n. R.G. 1203/2024

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI FIRENZE

QUARTA SEZIONE CIVILE

La Corte di Appello di Firenze, quarta sezione civile, in persona dei Magistrati:

dott. Dania Mori Presidente

dott. Maria Teresa Paternostro Consigliere relatore

dott. Paola Caporali Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel procedimento civile di rinvio dalla Cassazione iscritto al n. r.g. **1203/2024** promosso da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1* , con il patrocinio dell'avv. CAPPELLI LUIGI;

Parte_2 (C.F. *C.F._2* , con il patrocinio dell'avv. CAPPELLI LUIGI;

ATTORI IN RIASSUNZIONE

contro

Controparte_1 **(GIÀ** *Controparte_2* **)** (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. ;

Controparte_3 **DI** *Controparte_4* **(GIÀ** *Controparte_5* **)** (C.F. *P.IVA_2*), con il patrocinio dell'avv. ;

CONVENUTI IN RIASSUNZIONE

con ordinanza del 12/16.6.2026, all'esito dell'udienza a trattazione scritta del 19.5.2026 ai sensi dell'art. 127 *ter* c.p.c., la causa veniva trattenuta in decisione sulle seguenti conclusioni:

Per la parte attrice: *"Voglia l'Onorevole Corte di Appello, quale giudice di rinvio, ogni ulteriore istanza ed eccezione disattesa, in accoglimento della domanda originaria, qui riassunta ex art 392 c.p.c. e in conformità ai principi di diritto enunciati dalla Suprema Corte di Cassazione, che ha cassato la sentenza n. 3122/2019, pubblicata il 27.12.2018 RG 1012/2015, emessa da questa medesima Corte D'Appello in diversa composizione; Ritenuta e dichiarata la responsabilità della [...] Controparte_6 (in qualità di successore ex lege della soppressa Pt_3 [...] di CP_2), in persona del Direttore Generale, in relazione alla morte della neonata Persona_1 , condannarla a dare e pagare, in favore degli attori, a titolo di risarcimento del danno, quelle somme che saranno ritenute di giustizia, che potranno essere nuovamente quantificate come segue:* ***1) Risarcimento iure hereditatis****, in favore dei genitori Parte_2 e Parte_1 del danno biologico, tenendo conto del fatto che la neonata è deceduta dopo il parto. 2)* ***Risarcimento, iure proprio****, a titolo di danno morale, sulla base delle tabelle milanesi vigenti all'epoca dei fatti, che liquidavano, per ciascun genitore, una somma compresa tra € 163.080,00 ed € 326.150. Su tale somma, opportunamente rivalutata, dovranno essere applicati gli interessi, dalla data della domanda al saldo. 3)* ***Danno Biologico*** *sofferto dalla Sig.ra Parte_2 in conseguenza della condotta dei sanitari dell'Ospedale di [redacted] nella misura del 10% e quantificato in € 20.321,00 o quella diversa somma, maggiore o minore che sarà ritenuta equa. 4)* ***Rimborso*** *di tutte le spese mediche e funerarie sostenute. Con vittoria di spese, competenze e onorari di tutti i gradi di giudizio";*

Per la parte convenuta (CP_1 : *"Piaccia all'Ecc.ma Corte:* ***in rito*** *dichiarare la nullità dell'atto di citazione in riassunzione in sede di rinvio e conseguentemente dichiarare inammissibile la riassunzione del giudizio;* ***nel merito****, rigettare l'appello principale, siccome inammissibile e/o infondato, con vittoria di spese e di onorari del doppio grado di giudizio;* ***in ipotesi*** *di accoglimento anche parziale dell'appello principale ed in accoglimento dell'appello incidentale condizionato della Cont dichiarare tenuta e condannare l'assicuratrice Controparte_3 , incorporante Controparte_7 , per quanto di ragione -in relazione agli obblighi contrattuali assunti nei confronti dell' Pt_4 di CP_2 con la polizza n. 1207 - a rilevare indenne l' Controparte_6 già Pt_4 di quanto fosse dichiarata tenuta e condannata a pagare ai sigg.ri Parte_1 e Parte_2 anche a titolo di spese e di*

onorari di lite. Con vittoria di spese e di onorari del doppio grado nel rapporto processuale fra Pt_4 *e* Controparte_7 *;*

Per la parte convenuta (Controparte_3 **:** *"Piaccia all'Ill.ma Corte d'Appello adita, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa, per tutte le ragioni in fatto e in diritto indicate negli scritti difensivi nel presente grado di giudizio e negli scritti difensivi dei precedenti gradi del giudizio, contrariis reiectis,* ***1 in via principale*** *rigettare ogni domanda proposta dai sigg.ri* Parte_1 *e* Parte_2 *perché infondata e non provata;* ***2 in subordine****, nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda degli appellanti in riassunzione nei confronti dell'* CP_1 *e di accertamento della responsabilità della stessa* Cont *per i fatti addotti, con condanna di quest'ultima al risarcimento, accertare e liquidare rigorosamente l'entità dei danni subiti che siano stati effettivamente provati e siano causalmente riconducibili all'operato dell'* CP_1 *e dei suoi operatori sanitari, evitando ingiustificate duplicazioni delle poste risarcitorie,* ***3 in ogni caso sempre in via principale****, anche nell'ipotesi di accoglimento della domanda degli appellanti in riassunzione nei confronti dell* CP_1 *, accertare e dichiarare che* Contr *non è tenuta a manlevare l'* CP_1 *di quanto essa fosse eventualmente condannata a pagare a titolo di risarcimento ai Sigg.ri* Parte_1 *e* Parte_2 *anche previo accertamento e declaratoria di inoperatività della garanzia assicurativa di cui alla dedotta Polizza RCT/O* CP_5 *n. 1207 in atti, e pertanto rigettare la domanda di manleva proposta dall'* CP_1 *nei confronti di* Contr *perché infondata in fatto e in diritto e comunque non provata;* ***4 sempre in via gradata****, nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda di manleva nei confronti della Compagnia, accertare e liquidare rigorosamente l'indennizzo spettante all'* CP_1 *nel rispetto di tutti i termini e condizioni di operatività del contratto di assicurazione di cui alla ridetta Polizza RCT/O* CP_5 *n. 1207 in atti, nei limiti dei massimali ivi contemplati. Con vittoria di spese e compensi di tutti i gradi di giudizio".*

