va individuato nel momento in cui il danneggiato abbia avuto - o avrebbe potuto avere, usando l'ordinaria diligenza - sufficiente conoscenza della rapportabilità causale del danno lamentato al comportamento del terzo (cfr., ex

multis, Cass., S.U. n. 576/2008; Cass. n. 27337/2008; Cass. n. 12699/2010; Cass. n. 1263/2012; Cass. n. 11097/2020)”).

La giurisprudenza della Suprema Corte impedisce derive meramente soggettive; ciò che conta è la conoscibilità secondo l’ordinaria diligenza, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, così evitandosi ogni arbitraria personalizzazione del *dies a quo*.

Occorre, in particolare, la conoscibilità e della malattia e del nesso di causalità col fatto di terzi (cfr. *Cass. Civ., Ord. n. 14480/2020: “nel caso di danni a decorso occulto, ai fini della determinazione della decorrenza del termine di prescrizione del diritto al risarcimento è irrilevante l’accertamento del momento in cui il paziente ha conseguito la semplice conoscenza della malattia, in mancanza di ulteriori elementi da cui desumere che a partire da quel momento il paziente medesimo abbia avuto anche la consapevolezza della causa della malattia”*).

Grava, invece, sulla controparte dimostrare — anche per presunzioni semplici, ma con fatti noti obiettivamente certi — che tale conoscenza (malattia e riconducibilità causale) vi fosse, o avrebbe potuto esserci, già prima (*Cass. n. 10190/2022*).

La stessa linea argomentativa è stata ripresa di recente: l’ordinanza *Cass. n. 22894/2024* richiama l’errore di anticipare l’*exordium* al solo momento in cui il danneggiato percepisca un pregiudizio non meglio qualificato, precisando che la prescrizione decorre dal tempo in cui egli, con la diligenza esigibile, abbia appreso tanto l’esistenza del danno quanto la sua riferibilità al fatto ingiusto di terzi. In altri termini: non è sufficiente la diagnosi; occorre la consapevolezza (o la conoscibilità) del nesso eziologico.

Tali principi devono ora essere applicati al caso di specie.

Al momento della nascita (e al successivo momento delle dimissioni dall’ospedale) non vi era alcun elemento tale da lasciar intuire l’esistenza di un danno, tantomeno correlato a *malpractice* medica; gli stessi CCTTUU interpellati sul punto hanno riferito che “Non è possibile stabilire il momento a decorrere dal quale la malattia è stata percepita quale danno ingiusto in conseguenza della condotta di terzi, in quanto, come già evidenziato in sede di ATP, la documentazione medica in atti è, sotto questo profilo, non sempre chiara ed anzi a volte anche chiaramente contraddittoria”.

Ciò induce ad escludere che l’*exordium praescriptionis* possa coincidere con la data del parto.

Successivamente, a fronte di episodi epilettici, la diagnosi fornita dall’Ospedale di Arezzo era di “crisi convulsiva febbrile semplice”.

Dal 2005 prendeva avvio un lungo percorso diagnostico presso l'Azienda Ospedaliera Pediatrica Meyer di Firenze (cfr. *doc. n. 4, atto introduttivo*).

Dall'analisi dell'U.O. di Radiologia, relativa alla TC cranio-encefalo, emergeva che il reperto "*potrebbe essere in accordo con esiti di sofferenza perinatale*", con contestuale raccomandazione di procedere comunque all'esecuzione di una risonanza magnetica (cfr. pag. 5, *doc. n. 4, atto introduttivo*). L'utilizzo del condizionale e l'assenza di ogni espresso riferimento a malpractice medica impedisce di ancorare l'*exordium praescriptionis* a questa data (peraltro, anche laddove si volesse opinare diversamente, la prescrizione non sarebbe comunque maturata dal momento che il referto reca la data del 8.3.2005). Anche la successiva risonanza magnetica poneva solo in forma dubitativa la possibilità di una lieve pregressa sofferenza perinatale.

Le indagini generiche, protrattesi per anni, non conducevano ad una diagnosi. Ancora alla data del 21.09.2012 (cfr. pagg. 50-51, *doc. n. 4, atto introduttivo*), l'U.O. di Genetica Medica dell'AOU Meyer raccomandava un'ulteriore consulenza genetica.

Solo nella consulenza del 16.11.2012 (cfr. pagg. 53-54, *doc. n. 4, atto introduttivo*), sottoscritta dalla Prof.ssa **Persona_6** pur in assenza di una conclusione definitiva, si prospetta che il parto distocico possa aver pesato in modo significativo sul quadro clinico; tale conclusione veniva confermata nella consulenza medica del Dott. **Persona_7** specialista in neuropsichiatria infantile dell'Università di Perugia, il quale, con la relazione del 27.03.2014, concludeva che, non essendo emerse altre cause ed essendo escluso malattie genetiche note, si poteva affermare con convinzione che il parto distocico, con la conseguente grave sofferenza perinatale, fosse alla base della grave encefalopatia epilettogena di **CP_1** (cfr. *doc. n. 7, atto introduttivo*).

Il decorso del termine prescrizionale, dunque, non può essere anticipato a data anteriore al 2012, allorché la genetista — al termine delle indagini specialistiche — esclude ogni origine ereditaria e ricondusse la condizione del minore all'asfissia cerebrale perinatale, circostanza poi confermata dalla relazione del CTP nel 2014.

Peraltro, e decisamente, anche laddove si volesse anticipare tale momento alla data del referto del 8.3.2005 — che si limitava a indicare che la sintomatologia era in accordo con esiti di sofferenza perinatale — la prescrizione non sarebbe comunque maturata, essendo stata interrotta prima dello spirare del decennio.

6. Sull'an della responsabilità

Quanto alla vicenda oggetto di causa, occorre muovere dalle risultanze della CTU medico-legale espletata in sede di ATP e successivamente integrata nel presente giudizio (depositi del 16.9.2024 e 1.9.2025)

La parte convenuta ne ha eccepito la nullità per violazione dell'art. 15 L. 24/2017. La disposizione richiamata prevede che l'espletamento della consulenza tecnica sia affidata a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento.