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Le vicende di causa

Con citazione del 25 gennaio 2008, Parte_2 e Parte_1 convennero l' Parte_3 di CP_2 dinanzi al Tribunale della stessa città, deducendo che: il 18 dicembre 2004, Parte_2 che era incinta ed era arrivata al termine della gravidanza, si era presentata dolorante all'Ospedale di [redacted], ove era stata ricoverata per sospetta cistopielite e sottoposta a terapia farmacologica; la mattina

del 20 dicembre 2004, poco dopo le ore 5.00, l'ostetrica di turno aveva rilevato la rottura del sacco amnio-coriale, con fuoriuscita di liquido amniotico tinto di verde; chiamato il ginecologo, questi, riscontrata la presenza di meconio nel liquido, aveva disposto l'effettuazione di un taglio cesareo; sopraggiunto l'anestesista e completate le procedure per l'intervento, quest'ultimo era stato eseguito alle ore 7.00, sicché, alle 7.05, la sig.ra Pt_2 aveva dato alla luce una bambina; la neonata, presentatasi ipotonica e con gravi difficoltà respiratorie, era stata intubata e ventilata, ma era purtroppo deceduta alle ore 9.30; in seguito alle successive operazioni autoptiche, era stata accertata la causa del decesso, dovuto ad insufficienza respiratoria acuta da aspirazione massiva di meconio.

Sulla base di queste circostanze di fatto – e deducendo, in diritto, l'inesatto adempimento dei sanitari che avevano operato presso la struttura ospedaliera: avuto riguardo, per un verso, all'omessa attività di vigilanza e monitoraggio delle condizioni fetali nel lasso temporale anteriore al taglio cesareo; e considerata, per altro verso, la ritardata esecuzione di tale intervento – gli attori domandarono la condanna della Cont convenuta al risarcimento di tutti i danni patiti in conseguenza del decesso della loro bambina.

Costituitasi la Cont convenuta e riunito al procedimento relativo alla causa risarcitoria quello concernente la connessa causa di garanzia da essa introdotta nei confronti della Controparte_8 e della Controparte_7 disposta ed espletata CTU medico-legale, il Tribunale di [redacted] rigettò la domanda principale e dichiarò assorbita quella di garanzia.

La sentenza di primo grado, all'esito di un rinnovato accertamento peritale, venne integralmente confermata da questa Corte d'Appello, la quale – in parte rinviando, *per relationem*, alla decisione del Tribunale, in parte aggiungendo ad essa ulteriori rilievi – rigettò l'impugnazione principale proposta dai Parte_5 (dichiarando assorbita quella incidentale condizionata proposta dalla Cont nei confronti di [...] Controparte_9 succeduta a Controparte_7 , sulla base delle seguenti considerazioni: a) la doglianza circa l'erronea applicazione del divieto di *mutatio libelli* da parte del primo giudice, era infondata, giacché la circostanza, accertata dai consulenti tecnici (ed evidenziata dagli attori in primo grado solo in comparsa conclusionale), del malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico (che avrebbe impedito il controllo delle condizioni fetali) non era stata allegata tra i fatti costitutivi

del diritto azionato, i quali, negli atti introduttivi e nelle successive memorie integrative, non avevano «mai riguardato deficienze organizzative della struttura», ma avevano riguardato piuttosto «la condotta del personale medico della struttura stessa»; avuto riguardo alla regola secondo cui le parti «non possono allegare fatti nuovi dopo le memorie ex art. 183 c.p.c.», l'allegazione in questione doveva, pertanto, ritenersi inammissibile e il fatto che ne formava oggetto non poteva «essere considerato né dal c.t.u., né dal giudice ai fini decisori», traducendosi nell'introduzione in giudizio di un nuovo tema di indagine diretto ad alterare l'oggetto sostanziale dell'azione e i termini della controversia, «con una pretesa diversa da quella fatta valere in precedenza»; si trattava, in altre parole, di un'inammissibile *mutatio libelli*, poiché negli atti introduttivi (e sino alla maturazione della ricordata barriera preclusiva, «ultimo "momento processuale" [in cui] sarebbe stato consentito introdurre argomenti e fatti nuovi»), gli attori avevano allegato circostanze tendenti a provare una fattispecie di responsabilità «indiretta» della struttura sanitaria, mentre il fatto tardivamente allegato e ribadito in sede di gravame era posto invece a fondamento di una fattispecie di responsabilità «diretta»; b) del pari infondata era la doglianza diretta a censurare il giudizio circa l'insussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e l'evento della morte della neonata; infatti – premesso che, in conformità al prevalso orientamento giurisprudenziale, la prova del predetto nesso causale spettava ai creditori danneggiati – nella concreta fattispecie questa prova non era stata raggiunta, poiché, nonostante l'espletamento di due consulenze tecniche, «*non* [era] *stato possibile stabilire con certezza il momento preciso in cui vi è*[ra] *stata l'inalazione del meconio*»; precisamente, non era stato possibile «*stabilire se detta inalazione* [fosse] *avvenuta nel periodo di "comporto" previsto dalle linee guida mediche per un taglio cesareo [45 minuti circa dalla decisione (allerta) di effettuare il taglio cesareo] o nel periodo ulteriore [i 35 minuti successivi al tempo accettabile legittimo per eseguire il cesareo, essendo pacifico che il cesareo avvenne dopo oltre un'ora dalla decisione]*»; in mancanza di questo accertamento, restava irrilevante il fatto storico, pur evidenziato dai consulenti tecnici, oltre che allegato dagli attori-appellanti, che il taglio cesareo fosse stato fatto «in ritardo» (oltre, cioè, i 45 minuti dall'allerta per emissione di liquido amniotico), non potendo essere stabilita la rilevanza o meno di detto ritardo in ordine alla verificazione dell'evento dannoso; c) infine, i corretti rilievi già svolti dal Tribunale in ordine alla *mutatio libelli* inammissibilmente operata mediante la tardiva allegazione del malfunzionamento

degli strumenti tecnici e delle deficienze organizzative della struttura, dovevano essere ribaditi anche per l'ulteriore omissione emersa «per la prima volta» all'esito della consulenza effettuata in grado d'appello, ovverosia l'omissione consistente nella mancata aspirazione del meconio dalla trachea della neonata, subito dopo la nascita; tale circostanza evidenziava, infatti, al pari della precedente, «*un profilo di responsabilità (anche questo) mai allegato in primo grado dagli appellanti che [avevano] contestato all'Cont fatti "fino al momento del parto" e non oltre*».

Avverso la suddetta decisione, Parte_2 e Parte_1 proponevano ricorso per cassazione, affidato a sei motivi, cui resisteva con controricorso l' […] Controparte_1 (succeduta *ex lege* alla soppressa Parte_3 CP_2), la quale proponeva ricorso incidentale condizionato sorretto da un unico motivo nei confronti di Controparte_9 Quest'ultima, a sua volta, rispondeva con distinti controricorsi sia al ricorso principale che al ricorso incidentale.

La Suprema Corte di Cassazione con l'ordinanza n. 7074 pubblicata il 15 marzo 2024, valutati fondati i motivi dedotti dai ricorrenti Parte_5 alla luce della manifesta illegittimità della sentenza impugnata, accoglieva il ricorso principale, dichiarava inammissibile il ricorso incidentale condizionato proposto dall' CP_1 cassava quindi la sentenza impugnata e rinviava a questa Corte d'appello, in diversa composizione, per un nuovo "*esame del merito della domanda risarcitoria proposta dai sigg.ri Pt_2 e Pt_1 tenendo presenti le circostanze di fatto evidenziate dalle consulenze tecniche espletate e valutando, alla stregua delle risultanze delle indagini peritali, la sussistenza degli elementi costitutivi della dedotta fattispecie di responsabilità dell'azienda sanitaria, con particolare riferimento al nesso causale*" e per provvedere "*se riproposta, sulla domanda di garanzia formulata dalla Cont nei confronti di Controparte_9 nonché, infine, sulle spese del giudizio di legittimità (art.385, terzo comma, cod. proc. civ.)".*

2. Il giudizio di rinvio

Con atto di citazione in riassunzione notificato il 31 maggio 2024, Parte_2 e Parte_1 riassumevano il giudizio dinanzi a questa Corte d'Appello chiedendo che, in accoglimento della domanda originaria e in conformità ai principi di diritto enunciati dalla Suprema Corte di Cassazione, fosse ritenuta e dichiarata la responsabilità della Controparte_6 (in qualità di successore *ex lege* della soppressa Parte_3 di CP_2), in relazione alla morte della neonata

Persona_1, e la stessa fosse condannata a pagare: 1) il risarcimento *iure hereditatis*, in favore dei genitori Parte_2 e Parte_1 del danno biologico sofferto dalla neonata, tenendo conto del fatto che questa era deceduta dopo il parto; 2) il risarcimento, *iure proprio*, a titolo di danno morale, sulla base delle tabelle milanesi vigenti all'epoca dei fatti; 3) il danno biologico sofferto da […] Pt_2 in conseguenza della condotta dei sanitari dell'Ospedale di [redacted] nella misura del 10%; 4) il rimborso di tutte le spese mediche e funerarie sostenute.

Ritualmente radicatosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio l' Pt_6 CP_10 […] la quale eccepiva preliminarmente l'inammissibilità della domanda per nullità dell'atto di citazione in riassunzione e, nel merito, ne chiedeva il rigetto assumendone l'infondatezza ed eccependo la formazione del giudicato in ordine al rigetto del danno biologico dedotto dalla Pt_2 Infine, per l'ipotesi di accoglimento anche parziale della domanda degli attori proponeva appello incidentale condizionato per essere rilevata indenne, in forza degli obblighi assicurativi assunti, da Controparte_3 […] succeduta a Controparte_7

Si costituiva altresì Controparte_3 (quale società incorporante [redacted] Italia S.p.A. nuova denominazione sociale di Controparte_9 già […] Controparte_7 la quale contestava e chiedeva il rigetto sia della domanda degli attori nei confronti dell' Parte_7 che quella di manleva proposta da Pt_6 nei suoi confronti.

Esaurita la trattazione, la causa veniva trattenuta in decisione con ordinanza ex art. 127 ter c.p.c. del 12-15/6/2026 (a seguito di udienza a trattazione scritta del 19/5/2026), sulle conclusioni delle parti, precisate come in epigrafe, e decisa in camera di consiglio all'esito del decorso dei termini ex art. 190 c.p.c. (60+20) stante l'applicazione *ratione temporis* del c.d. vecchio rito.

3. L'eccezione di nullità sollevata da Pt_6 e il perimetro della decisione

L' Parte_7 ha eccepito la nullità dell'atto di citazione in riassunzione, segnalando una triplice violazione dell'art. 394 c.p.c. e, segnatamente, la mancata sottoposizione al giudice del rinvio da parte degli attori in riassunzione di critiche argomentate contro la decisione di primo grado, la modifica della loro posizione processuale essendosi gli stessi posti non già nella posizione di appellanti ma in quella di attori nel giudizio di primo grado nonché la modifica delle conclusioni precisate in

grado di appello non domandandosi più la riforma della sentenza emessa dal Tribunale di [redacted]" bensì direttamente "l'accoglimento della domanda originaria".

Ciò - a detta dell'appellata – renderebbe nullo l'atto di citazione in riassunzione ai sensi dell'art. 156, secondo comma, cpc poiché l'atto stesso mancherebbe "*dei requisiti formali indispensabili per il raggiungimento dello scopo*", con conseguente inammissibilità della riassunzione del giudizio in sede di rinvio.

L'eccezione deve essere disattesa.

Nel procedimento di rinvio davanti al giudice di secondo grado le parti mantengono le stesse posizioni che avevano assunto nel giudizio di appello, e pertanto non sono obbligate a riproporre le impugnazioni principali o incidentali già proposte, essendo il giudice del rinvio comunque tenuto a riesaminarle tutte, anche ove l'originario appellante resti contumace nel detto procedimento di rinvio.

Rileva a tal fine il dettato dell'art. 394 c.p.c. che, ferma restando la possibilità che alla riassunzione possa autonomamente provvedere ognuna delle parti, ribadisce al secondo comma che le parti conservano la stessa posizione processuale che avevano nel procedimento in cui fu pronunciata la sentenza cassata, e ciò in linea con l'effetto che produce la sentenza di cassazione su tutte le pronunce precedentemente emesse, e che riporta le parti quindi nella loro posizione originaria. A ciò si aggiunge il carattere chiuso del procedimento di rinvio, come ribadito dal terzo comma dell'art. 394 c.p.c., che specifica anche che le parti non possono prendere conclusioni diverse da quelle prese nel giudizio nel quale fu pronunciata la sentenza cassata.