L'eccezione non è fondata.

Ed infatti, sebbene in fase di ATP non fosse stato nominato uno specialista in neonatologia (neppure come ausiliario dei consulenti), la composizione del Collegio peritale è stata integrata nel presente giudizio con il dott. *Per_4* e ciò ha consentito la valutazione dei fatti di causa da parte di specialisti in tutte le discipline rilevanti nel caso di specie. Né d'altra parte vi è ragione di ritenere che sia inammissibile una CTU *"a formazione progressiva"* (secondo l'espressione utilizzata dalla convenuta), dal momento che ciò concilia sia esigenze di economia processuale, sia l'ineludibile necessità dell'apporto di tutte le competenze specialistiche, sia il pieno diritto di difesa delle parti.

Tanto premesso, la Consulenza – quale risultante dall'elaborato in sede di ATP e le successive integrazioni nel corso del presente giudizio - risulta esente da vizi logici e è adeguatamente motivata rispetto alle osservazioni dei consulenti di parte; il contraddittorio tecnico risulta, dunque, garantito e attuato. Pertanto, non si ravvisano motivi obiettivi per discostarsi dalle conclusioni raggiunte dal Collegio peritale.

Le risultanze della CTU possono, quindi, essere poste a fondamento della decisione.

Dalla CTU è emersa la sussistenza di *"importanti criticità"* nella gestione ostetrica del travaglio e del parto di *Parte_1* (pag. 25 consulenza in sede di ATP), in particolare per quanto riguarda il non sollecito espletamento del parto mediante taglio cesareo dal momento in cui si manifestarono elementi indicativi di una condizione di sofferenza fetale; criticità rispetto alla quale l'invalidità di *CP_1* risulta avvinta da nesso eziologico.

Giova peraltro evidenziare sin da ora – in replica ad una censura che la parte convenuta aveva mosso alla consulenza resa in sede di ATP – che i Consulenti hanno chiarito che la condotta dei sanitari è stata valutata *"in riferimento alle indicazioni e alle raccomandazioni della letteratura e delle linee guida risalenti all'epoca del parto. Si segnala, a questo proposito, che alcune voci bibliografiche riportate nella relazione*

redatta in ambito di ATP sono successive all'epoca del parto, ma esse non attengono alla valutazione della condotta dei sanitari dell'Azienda convenuta, ma alla ricostruzione in termini eziopatogenetici e clinici del quadro neurologico riscontrato in capo a CP_1 (CTU resa nel corso di questo giudizio, pag. 20).

Nella consulenza resa in sede di ATP, si evidenziano, in sintesi, le seguenti criticità:

- mancanza di accertamenti alla nascita del neonato, che sarebbero stati doverosi, stante il quadro di asfissia;
- assenza dei tracciati cardiocografici (poi colmata in questa sede);
- non era stato riportato in cartella il dosaggio né la ragione per la somministrazione di ossitocina;
- non sono chiare le indicazioni che hanno portato all'applicazione della ventosa.

Ma, concentrando l'attenzione solo su quanto rileva ai fini della risoluzione della presente controversia:

- alle ore 7.00 si ha, dopo l'amnioressi, lo scolo di liquido amniotico tinto 2, elemento indicativo di una condizione di distress fetale in atto e che come tale avrebbe dovuto costituire un segnale di allarme (sul punto i CCTTU hanno replicato alle obiezioni dei consulenti di parte convenuta, che contestavano tale conclusione);
- nonostante la annotazione "avvertito il medico di guardia", non risulta alcuna valutazione medica nei successivi 65 minuti.

Secondo quanto riferito nella relazione resa in sede di ATP, la condotta attendista dei sanitari avrebbe potuto essere giustificata solo in presenza tracciato cardiocografico rassicurante, anche in considerazione della contemporanea somministrazione di ossitocina; ulteriori fattori di rischio erano, secondo i CCTTU, l'indice di posizione e il livello della parte presentata.

Un'anticipazione del momento del parto, mediante taglio cesareo, avrebbe evitato il verificarsi di una condizione di asfissia.

In questo giudizio di merito, l'istruttoria tecnica ha potuto avvalersi anche dei tracciati, prodotti dalla parte convenuta, decisivi ai fini della valutazione della condotta dei sanitari secondo quanto indicato dal Collegio peritale in sede di ATP.

Orbene, nonostante la difficoltà di lettura, essi sembrano "evidenziare un quadro di grave e prolungata bradicardia fetale coerente con il quadro asfittico documentato alla nascita".

Risulta, invero, una sostanziale normalità del tracciato cardiotocografico registrato tra le ore 06:10 e le ore 07:00 del 15/03/2003.

Il tracciato registrato a partire dalle ore 07:00, definito *“di interpretazione non sempre chiara”*, sembra caratterizzarsi dalle ore 7.30 per la presenza di alcune decelerazioni e, infine, dalle ore 8.00 *“per una severa e prolungata bradicardia e da decelerazioni variabili gravi e/o atipiche”*.

Ritengono i CCTTU che le gravi alterazioni del tracciato cardiotocografico registrate nel corso dell'intera fase espulsiva non possano in nessun caso essere derubricate ad una semplice (quanto innocua) *“bradicardia da impegno”*. Si è invece evidentemente trattato di una sequenza di decelerazioni variabili gravi (e probabilmente atipiche) alternate a verosimili episodi di bradicardia fetale.