Da tali premesse scaturisce il principio per cui, una volta intervenuta la cassazione, e sia disposto un rinvio di tipo prosecutorio in cui occorre dare compimento e pratica applicazione alle statuizioni del giudice di legittimità - come nel caso di specie - la riassunzione anche ad opera di una sola delle parti pone le stesse alla valutazione del giudice di rinvio nella medesima posizione originaria, dovendo decidersi la controversia sulla base delle conclusioni prese nelle precedenti fasi di merito. Ciò comporta, che, fatta salva l'ipotesi che si sia formato un eventuale giudicato interno, il giudice di rinvio, anche nella contumacia di una delle parti, è chiamato a pronunciarsi su tutte le domande o eccezioni di merito a suo tempo proposte, senza che possa correttamente sostenersi che sia necessaria una formale ed espressa riproposizione.

In questa chiave, deve quindi ribadirsi che (cfr. da ultimo Cass. n. 19452/2023), poiché le parti mantengono le stesse posizioni che avevano assunto nel giudizio di appello, e pertanto non sono obbligate a riproporre le impugnazioni principali o incidentali già proposte - essendo il giudice del rinvio comunque tenuto a riesaminarle tutte, anche ove l'originario appellante resti contumace nel detto procedimento di rinvio, - le conclusioni espressamente rassegnate possono al più indurre a ravvisare una incompatibilità con la volontà di riproporre innanzi al giudice di rinvio alcune delle domande o eccezioni già proposte, dovendosi nel silenzio ovvero nella contumacia, ritenere doveroso il riesame delle domande ed eccezioni da parte del giudice di rinvio.

Nel caso di specie, lungi quindi dal dover gli attori in riassunzione riproporre in questa sede i motivi di appello a suo tempo proposti contro la sentenza di primo grado, risulta *per tabulas* che i medesimi hanno formulato le medesime conclusioni di quelle prese nel giudizio di appello, fatta salva la domanda di risarcimento per violazione delle norme sul consenso informato, che non è stata riproposta.

Ne consegue, che questa Corte, in veste di giudice del rinvio, è chiamata ad accertare se sussista o meno la responsabilità dell'Azienda sanitaria convenuta per la morte di *Persona_1* e dovrà stabilire se sia fondata o meno la domanda di risarcimento danni proposta dagli attori, basando tale decisione sulle circostanze di fatto evincibili dalle CTU espletate, valutando in particolare, alla luce delle indicazioni fornite dalla Suprema Corte, se sussista il nesso causale tra la morte della neonata per insufficienza respiratoria da aspirazione massiva di meconio e le riferite omissioni diagnostiche e assistenziali.

In secondo luogo, in caso di accoglimento della domanda risarcitoria, dovrà stabilire se sia o meno fondata la domanda di manleva riproposta dall' *CP_1* nei confronti della compagnia assicuratrice.

4. La pronuncia della Suprema Corte

A fondamento del ricorso in sede di legittimità, i ricorrenti hanno dedotto che, negli atti introduttivi della domanda, essi, in primo luogo, avevano allegato la sussistenza di condotte omissive dei sanitari, i quali, nella fase precedente al parto, non avevano proceduto all'effettuazione dei controlli (in particolare, della cardiografia e del liquido amniotico) finalizzati ad accertare il benessere feto-placentare e a cogliere in anticipo eventuali evenienze critiche, nonché, quindi, a prevenire la situazione di ipossia; in secondo luogo si erano doluti del ritardo con cui era stato effettuato il taglio cesareo,

dal momento che erano trascorsi un'ora e cinquanta minuti tra il momento in cui era stata rilevata la situazione critica e il momento in cui l'intervento era stato eseguito. Hanno osservato che tali allegazioni avevano trovato sostanziale riscontro negli accertamenti peritali eseguiti, in quanto i consulenti tecnici d'ufficio, per un verso, avevano accertato che effettivamente non si erano succeduti con puntualità tutti i necessari controlli pre-parto, ed in particolare – dal pomeriggio del 19 dicembre 2004 (ore 15:23) – quelli cardiotocografici, anche a causa del malfunzionamento dell'apparecchio; per altro verso, avevano valutato eccessivo l'intervallo temporale intercorso tra la rottura della membrana (ore 5,15 del 20.12.2004) e l'induzione del parto mediante il taglio cesareo (ore 7,05 del 20.12.2004). Hanno soggiunto che i consulenti avevano fatto seguire a tali accertamenti la valutazione che i controlli cardiotocografici, ove eseguiti regolarmente, avrebbero consentito di cogliere in anticipo la sofferenza fetale e, conseguentemente, di anticipare l'intervento cesareo per prevenire interamente o almeno in parte i danni successivamente verificatisi, laddove, al contrario, la nascita ritardata (di almeno 35 minuti) aveva dato tempo al feto di effettuare i primi atti respiratori, con conseguente inalazione di meconio; inoltre, i consulenti nominati in secondo grado, oltre a confermare nella sostanza tali giudizi, avevano anche evidenziato la sussistenza di ulteriori omissioni poste in essere dai sanitari nel post-parto, per non avere aspirato il meconio presente nella trachea della neonata subito dopo l'intubazione e prima delle insufflazioni di ossigeno, in conformità alle linee guida in uso.

Hanno quindi lamentato che, nonostante tali eloquenti risultanze delle due consulenze tecniche espletate, la Corte d'appello, sulla falsariga della decisione del Tribunale, avesse rigettato la domanda risarcitoria per aver ritenuto che i fatti emersi all'esito delle indagini peritali (in particolare, il malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico e l'omessa aspirazione del meconio dopo la nascita) non corrispondessero a quelli allegati nella domanda introduttiva, integrando, sul piano sostanziale, un diverso titolo di responsabilità della struttura sanitaria ("diretta" anziché "indiretta") e, sotto il profilo processuale, una inammissibile "*mutatio libelli*", incompatibile con il divieto di *nova* operante dopo la maturazione della barriera preclusiva di cui all'art. 183 cod. proc. civ..