L'interpretazione dei tracciati deve essere calata nel contesto clinico, considerando che *“vi era una condizione di rischio derivante – allorché, alle ore 07:00, veniva praticata amnioressi – dallo scolo di liquido amniotico tinto 2, con contestuale annotazione sul diario clinico (“Ore 7 avvertito il medico di guardia per liquido tinto 2”, che interverrà poi solo alle ore 08:05), tenendo presente che in ogni caso di sofferenza fetale in travaglio il feto esprime progressivamente alcuni segnali, i quali permettono all'équipe ostetrica di modulare via via il livello di allerta in termini di sorveglianza del travaglio e del parto”*; l'emissione di meconio è uno di questi segnali di ipossia, spesso il primo a manifestarsi (ed infatti, al momento del riscontro di un liquido tinto, il tracciato cardiotocografico può ancora essere normale).

In tale contesto, inoltre, è avvenuta la già menzionata somministrazione di ossitocina; i sanitari, invece, avrebbero dovuto procedere all'espletamento del parto mediante taglio cesareo prima dell'insorgenza della fase di prolungata e severa bradicardia intorno alle ore 08:00, *“quando effettivamente il decision to delivery time non consentiva opzioni diverse da quelle in concreto attuate”*.

A ciò si aggiunga che i Consulenti ritengono del tutto plausibile – in totale mancanza di qualsivoglia precisazione (vista la superficiale compilazione della cartella clinica) – nonché coerente con il dato anamnestico a suo tempo riferito dalla Sig.ra **Pt_1** e non contestato dai consulenti tecnici di parte convenuta che il medico di guardia abbia applicato ripetutamente la manovra di Kristeller per l'intero periodo espulsivo, manovra che ha determinato un'ipossia fetale acutissima ed estremamente severa.

La condizione di asfissia trova poi conferma nella condizione clinica di **CP_1** al momento della nascita (cianotico, bradicardico, ipototonico, privo di respiro spontaneo e con liquido amniotico tinto di meconio nelle vie respiratorie), nei valori emogasanalitici riscontrati alla nascita (ancorché l'esame sia

stato effettuato in ritardo e senza riportare i valori dei lattati), nelle manifestazioni comiziali della prima giornata di vita di **CP_1**. I Consulenti hanno poi diffusamente argomentato in ordine alla parziale inattendibilità dell'indice di Apgar. Su ciascuno di tali profili, essi hanno ampiamente replicato alle osservazioni dei consulenti di parte convenuta.

Dalla CTU emerge che tra le violazioni delle linee-guida nella gestione del travaglio (in particolare non aver evitato o limitato la condizione di asfissia) e il danno riportato da **CP_1** sussiste un nesso causale, sulla base del criterio civilistico della preponderanza dell'evidenza (*"più probabile che non"*).

I consulenti della **Pt_3** non condividono le conclusioni dei CTU e sostengono che la ricostruzione del collegio peritale sia errata, contraddittoria e non conforme alle conoscenze scientifiche consolidate. A loro avviso, non vi sarebbe prova che il danno neurologico di **CP_1** sia stato causato da un'ipossia *intrapartum*.

Invero, come hanno chiarito i CCTTUU, ogni altra ipotesi risulta avere *"un rilievo statistico nettamente inferiore"*.

L'ampio ventaglio di accertamenti genetici condotti su **CP_1** sono tutti risultati negativi; per quanto tale evenienza non possa essere comunque del tutto esclusa (potendosi trattare di mutazione rara o non individuabile o individuata), essa rimane meramente astratta.

Né emergono elementi per affermare che la causa risieda in un evento "silente" in gravidanza, capace di danneggiare il sistema nervoso in assenza di segni acuti durante il travaglio. Al contrario, le indagini neuroradiologiche successive (TC 2005 e RM 2006) hanno mostrato reperti compatibili con sofferenza perinatale, confermati da più specialisti che hanno collegato il quadro di **CP_1** a un danno ipossico da parto.

Neppure soccorrono elementi per affermare che la causa consista in una encefalopatia non ipossica o in altra forma di disturbo.

Al contrario, nel caso concreto erano presenti i criteri clinici minimi di asfissia neonatale: liquido amniotico tinto di meconio, neonato cianotico, ipototonico, bradicardico, privo di respiro spontaneo, necessità di intubazione con aspirazione di abbondante materiale meconiale e indice di Apgar inizialmente molto basso, con successiva diagnosi di *"asfissia neonatale grave con sindrome post-asfittica"*. Mancano, per omissioni documentali, alcuni riscontri "forti" (come il pH cordonale entro un minuto), ma ciò non vale a escludere l'ipossia: nei mesi e negli anni successivi compaiono crisi precoci e reperti

neuroradiologici compatibili con sofferenza perinatale, mentre il lungo iter non individua cause alternative plausibili.

Gli elementi istruttori e le risultanze della CTU conducono dunque a ricondurre il danno all'insorgenza di una sofferenza ipossico-ischemica in epoca periparto.

Tale ipotesi – che avrebbe potuto essere evitata mediante un taglio cesareo - rimane di gran lunga la più probabile per spiegare il danno neurologico di CP_1

In sintesi devi concludersi, con il Collegio peritale, che *“In questo contesto, in cui non sono state evidenziate, nonostante la notevole complessità degli accertamenti disposti, cause di tipo genetico e/o degenerativo e/o dismetabolico, il quadro di distress fetale che una diversa condotta ostetrica avrebbe consentito di evitare si pone come antecedente causale sulla base del criterio civilistico del più probabile che non”*.

7. Le richieste risarcitorie per i danni subiti da CP_1

Dalla visita svolta dai CCTTUU, risulta che CP_1 presenta completa assenza di linguaggio; lieve ipertono spastico degli arti di sinistra; deambulazione incerta con allargamento della base di appoggio con note atassiche; scarsa interazione con l'ambiente circostante; viene riferita l'assenza di controllo sfinterico; egli non è in grado di vestirsi autonomamente e deve essere imboccato per l'alimentazione; i Consulenti evidenziano inoltre ritardo cognitivo e deficit neuromotorio.

Il danno permanente alla integrità psico-fisica di CP_1 è stato quantificato dal collegio peritale in una misura pari all'85%.

I CCTTUU hanno accertato che tale danno ha azzerato *“qualsivoglia futura capacità lavorativa”*.

Trattandosi di quadro clinico manifestatosi nella sua gravità sin dalla nascita, non è individuabile un periodo di invalidità temporanea.

7.1. I danni non patrimoniali

L'art. 7, comma 4, l. 24/2017 prevede che *“Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo”*.

L'art. 138, comma 1, Cod. Assicurazioni private stabilisce che: *“Al fine di garantire il diritto delle vittime dei sinistri a un pieno risarcimento del danno non patrimoniale effettivamente subito e di razionalizzare i costi*

gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori, con due distinti decreti del Presidente della Repubblica, da adottare entro il 1° maggio 2022, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, il primo, di cui alla lettera a), su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, e il secondo, di cui alla lettera b), su proposta del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della giustizia, sentito l'IVASS, si provvede alla predisposizione di specifiche tabelle uniche per tutto il territorio della Repubblica:

a) delle menomazioni all'integrità psico-fisica comprese tra dieci e cento punti;

b) del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso.

Il medesimo articolo, al comma 3, prevede che *Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati, l'ammontare del risarcimento del danno, calcolato secondo quanto previsto dalla tabella unica nazionale di cui al comma 1, lettera b), può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, fino al 30 per cento (c.d. personalizzazione); il successivo comma 4 stabilisce che L'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno conseguente alle lesioni fisiche.*

Con il d.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12, in vigore dal 5.3.2025, è stata adottata la tabella unica del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità tra dieci e cento punti, comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso, ai sensi dell'articolo 138, comma 1, lettera b), del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

La Suprema Corte (Cass. 8630/2026) ha chiarito che La Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12 del 2025, quale parametro della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute conforme alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., trova applicazione generalizzata in via indiretta, cioè non in forza di diretta efficacia normativa, bensì come parametro del potere del giudice di cui a tali norme, con riferimento a liquidazioni formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta e, dunque, a sinistri causativi di danno biologico verificatisi prima del 5 marzo 2025 e pur non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti e da responsabilità sanitaria, potendo il giudice discostarsene nel caso concreto, eventualmente applicando una tabella "pretoria", solo in forza di una motivazione che dia puntualmente conto di circostanze del tutto peculiari, più rilevanti nell'ambito regolato oggettivamente, *ratione materiae*, dalla T.U.N.

Nel caso di specie, le circostanze peculiari evocate dalla Suprema Corte evidentemente non ricorrono, dal momento che la responsabilità sanitaria rientra tra gli ambiti oggettivamente regolati dalla *Cont*, che pertanto può essere applicata anche al caso di specie, pur anteriore alla sua entrata in vigore, come chiarito dalla Cassazione nella pronuncia sopra richiamata.

Può dunque procedersi alla liquidazione, non prima di aver evidenziato che, oltre al pregiudizio biologico, deve senz'altro essere riconosciuto anche quello morale (da ritenersi senz'altro sussistente attesa la gravità delle lesioni); al riguardo la giurisprudenza ha affermato che *“il neonato che riporti gravissime lesioni cerebrali a causa dell'inadeguata assistenza prestata dai sanitari al momento del parto ha diritto al risarcimento del danno morale da lesione della salute qualora non risulti con assoluta certezza, precipuamente sulla base delle risultanze medico-legali, la sua totale e assoluta incapacità di percepire il dolore”* (Cass. civ. n. 4970/2001), circostanza che non ricorre nel caso in esame. L'aumento per il danno morale può essere riconosciuto nel valore medio, da cui non vi sono ragioni di discostarsi.

Di seguito il calcolo: - il punto danno biologico permanente è pari ad 9.613,19, con aumento medio del danno morale (52,5%) si giunge a un totale di € 14.660,11 (il coefficiente di riduzione per l'età è 1), che moltiplicato per 85 dà un risultato di **€ 1.246.109,35**.

Non vi è margine per la personalizzazione di cui all'art. 138, comma 3, Cod. Ass.

Al riguardo occorre considerare che, come chiarito dalla Suprema Corte, il grado di invalidità permanente indicato da un *barème* medico-legale esprime in misura percentuale la sintesi di tutte le conseguenze ordinarie che una determinata menomazione si presume riverberi sullo svolgimento delle attività comuni ad ogni persona. In particolare, le conseguenze possono distinguersi in due gruppi: quelle necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare grado di invalidità e quelle peculiari del caso concreto che abbiano reso il pregiudizio della vittima diverso e maggiore rispetto a casi simili. Tanto le prime quanto le seconde costituiscono forme di manifestazione del danno non patrimoniale aventi tutte identica natura, che vanno tutte considerate in ossequio al principio dell'integralità del risarcimento, senza, tuttavia, incorrere in duplicazioni computando lo stesso aspetto due volte. Soltanto in presenza di circostanza specifiche ed eccezionali allegate dal danneggiato, che rendano il danno più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età, è consentito incrementare le somme dovute operando una personalizzazione della liquidazione (cfr. Cass. Civ., Ord. n. 5865/2021: *“In tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura “standard” del*

risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegare e provare dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento").

Nel caso in esame, non vi è dubbio che le conseguenze subite dal **CP_1** siano state estremamente drammatiche; ciò, tuttavia, trova riconoscimento nella determinazione del danno alla salute nella misura del 85%, senza che sia stato allegato e dimostrato che egli abbia subito conseguenze diverse ed ulteriori rispetto a quelle che avrebbe subito un individuo della stessa età per la medesima tipologia di danno.

La somma sopra indicata, espressa in moneta attuale, deve essere devalutata alla data della condotta colposa (15 marzo 2003) che ha determinato il danno; sull'importo che ne deriva (€ 816.050,65) devono essere calcolati gli interessi legali sulla somma annualmente rivalutata decorrenti dalla data del fatto che ha originato il danno fino alla data della presente sentenza, secondo i noti principi espressi da Cass. Sez. Un. n. 1712/1995, ottenendo così la somma di € **1.650.460,85**.