Hanno sottoposto a critica tale giudizio in primo luogo, perché, avuto riguardo alla natura tecnico-scientifica e al carattere composito della prestazione che forma oggetto

dell'obbligazione medica (comprensiva delle attività complementari, precedenti e successive all'intervento), l'individuazione, all'esito delle consulenze tecniche, di profili di inesattezza dell'adempimento diversi da quelli specificamente allegati negli atti introduttivi di parte, ma tuttavia pur sempre rientranti nell'ambito delle dedotte deficienze nell'attività di assistenza *pre* e *post* operatoria, non avrebbe dato luogo ad un mutamento dei fatti costitutivi del diritto azionato e dunque non avrebbe determinato alcun mutamento della domanda; in secondo luogo, perché l'emersione, a seguito degli accertamenti peritali, di circostanze idonee a fondare una responsabilità diretta della struttura sanitaria, non avrebbe escluso la sussistenza di una responsabilità concorrente del personale medico e ostetrico, avuto riguardo, oltre che all'omessa puntuale esecuzione del controlli cardiotocografici prima del parto (dovuta al malfunzionamento dell'apparecchio), anche al grave ritardo nell'esecuzione del taglio cesareo e alla mancata aspirazione del meconio dalla trachea della neonata subito dopo il parto; in terzo luogo, perché la prima omissione (la non puntuale esecuzione dei controlli cardiotocografici), unitamente al ritardo nell'intervento, era stata, in realtà, già denunciata negli atti introduttivi, mentre non era stato possibile allegare la seconda (la mancata aspirazione del meconio dalla trachea) in mancanza di riferimenti nella cartella clinica; in quarto luogo, perché, pur riconoscendo il carattere "percipiente" della consulenza tecnica disposta ed espletata, il giudice d'appello aveva poi contraddittoriamente omesso di tenere conto delle sue risultanze, indebitamente ritenute non riconducibili al *petitum* e alla *causa petendi* del giudizio di primo grado.

I ricorrenti hanno inoltre denunciato come viziata, sia *sub specie* di violazione di legge che *sub specie* di difetto di motivazione costituzionalmente rilevante, anche la specifica statuizione diretta ad escludere la prova del nesso di causalità tra la condotta dei sanitari e la morte della neonata; statuizione che tradirebbe, tra l'altro, un vero e proprio "travisamento" delle risultanze delle consulenze tecniche d'ufficio espletate. Essi al riguardo hanno assunto l'erroneità e l'illogicità del riferimento alla accertata impossibilità di stabilire con certezza il momento preciso in cui vi era stata l'inalazione del meconio, dovendosi ritenere piuttosto rilevanti, al contrario, le – parimenti accertate – omissioni verificatesi sia prima del parto che dopo di esso, atteso che, in mancanza delle prime, si sarebbe potuto riconoscere tempestivamente l'inizio della sofferenza fetale e si sarebbe potuto utilmente anticipare il taglio cesareo, proprio per evitare l'inalazione del meconio da parte del feto; mentre, in mancanza delle seconde,

si sarebbe potuto aspirare il meconio tracheale, verosimilmente evitando l'evento estremo, invece verificatosi; evidenziano, ancora, l'autonoma rilevanza dello stesso ritardo nell'esecuzione del cesareo, ritenuto eccessivo dai consulenti tecnici e da reputare senz'altro causalmente rilevante alla luce dell'ulteriore affermazione, pure questa risultante dalle CTU, secondo cui l'inalazione del meconio era comunque avvenuta in prossimità della nascita.

Tali censure sono state valutate fondate dalla Suprema Corte, che ha ritenuto "la manifesta illegittimità della sentenza impugnata".

Si è osservato in via di premessa da parte dei giudici di legittimità che "*Non è controverso (e del resto risulta sia dagli atti di parte – ricorso e controricorsi – sia dalla gravata sentenza) che i ricorrenti (originari attori), negli atti introduttivi della domanda avevano allegato la sussistenza di due ordini di condotte inadempienti poste in essere dal personale sanitario della* Cont *citata in giudizio: da un lato, le omissioni verificatesi nella fase antecedente il parto, consistite particolarmente nella mancata regolare effettuazione dei controlli cardiotocografici e della valutazione dello stato del liquido amniotico; dall'altro lato, il ritardo con cui era stato effettuato il taglio cesareo. È altrettanto pacifico che la sussistenza di tali circostanze aveva trovato tendenziale riscontro nelle consulenze tecniche espletate, le quali avevano pure precisato, con riguardo alla prima, che l'omissione sarebbe dipesa dal malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico; e, con riguardo alla seconda, che il ritardo, benché di entità minore di quella allegata dagli attori (un'ora e venti minuti dall'allerta, secondo la consulenza di primo grado; un'ora e quarantacinque minuiti dalla rottura intempestiva delle membrane, secondo la consulenza d'appello), era stato comunque eccessivo. Le indagini peritali espletate nel secondo grado del giudizio di merito avevano poi consentito di accertare una terza circostanza, che, ovviamente, in quanto emersa solo nel corso del giudizio d'appello, non era stata originariamente allegata dagli attori: ovverosia, la circostanza dell'omessa aspirazione del mecomio dalla trachea della neonata, che era morta oltre due ore dopo la nascita. La Corte territoriale ha ritenuto che le circostanze accertate in sede peritale, benché integranti – in thesi – profili di responsabilità per inadempimento della struttura sanitaria, non potessero essere tenute presenti ai fini della delibazione della domanda risarcitoria, in quanto avrebbero dato luogo, sotto il profilo sostanziale, ad un mutamento del titolo di responsabilità della struttura rispetto a quella dedotta dalle parti attrici (responsabilità*

"diretta" anziché "indiretta") e, sotto il profilo processuale, ad un mutamento del titolo della domanda ("mutatio libelli") rispetto a quella originariamente formulata".

Ciò premesso, la Suprema Corte ha affermato che entrambi i giudizi – sostanziale e processuale – formulati dal giudice di appello sono manifestamente erronei *in iure*, oltre che fondati su una motivazione che in alcuni passi si mostra irriducibilmente contraddittoria, in altri apparente e perplessa, comunque dettata dall'indebita violazione di regole generali e di principi affermati da lungo tempo dalla giurisprudenza di legittimità.