7.2. I danni patrimoniali

Deve parimenti essere accolta la domanda risarcitoria inerente alla definitiva e totale perdita della capacità di svolgere attività lavorativa da parte di **CP_1** (come risulta dalla documentazione in atti, infatti, egli necessita di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita: v. verbale INPS sub doc. 12.7 parte attrice; i CCTTUU, come già detto, hanno accertato l'azzeramento di qualsivoglia capacità lavorativa).

Al riguardo giova sintetizzare i principi rilevanti nella fattispecie in esame.

1) Diversamente da quanto sostenuto da parte convenuta nella propria comparsa di costituzione e risposta, il danno qui in esame non può ritenersi ricompreso nella liquidazione del danno biologico. Esso infatti non consiste semplicemente nella maggiore usura, fatica e difficoltà incontrate nello svolgimento dell'attività lavorativa, non incidente, neanche sotto il profilo delle opportunità, sul reddito della persona offesa (Cass. 21322/2025), bensì nella compromissione delle aspettative di lavoro della persona, avente carattere di danno patrimoniale (Cass. 29815/2024);

2) in particolare, la definitiva e totale perdita della capacità di svolgere qualsivoglia occupazione, conseguente a una lesione della salute di rilevante entità, integra un danno patrimoniale

per la cui liquidazione, nel caso in cui il soggetto non abbia potuto manifestare alcuna propensione per una determinata attività lavorativa, può farsi riferimento al criterio del triplo della pensione sociale (*Cass. 29815/2024*; in senso analogo già *Cass. n. 16844/2023*);

3) il danno patrimoniale futuro correlato alla totale perdita della capacità lavorativa in conseguenza dell'illecito va liquidato facendo riferimento al parametro dell'aspettativa di vita media del soggetto danneggiato (*Cass. 31684/2024*);

4) la liquidazione del danno da lesione della capacità lavorativa specifica dev'essere effettuata sommando e rivalutando i redditi già perduti dal danneggiato dal momento del fatto illecito a quello della liquidazione, e utilizzando, invece, il metodo della capitalizzazione per i redditi futuri, moltiplicandoli per un adeguato coefficiente corrispondente all'età della vittima al tempo della liquidazione medesima (*Cass. 24618/2025*); se il danno è patito da persona che al momento del fatto non era in età da lavoro, la liquidazione deve avvenire sommando e rivalutando i redditi figurativi perduti dalla vittima tra il momento in cui ha raggiunto l'età lavorativa e quello della liquidazione e capitalizzando i redditi futuri in base al predetto coefficiente di capitalizzazione. Qualora la liquidazione avvenga prima del raggiungimento dell'età lavorativa, la capitalizzazione deve essere operata in base ad un coefficiente corrispondente all'età della vittima al momento del presumibile ingresso nel mondo del lavoro oppure in base ad un coefficiente corrispondente all'età del danneggiato al tempo della liquidazione, ma in questo caso previo abbattimento del risultato applicando il coefficiente di minorazione per anticipata capitalizzazione (*Cass. n. 9048/2018*). Per la capitalizzazione anticipata della rendita si farà riferimento alle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano nell'anno 2023; esse rispondono all'esigenza, emersa già da tempo nella giurisprudenza della Corte di Cassazione (cfr. *Cass. n. 13727/2022*; *Cass. n. 18093/2020*; *Cass. n. 20615/2015*), di elaborare coefficienti aggiornati per la capitalizzazione del danno patrimoniale futuro, stante la sopravvenuta inadeguatezza sia dei risalenti coefficienti per la costituzione delle rendite pagabili dalla **CP_6** nazionale per le assicurazioni sociali di cui al R.D. 9.10.1922 n. 1403, sia dell'applicazione analogica dei coefficienti previsti dalla legge per fini assicurativi o previdenziali, quali quelli di cui al D.M. 22.11.2016, sia dei coefficienti proposti dal CSM il 1° luglio 1989 ("Orientamenti e nuovi criteri per la determinazione del danno", Quaderni del CSM, 1990, n. 41, pp. 127 e ss.);

5) il grado di invalidità permanente determinato da una lesione all'integrità psico-fisica non si riflette automaticamente, né tanto meno nella stessa misura, sulla riduzione percentuale della capacità

lavorativa specifica e, quindi, di guadagno della stessa (*Cass. 25635/2013*); non vi è alcun automatismo tra il grado percentuale di invalidità permanente e l'esistenza del danno da lucro cessante (*Cass. 16604/2025*). Calando nel caso di specie il principio qui in esame, è irrilevante, ai fini del calcolo, la percentuale di invalidità permanente riconosciuta, dal momento che essa comporta l'incapacità totale di svolgere qualsivoglia attività lavorativa, di talché non va operata alcuna riduzione (neppure del 15%: si rammenti che la percentuale riconosciuta è dell'85) in sede di liquidazione.

Può ora procedersi alla liquidazione del danno patrimoniale, alla luce delle coordinate che precedono. Deve farsi riferimento come detto, al criterio del triplo dell'assegno sociale, in assenza di un ragionevole alternativo parametro di riferimento.

L'età pensionabile è attualmente prevista per gli uomini è 67 anni; l'età in cui un giovane fa ingresso nel mondo del lavoro può, a questi fini, essere individuata a 26 anni; gli anni di attività lavorativa possono dunque ritenersi pari a 41.

Occorre quindi determinare in primo luogo l'importo annuo del reddito che si stima perduto, vale a dire il triplo dell'importo annuo dell'assegno sociale 2026 (€ 538,69 per 13 mensilità, pari ad € 7002,97, il cui triplo è € 21.008,91). Tale importo va moltiplicato per il coefficiente di capitalizzazione, indicato dalle Tabelle di Milano, che si ricava incrociando, nella tabella relativa agli uomini, l'età del danneggiato al momento del presumibile ingresso nel mondo del lavoro (26 anni) ed il numero di anni per cui il reddito si stima perduto (41 anni, come sopra evidenziato), ottenendo un coefficiente di capitalizzazione pari a 48,54.