Sotto il profilo sostanziale, si è evidenziato, con specifico riferimento alle fattispecie della responsabilità medica non sottoposte al nuovo regime introdotto dalla legge n. 24 del 2017 (la quale non trova applicazione ai fatti verificatisi anteriormente alla sua entrata in vigore: Cass. 08/11/2019, n. 28811; Cass. 11/11/2019, n. 28994), che nell'ipotesi in cui il paziente alleghi di aver subìto danni in conseguenza di una attività svolta dal medico (eventualmente, ma non necessariamente, sulla base di un vincolo di dipendenza con la struttura sanitaria) in esecuzione della prestazione che forma oggetto del rapporto obbligatorio tra quest'ultima e il paziente, tanto la responsabilità della struttura quanto quella del medico vanno qualificate in termini di responsabilità contrattuale (la prima in forza del contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria, la seconda conseguente alla violazione di un obbligo di comportamento fondato sulla buona fede e funzionale a tutelare l'affidamento sorto in capo al paziente in seguito al *contatto sociale* avuto con il medico). Inoltre, per quanto specificamente riguarda la responsabilità della struttura sanitaria (l'unica azionata dai ricorrenti – originari attori – nel presente giudizio, nel quale non sono stati convenuti personalmente i membri del personale sanitario, autori delle allegate condotte inadempienti), la distinzione delle obbligazioni derivanti dal contratto atipico di spedalità tra obbligazioni adempiute personalmente e obbligazioni adempiute per il tramite del personale sanitario assume rilievo classificatorio con riguardo al contenuto della prestazione di volta in volta erogata, ma ad essa non corrisponde un diverso titolo di responsabilità, in quanto l'inadempimento delle prime, al pari di quello delle seconde, si traduce nella violazione della medesima regola contrattuale stipulata tra le parti e consistente nel contratto di spedalità. Lo stesso riferimento all'art. 1228 cod. civ. (quale regola che "aggancia" la responsabilità della struttura, per l'inadempimento delle obbligazioni aventi ad oggetto la prestazione sanitaria in senso stretto, ai fatti

dolosi o colposi del personale sanitario), va inteso, non già nel senso in cui tradizionalmente è stata intesa la fattispecie della responsabilità per il fatto degli ausiliari (quale fattispecie di responsabilità oggettiva per fatto altrui), bensì nel senso di responsabilità per fatto proprio e, dunque, soggettiva e diretta (Cass. 11/11/2019, n. 28987; Cass.20/10/2021, n. 29001).

Da qui, la ritenuta manifesta erroneità del giudizio espresso dal giudice di appello circa il presunto mutamento del titolo di responsabilità fondato sulla pretesa – ma in realtà inesistente – diversità soggettiva della condotta inadempiente rilevata all'esito degli accertamenti peritali rispetto a quella originariamente dedotta dagli attori: "*In primo luogo, l'operata distinzione del malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico (quale inadempimento imputabile "direttamente" alla struttura) dalle omissioni contestate al personale sanitario (di cui la struttura stessa avrebbe potuto rispondere solo "indirettamente") non solo non tiene conto della generale imputabilità delle condotte attive ed omissive del personale sanitario alla struttura che per il suo tramite adempie alle proprie obbligazioni (sicché, sotto tale profilo, deve reputarsi venuta meno la stessa distinzione tra responsabilità "diretta" e responsabilità "indiretta"); ma, soprattutto, trascura di considerare la sostanziale sovrapponibilità tra le circostanze dedotte negli atti conclusionali all'esito delle consulenze tecniche e quelle originariamente allegate dagli attori, in quanto questi ultimi, tra le altre mancanze rimproverate alla convenuta, avevano denunciato proprio quella dell'omessa effettuazione dei controlli (anche) cardiotocografici da parte del personale sanitario nella fase antecedente al parto, pur non precisando (evidentemente perché non ne erano al corrente) la causa di tale specifica omissione, poi riscontrata dai consulenti nel malfunzionamento dell'apposito apparecchio*". *In secondo luogo, va ricordato che i consulenti tecnici, oltre alla predetta circostanza, avevano accertato anche la sussistenza (e l'eccessività) del ritardo nell'esecuzione del taglio cesareo, in tendenziale conformità all'originaria allegazione attorea, nonché l'ulteriore circostanza della omessa aspirazione del mecomio dalla trachea della neonata nella fase successiva al parto. Quest'ultima circostanza, sebbene non conosciuta dagli attori (essendo evidente che essi, se ne avessero avuto notizia, l'avrebbero senz'altro allegata già negli atti introduttivi) rientrava – stando alla classificazione operata dal giudice d'appello tra prestazioni "dirette" e prestazioni "indirette" – nell'ambito delle mancanze direttamente ascrivibili al personale sanitario, integrando un'ipotesi di responsabilità "indiretta" della struttura. Tale circostanza*

avrebbe dovuto essere presa in considerazione dalla Corte territoriale, avuto riguardo alla stessa (erronea) premessa posta a fondamento della sua decisione, secondo la quale gli attori si erano limitati a dedurre la responsabilità "indiretta" della Cont convenuta. Da tale (erronea) premessa, infatti, doveva trarsi l'implicazione che, mentre non sarebbe stato possibile conoscere delle deficienze organizzative della struttura, sarebbe stato invece consentito (ed anzi doveroso, stante la debita allegazione attorea) prendere in considerazione le omissioni poste in essere dal personale sanitario. Contraddicendo in modo irriducibile la sua stessa (erronea) premessa – ed incorrendo, quindi, oltre che nel vizio di macroscopica violazione di legge, anche in quello del difetto di motivazione costituzionalmente rilevante – la sentenza impugnata ha invece reputato che fosse precluso anche l'esame di questa specifica condotta omissiva, sul rilievo che si trattasse di un profilo di responsabilità «mai allegato» in primo grado dagli appellanti".

Sotto il profilo processuale, la Suprema Corte ha ritenuto che il giudizio espresso nella sentenza di appello si esponesse ad analoghi rilievi di illegittimità laddove si era ritenuto che i fatti emersi all'esito delle indagini peritali dedotti dagli attori-appellanti negli atti conclusionali del primo e del secondo grado (in particolare, il malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico e l'omessa aspirazione del meconio dopo la nascita) avrebbero integrato un mutamento del titolo della domanda, incompatibile con il divieto di *nova* operante dopo la maturazione della barriera preclusiva di cui all'art. 183 cod. proc. civ.

In proposito si è rilevato da parte dei giudici di legittimità: "*Tale giudizio, infatti, non tiene conto dei limiti dell'onere processuale di allegazione, il quale, in via generale e particolarmente in relazione alle azioni di responsabilità per inadempimento delle obbligazioni professionali, deve essere circoscritto ai fatti conosciuti e conoscibili dalla parte, in ragione delle informazioni ad essa accessibili ed alle cognizioni tecnico-scientifiche esigibili. Con precipuo riferimento alle fattispecie di responsabilità sanitaria, pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore, essendo sufficiente la contestazione dell'aspetto colposo dell'attività medica secondo quelle che si ritengono essere, in un dato momento storico, le cognizioni ordinarie in*

ordine all'attuale stato dei profili di responsabilità del sanitario (Cass. 19/05/2004, n. 9471; v. anche Cass.26/07/2012, n. 13269). Pertanto, nelle fattispecie in cui – come in quella in esame – venga domandato in giudizio il risarcimento del danno derivato dalla morte di un neonato provocata da condotte colpose asseritamente poste in essere dai sanitari prima e durante il parto, non costituisce inammissibile mutamento della domanda la circostanza che l'attore, dopo avere allegato nell'atto introduttivo che l'errore del sanitario sia consistito nell'omessa esecuzione dei controlli pre-parto (nella specie, in particolare, del controllo cardiotocografico e di quello dello stato del liquido amniotico) e nella ritardata esecuzione del taglio cesareo, nel concludere, oltre a precisare le cause della prima omissione in conformità agli esiti degli accertamenti peritali (nella specie, con riguardo al malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico), si limiti ad allegare l'ulteriore omissione (pure questa appresa in seguito alla consulenza tecnica espletata e di cui per l'innanzi non aveva alcuna notizia), consistente nell'asserita violazione delle linee guida in ordine alla condotta da tenere nell'immediata fase post-parto (nella specie, con riguardo all'omessa aspirazione tracheale in relazione ad una nascita con inalazione di mecomio). In consimile ipotesi, infatti, il fatto costitutivo del diritto azionato, idoneo ad individuare la causa petendi della domanda e a delimitare l'ambito dell'indagine processuale, resta immodificato nella sua essenzialità materiale, senza che le specificazioni della condotta, inizialmente allegate dall'attore, possano avere portata preclusiva, avuto riguardo alla necessità di circoscrivere l'onere di allegazione tenendo conto delle informazioni accessibili e delle cognizioni tecnico-scientifiche esigibili da parte del danneggiato".

Da qui la conclusione secondo cui "*deve escludersi che nella fattispecie in esame fossero configurabili – nei rapporti tra le originarie allegazioni degli attori e quelle contenute negli atti conclusionali di primo e secondo grado (basate sulle risultanze delle consulenze tecniche espletate) – sia (sotto il profilo sostanziale) il ritenuto mutamento del titolo di responsabilità, sia (sotto il profilo processuale) la ritenuta "mutatio libelli", atteso che le successive allegazioni, lasciando immodificato, nella sua identità sostanziale, il fatto costitutivo della dedotta responsabilità dell' […] Parte_7 , non avevano in alcun modo alterato l'oggetto dell'azione o la struttura del contraddittorio, né avevano surrettiziamente introdotto in giudizio una pretesa diversa da quella fatta valere in precedenza*".

Conseguentemente, si è ritenuta "*manifestamente illegittima la decisione del giudice del merito, il quale, sulla scorta di tali erronei giudizi, ha omesso di prendere in considerazione, ai fini della delibazione della domanda risarcitoria, gli specifici fatti di inadempimento evidenziati attraverso le indagini tecniche espletate ed astrattamente idonei a provocare l'evento dannoso verificatosi, consistenti nel malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico, nella ritardata esecuzione del taglio cesareo e nell'omessa aspirazione del mecomio dalla trachea della neonata, subito dopo la nascita*".

Del pari illegittima è stata valutata la specifica statuizione diretta ad escludere la prova del nesso causale tra la condotta dei sanitari e l'evento dannoso della morte della neonata. Sul punto, la Suprema Corte ha osservato: "*Non è controverso tra le parti che i consulenti tecnici d'ufficio, dopo avere accertato l'omessa puntuale successione dei controlli cardiotocografici a far tempo dal pomeriggio del 19 dicembre 2004 (a causa del malfunzionamento dell'apparecchio) – e dopo aver valutato eccessivo l'intervallo temporale intercorso tra l'accertamento della situazione critica e l'effettuazione del taglio cesareo –, avevano formulato la valutazione che la puntualità dei controlli avrebbe consentito di cogliere in anticipo la sofferenza fetale, permettendo, con ragionevole probabilità, di anticipare l'intervento cesareo ed evitare, almeno in parte, i danni successivamente verificatisi, laddove, al contrario, il ritardo nell'esecuzione dell'intervento aveva esposto il feto all'inalazione di mecomio; tale inalazione, inoltre, era verosimilmente avvenuta proprio in prossimità del parto e ad essa non si era rimediato nell'immediatezza (come, secondo i consulenti nominati in grado d'appello, sarebbe stato previsto dalle linee guida) attraverso l'aspirazione tracheale, che avrebbe dovuto precedere l'insufflazione di ossigeno. La sentenza impugnata, diversamente da quanto ritenuto dai ricorrenti, non ha "travisato" le risultanze delle indagini peritali, dando, anzi, espressamente atto che i profili di inadempimento evidenziati dalla consulenza tecnica, erano astrattamente idonei «a provocare il danno lamentato» (p.5 della sentenza). Nondimeno, sulla base della (erronea) premessa per cui tali risultanze, in quanto fondate su circostanze di fatto diverse da quelle allegate dai danneggiati, avrebbero comportato un inammissibile mutamento sia del titolo di responsabilità originariamente dedotto, sia di quello della domanda originariamente formulata, ha dato astrattamente rilievo, ai fini del nesso causale, esclusivamente alla ritardata effettuazione del taglio cesareo, reputandola, peraltro, ininfluente in concreto, in ragione dell'accertata impossibilità di stabilire il*

preciso momento in cui era avvenuta l'inalazione del mecomio da parte del feto. La statuizione, come si è detto, poggiando su un premessa erronea, è viziata sia da violazione di legge che da difetto motivazionale, posto che, alla luce delle circostanze accertate in sede di indagine peritale – non comportanti, per quanto si è ampiamente osservato, né un mutamento della pretesa sostanziale, né l'introduzione di nuovi temi di indagine processuale, in spregio alle esigenze del contraddittorio –, il giudizio sulla sussistenza del nesso causale avrebbe dovuto presupporre, non già che fosse accertato il momento preciso dell'inalazione del mecomio da parte del feto, bensì che fosse piuttosto accertata, da un lato, l'incidenza delle omissioni pre-parto sulla intempestiva verifica delle condizioni di sofferenza del feto e, quindi, prima ancora che sulla ritardata esecuzione del cesareo, sulla stessa ritardata decisione di effettuarlo; dall'altro lato, l'incidenza, sull'evento morte, dell'omessa esecuzione, nell'immediatezza del parto, della manovra di aspirazione del mecomio della trachea, ove effettivamente indicata, nelle linee guida, come manovra da compiersi prima dell'insufflazione dell'ossigeno".