L'importo finale del risarcimento che deve essere riconosciuto si ottiene dunque moltiplicando il reddito annuo che si stima perduto (€ 21.008,91) per il coefficiente di capitalizzazione di 48,54, ossia la somma di € 1.019.772,49.

Sulla somma così ottenuta sono, poi, dovuti, gli interessi legali dalla pubblicazione della presente sentenza sino al saldo.

8. Le richieste risarcitorie per i danni subiti dai genitori di CP_1 **Parte_1 e** Pt_2

[...]

8.1. I danni non patrimoniali – danno del congiunto vittima di lesioni

Risulta del pari fondata, nei termini che seguono, la richiesta risarcitoria avanzata dagli attori Pt_1

[...] e Parte_2 in proprio.

Il danno subito dai congiunti a causa delle lesioni riportate da un loro familiare per fatto illecito altrui - malgrado la terminologia di uso comune sia in giurisprudenza che in dottrina, dovuta a mere esigenze descrittive - è un danno diretto e non riflesso: esso, infatti, consiste nella diretta conseguenza della lesione patita dal loro parente, che integra una condotta plurioffensiva, con vittime diverse, ma parimenti dirette ed integra un danno non patrimoniale, *iure proprio* del congiunto (cfr. Cass. Civ. n. 7748/2020).

Pertanto, qualora a causa delle lesioni subite da un individuo, da cui derivino gravi postumi invalidanti, consegua lo sconvolgimento nelle abitudini di vita (con apprezzabile mutamento peggiorativo) e/o un danno morale ai prossimi congiunti, ciò costituisce danno non patrimoniale risarcibile.

In tal caso, traducendosi il danno in una sofferenza d'animo ed anche in uno sconvolgimento delle abitudini di vita del soggetto, esso non è accertabile con metodi scientifici e può essere accertato in base ad indizi, presunzioni semplici, a massime di comune esperienza o ricorrendo al fatto notorio che, anche da soli, se del caso, possono essere decisivi ai fini della sua configurabilità, dato che l'esistenza stessa del rapporto, fa presumere la sofferenza del familiare (cfr. Cass. Civ. Ord. n. 4571/2023 e Cass. Civ. n. 1640/2020: *"il danno non patrimoniale consistente nella sofferenza morale patita dal prossimo congiunto di persona lesa dall'altrui illecito, può essere dimostrato ricorrendo alla prova presuntiva, tipicamente integrata dalla gravità di lesioni [...], in uno alla convivenza familiare strettissima propria del rapporto filiale"*).

Nel caso di specie, le gravi lesioni subite dal figlio neonato non possono non aver comportato una gravissima sofferenza psicologica in capo ai suoi genitori e – attese le esigenze di cura e di assistenza di **CP_1** sin dalla nascita – uno stravolgimento della vita degli odierni attori rispetto a quella che avrebbero altrimenti condotto.

Il gravissimo quadro clinico di **CP_1** infatti, attesa la sua incapacità di attendere autonomamente agli atti della vita quotidiana, non può non aver inciso in maniera profonda e drammatica sulla vita dei suoi genitori.

In tale cornice, alla luce della gravità oggettiva del quadro lesivo, il pregiudizio non patrimoniale deve ritenersi provato per presunzioni ai sensi dell'art. 2729 c.c.

Occorre procedere ora alla determinazione del *quantum* risarcibile.

Per quanto concerne la liquidazione del danno, giova rammentare che il danno in esame deve essere liquidato seguendo una tabella basata su di un “sistema a punti”, che preveda, oltre all'adozione del criterio a punto, l'estrazione del valore medio del punto dai precedenti, la modularità e l'elencazione delle circostanze di fatto rilevanti, tra le quali, indefettibilmente, l'età del soggetto leso, l'età del congiunto, il grado di parentela e la convivenza, nonché l'indicazione dei relativi punteggi, con la possibilità di applicare sull'importo finale dei correttivi in ragione della particolarità della situazione (cfr. Cass. Civ. n. 26300/2021).

Ne consegue che a tale scopo costituiscono un utile parametro di riferimento, le tabelle già predisposte dal Tribunale di Roma (2023, ultime disponibili con aggiornamento alla inflazione 2025), che tengono conto degli indici indicati dalla Cassazione (cfr. Cass. Civ. Ord. n. 13540/2023: *“Per rideterminare secondo i principi indicati la liquidazione del danno non patrimoniale spettante ai congiunti del soggetto macroleso, il giudice del rinvio dovrà far riferimento a tabelle che prevedano specificamente idonee modalità di quantificazione del danno, come le tabelle predisposte dal Tribunale di Roma, che fin dal 2019 contengono un quadro dedicato alla liquidazione dei danni cd. riflessi subiti dai congiunti della vittima primaria in caso di lesioni”*).

Esse prevedono un punto-base di € 3533,06, per il danno morale e di € 2.491,65 per il danno dinamico-relazionale (ciò in quanto nel caso di specie risulta sia stata riconosciuta la indennità di accompagnamento: pag. 35 CTU in sede di ATP) per un totale di € 6024,71; si prevedono poi dei criteri per tenere in considerazione: il rapporto di parentela, l'età della vittima primaria e secondaria, il numero di familiari presenti, la percentuale di danno biologico.

I criteri sono i medesimi per entrambi i genitori; la liquidazione è quindi la medesima:

- punti 20 per il rapporto genitoriale;
- punti 10 in base all'età della vittima al momento dell'illecito (neonato);
- punti 7 in base all'età del parente da risarcire (22 anni la Pt_1 Pt_7 al momento del fatto illecito);

per un totale di 37 punti.

Detto punteggio deve essere, poi, moltiplicato per il coefficiente relativo al numero dei soggetti tenuti alla assistenza (2), pari a 0,8, da cui deriva un totale di 29,6.

Moltiplicando l'importo del punto base (€ 6024,71) per 29,6, applicata la percentuale per il danno biologico, ne deriva l'importo di € 151.581,70 (29,6x 6024,71x85%) per ciascuno dei genitori.

La somma in questione, espressa in moneta attuale, deve essere devalutata alla data della condotta colposa (15 marzo 2003) che ha determinato il danno; sull'importo che ne deriva (€ 99.267,65) devono essere calcolati gli interessi legali sulla somma annualmente rivalutata decorrenti dalla data del fatto causativo del danno, fino alla data della presente sentenza, secondo i noti principi espressi da Cass. Sez. Un. n. 1712/1995, ottenendo così la somma di € 200.768,66 per ciascun genitore.

8.2. I danni patrimoniali

Per quanto concerne i danni patrimoniali, essi sono così indicati in atto di citazione:

“si evidenzia come CP_1 sia attualmente ricoverato presso il centro di riabilitazione e residenza sanitaria assistenziale per disabili della [REDACTED], ubicata in Firenze, alla [REDACTED].

Le spese mensili sostenute dai genitori di CP_1 in relazione al ricovero nella RSA predetta sono di sensibile consistenza e non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Appare evidente come tali spese siano pacificamente rimborsabili da parte del giudice ordinario, una volta verificate.

Altresì, i genitori di CP_1 ed in particolare la madre, hanno titolo per richiedere le spese affrontate dalla nascita ad oggi per CP_1 nonché quelle per l'amministrazione di sostegno del figlio, nonché per tutte le spese per incombenze di CP_1 dai 18 anni in poi.

Si elencano le spese disponibili che si allegano al presente atto:

a- fatture e pagamenti effettuati da agosto 2020 a ottobre 2021 alla [REDACTED]: euro 15.499,45 (pagg. 1-52 doc. 13);

b- spese [REDACTED]: euro 412,42 (pagg. 53-67 doc. 13);

c- spese sedute psicoterapia con dott.ssa ^{Per} [REDACTED] euro 402,00 (pagg. 68-75 doc. 13);

d- spese per spese sanitarie varie, fra cui farmacia, trasporti con ambulanze e taxi, farmacie, prestazioni specialistiche, viaggi per tutela CP_1 euro 7.933,98 (pag. 76-193 doc. 13);

e- spese legali causa di consulenza tecnica preventiva Tribunale di Arezzo n. RG. 4036/2017 e mediazione civile: euro 97,60 mediazione; euro 6.122,00 oltre iva e cassa ai CCTTUU per spese vive, oltre spese legali ex D.M. 55/2014 per procedimenti di consulenza tecnica preventiva e per procedimento di mediazione (pagg. 194-201 doc. 13)”; sulle voci sub e) si dirà nel successivo paragrafo.

La documentazione probatoria delle spese, in parte prodotta già con la citazione, è stata poi integrata con la seconda memoria ex art. 183, sesto comma, c.p.c., che contiene documentazione di ulteriori sopravvenuti esborsi.

Gli attori hanno concluso chiedendo il risarcimento dei *“danni patrimoniali, così come quantificati al punto 2) del presente atto (pp. 15-18), maturati sia in capo a CP_1 sia in capo ai genitori, ed oltre quelli che matureranno in futuro in base alla aspettativa di vita di CP_1 in capo alle parti, o in quella maggiore o minore che si riterrà di giustizia”*.

Il Giudice ha chiesto ai CCTTUU di verificare la pertinenza e la congruità delle spese indicate dalle parti attrici.

Ecco il riepilogo degli esborsi economici documentati risultanti dalla CTU:

- Rette [redacted]: € 19.538,22
- Seduta logopedica: € 121,81;
- Valutazioni neuropsicologiche: € 654,00;
- Valutazioni specialistiche: € 270,00;
- Colloqui psicologici (n. 8) di Parte_1 € 408,00
- Prestazioni a fini medico-legali: € 1.577,00.

I Consulenti hanno invece rilevato che gli scontrini per acquisto di farmaci o altri prodotti non riportano il nome del prodotto ovvero si riferiscono a farmaci non direttamente correlati alla situazione neurologica di CP_1 di essi deve dunque essere escluso il rimborso.

Pertanto possono trovare ristoro gli esborsi documentati e correlati al danno subito da CP_1 pari a complessivi € 22.569,03.

Non essendo stata indicata la effettiva imputazione di tali spese, esse possono essere riconosciute in capo a Parte_1 e a Parte_2 in misura della metà ciascuno.

Per quanto concerne le spese future (menzionate solo nelle conclusioni), gli attori non ha fornito né la prova né elementi idonei ad una loro quantificazione, che pertanto non può essere effettuata.

Nella comparsa conclusionale degli attori si fa poi generico riferimento ad ulteriori danni non patrimoniali (perdita/riduzione capacità lavorativa; riduzione orario; rinuncia al lavoro), mai allegati in precedenza e in ogni caso non provati, di talché essi non possono essere riconosciuti.

9. Le spese del procedimento ex art. 696-bis c.p.c. e le spese del procedimento di mediazione

Gli attori hanno altresì chiesto il rimborso delle *“spese legali causa di consulenza tecnica preventiva Tribunale di Arezzo n. RG. 4036/2017 e mediazione civile: euro 97,60 mediazione; euro 6.122,00 oltre iva e cassa ai CCTTUU per spese vive, oltre spese legali ex D.M. 55/2014 per procedimenti di consulenza tecnica preventiva e per procedimento di mediazione”*.

Il peso economico degli esborsi per il compenso dei Consulenti nella fase di ATP (che in quella fase erano stati inevitabilmente posti a carico della parte ricorrente: *Cass. 34540/2024*) deve inevitabilmente essere traslato sulla parte convenuta, soccombente nel presente giudizio di merito; gli attori hanno documentato di aver già provveduto al pagamento, di talché la convenuta deve essere condannata alla restituzione in loro favore dell'importo di € 7.469,20 (come da documentazione in atti, corrispondente all'importo liquidato dal Giudice in sede di ATP: € 6.122,30+IVA 22%).

Per quanto attiene al rapporto tra spese legali del procedimento di ATP e il successivo giudizio di merito, la giurisprudenza di legittimità, anche negli arresti più recenti, ha assunto posizioni non univoche:

- nel senso della natura stragiudiziale delle suddette spese (da considerarsi dunque quale voce di danno emergente, ristorabile previa allegazione e prova) si esprimono *Cass. n. 26573/2018*, *Cass. n. 21975/2019*, *Cass. n. 11468/2021*, *Cass. n. 30854/2023*, *Cass. n. 15640/2024*, *Cass. n. 34540/2024*;
- nel senso della qualificazione delle suddette spese come spese giudiziali da regolarsi all'esito del giudizio di merito secondo gli ordinari criteri di soccombenza, si esprimono *Cass. n. 15672/2005*; *Cass. n. 14268/2017* e, più di recente, *Cass. n. 26478/2024* e *Cass. n. 13154/2025*.

Questo Tribunale aderisce a quest'ultimo orientamento, con la conseguenza che gli onorari dell'avvocato che assiste la parte attrice/ricorrente devono essere liquidati nella fase di merito anche in relazione alla precedente fase di ATP, da considerarsi quale fase giurisdizionale a tutti gli effetti, senza che sia necessaria la prova di un esborso già avvenuto.

Le spese legali devono pertanto essere poste a carico di parte convenuta, siccome soccombente nel presente giudizio di merito, e sono liquidate come da dispositivo, in misura pari ai medi tabellari previsti, in relazione ai procedimenti di istruzione preventiva, in base allo scaglione per valore di riferimento (che, per quanto concerne le fase di ATP, era indeterminabile, come peraltro indicato nello stesso ricorso; risulta congruo applicare lo scaglione per le cause di valore indeterminabile-complessità alta). È del pari dovuto il rimborso delle spese vive per la iscrizione a ruolo del procedimento di ATP.

Diversamente è a dirsi per le spese legali della mediazione, che non possono essere considerate spese giudiziali e per le quali – pur in difetto di domanda – è comunque necessaria la prova dell'esborso (*Cass. 5389/2024*), prova che difetta nel caso in esame.

Deve invece senz'altro essere riconosciuto il rimborso delle spese vive di mediazione, pari ad € 97,00, siccome documentato.

10. Conclusioni e spese di lite del presente giudizio

Le domande risarcitorie formulate dagli attori in via principale devono in conclusione essere accolte per quanto di ragione. A ciò consegue l'assorbimento della domanda di risarcimento del danno da perdita di *chances*, proposta in via graduata.

Occorre infine procedere alla allocazione e liquidazione delle spese di lite del presente giudizio.

Esse seguono la soccombenza della convenuta e sono regolate sulla base dei parametri medi previsti in relazione allo scaglione per valore di riferimento, sulla base del *decisum* (art. 5 d.m. n. 55/2014), oltre spese generali al 15%, IVA e CPA come per legge, nonché rimborso delle spese vive per la iscrizione a ruolo della causa. Tali spese, complessivamente liquidate, devono essere suddivise tra i tre attori in parti eguali.

Anche le spese di CTU, come liquidate con separato decreto, devono essere poste a carico di parte convenuta, secondo la regola della soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Arezzo, in composizione monocratica, ogni contraria istanza, domanda, eccezione e deduzione disattesa o assorbita, definitivamente pronunciando, così provvede:

- **accerta e dichiara** la responsabilità della parte convenuta nei termini di cui in motivazione e per l'effetto:

- **condanna** l' *Controparte_2* a corrispondere a *CP_1* in persona del suo amministratore di sostegno *Parte_1* la somma di € **1.650.460,85**, oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione della presente sentenza al saldo, a titolo di danno non patrimoniale;

- **condanna** l' *Controparte_2* a corrispondere *CP_1* in persona del suo amministratore di sostegno *Parte_1* la somma di € **1.019.772,49** oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione della presente sentenza al saldo, a titolo di danno patrimoniale;

- **condanna** l' *Controparte_2* a corrispondere a *Parte_1* la somma di € € **200.768,66** oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione della presente sentenza al saldo, a titolo di danno non patrimoniale;

- **condanna** l' *Controparte_2* a corrispondere a *Parte_2* la somma di € **200.768,66** oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione della presente sentenza al saldo, a titolo di danno non patrimoniale;

- **condanna** l' *Controparte_2* a corrispondere a *Parte_1* e *Parte_2* la somma di € **22.569,03** oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione della presente sentenza al saldo, a titolo di danno patrimoniale, nella misura del 50% ciascuno;

- **condanna** l' *Controparte_2* al rimborso nei confronti delle parti attrici delle spese sostenute per i compensi dei consulenti in sede di ATP, pari ad € **7.469,20** nonché a rifondere le spese legali del giudizio di ATP che vengono liquidate in complessivi € **3.827,00**, oltre al 15% per spese generali, IVA e CPA come per legge oltre al rimborso delle spese per la iscrizione a ruolo nonché € **97,00** per la procedura di mediazione, da dividere in misura di un terzo ciascuno tra gli attori;

- **condanna** l' *Controparte_2* a rifondere nei confronti delle parti attrici le spese di lite che vengono liquidate in complessivi € **49.336,00**, oltre al 15% per spese generali, IVA e CPA come per legge e rimborso delle spese per la iscrizione a ruolo della controversia, da dividere in misura di un terzo ciascuno tra gli attori;

- **pone** definitivamente a carico dell' *Controparte_2* le spese di CTU medico-legale, così come liquidate con separato decreto.

Così deciso in Arezzo, il **18 luglio 2026**

Il Giudice
Andrea Turturro