5. Le condotte di inadempimento ascrivibili all' *[...]*

Parte_8 , occorre evidenziare che la Suprema Corte ha escluso che il malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico e l'omessa aspirazione del meconio dalla trachea della neonata, subito dopo la nascita, costituiscano circostanze idonee ad immutare il *thema decidendum* e a violare il divieto di *nova* operante dopo la maturazione della barriera preclusiva di cui all'art. 183 cod. proc. civ. e ciò in quanto la deduzione di profili di colpa diversi e ulteriori rispetto a quelli originariamente allegati, fondati su circostanze emerse all'esito della consulenza tecnica d'ufficio, non integra domanda nuova, poiché non determina alcun mutamento della *causa petendi* e dell'ambito dell'indagine processuale, non potendo attribuirsi portata preclusiva, in tal senso, alle specificazioni della condotta inizialmente operate dall'attore, il cui onere di allegazione dev'essere rapportato alle informazioni accessibili e alle cognizioni tecnico-scientifiche da lui esigibili, senza imporgli di enucleare specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conoscibili soltanto dagli esperti del settore.

Ciò detto, sono da reputare inammissibili le argomentazioni difensive delle convenute, che nel ribadire il carattere innovativo di tali circostanze e la tardività delle relative allegazioni, appaiono volte a rimettere in discussione il decisum dei giudici di

legittimità, che ha, per contro, portata vincolante e costituisce la imprescindibile premessa della nuova indagine devoluta a questo giudice del rinvio, che, ai fini della delibazione della domanda risarcitoria, dovrà prendere in considerazione gli specifici fatti di inadempimento evidenziati attraverso le indagini tecniche espletate ed astrattamente idonei a provocare l'evento dannoso verificatosi, consistenti nel malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico, nella ritardata esecuzione del taglio cesareo e nell'omessa aspirazione del meconio dalla trachea della neonata, subito dopo la nascita.

In proposito, giova chiarire che il giudizio di rinvio costituisce un procedimento chiuso, preordinato all'emanazione di una nuova pronuncia in sostituzione di quella cassata, nel quale non soltanto è inibito alle parti ampliare il *thema decidendum* mediante la formulazione di domande ed eccezioni nuove, ma operano altresì le preclusioni derivanti dalla sentenza rescindente, non essendo consentito rimettere in discussione questioni già definite o comunque introdurre questioni il cui esame si risolverebbe nel porre nel nulla o limitare gli effetti vincolanti della pronuncia di cassazione (cfr. Cass. n. 4075 del 17/2/2025; Cass. n. 24357 del 10/08/2023). Infatti, il giudizio di rinvio non costituisce la rinnovazione o la prosecuzione del giudizio di merito, ma costituisce la fase rescissoria rispetto a quella rescindente del giudizio di cassazione, sicché in quella fase non possono formare oggetto di discussione tutte le questioni che costituiscono presupposti, esplicitamente o implicitamente, decisi nella pronuncia della Corte di cassazione (Cass. S.U. n. 28544/2008).

Il *thema decidendum* del presente giudizio resta, pertanto, delimitato dalle questioni rimesse a questa Corte dall'ordinanza di rinvio e dalle statuizioni, anche costituenti il necessario presupposto logico-giuridico della decisione rescindente, che non possono essere nuovamente poste in discussione.

5.1. Il malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico

Dalla perizia espletata in sede penale risulta che il 19 dicembre 2004 furono eseguiti sulla *Pt_2* - trentanovenne, primigravida, alla 41^ settimana di gravidanza + 5 giorni, e ricoverata dal 18.12.2004 ore 15,24 per "dolenzia sovrapubica, disuria, saltuari brividi" e "da circa un'ora, dolore al fianco sinistro irradiato all'inguine", con diagnosi di sospetta colica renale - tracciati cardiotocografici dalle ore 9,00 alle ore 9:05; dalle ore 9,49 alle ore 10:40; dalle ore 14:53 alle ore 15:20 (cfr. pag. 77 della relazione in atti).

Dalla medesima relazione emerge che i successivi esami cardiotocografici avvennero alle ore 5:19 del 20.12.2004 e alle ore 5:30 del 20.12.2004. I periti incaricati riferiscono che entrambe le registrazioni non erano "interpretabili" a causa della loro "pessima qualità tecnica".

Da tali risultanze si evince che furono eseguite valide valutazioni cardiotocografiche fino al primo pomeriggio del 19.12.2004 [cfr. pag. 38 della relazione di CTU Persona_2 *"Quelle successive sono tecnicamente insufficienti ad una valutazione, senza che si possa stabilire se dipenda da un difetto delle apparecchiature o da inefficienza degli operatori; questa seconda ipotesi è da stimare improbabile, data la dimostrata esecuzione di cardiotocogrammi ben leggibili fino al 19.12.2004 e considerato per contro il comportamento dei medici la mattina del 20.12.2004 (controllo del battito cardiaco fetale con esame doppler) e quanto detto al riguardo nella comparsa di parte convenuta: fu avanzato il "sospetto di un malfunzionamento dell'apparecchio (…)"*].

È la stessa Pt_6 quindi a porre l'ipotesi di un malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico, che appare senz'altro la più probabile alla luce delle ragionevoli considerazioni espresse dai CCTTUU.

Tale circostanza, tuttavia - come osservato dalla Suprema Corte – oltre a non rilevare sul piano processuale non determina una diversità soggettiva della condotta inadempiente rilevata all'esito degli accertamenti peritali rispetto a quella originariamente dedotta dagli attori, trattandosi pur sempre di condotta imputabile all' Pt_6 che non solo è chiamata a rispondere delle condotte del proprio operato ai sensi dell'art. 1228 c.c. ma risulta essere altresì la diretta destinataria della denunciata omessa effettuazione dei controlli (anche) cardiotocografici da parte del personale sanitario nella fase antecedente al parto.

Gli eventi successivi indicano che alle ore 5,15 del 20.12.2004 avveniva la rottura spontanea delle membrane con abbondante liquido tinto di verde, senza dilatazione dell'orifizio.

Alle ore 6,10 veniva evidenziato "reperto ostetrico invariato eccetto per abbondante fuoriuscita di liquido tinto di verde. Si procede per il taglio cesareo".

Alle ore 6:15 l'attività cardiaca fetale veniva valutata mediante esame Doppler e veniva definita "*presente e regolare*".

Il taglio cesareo, definito d'urgenza e motivato dal liquido tinto di meconio, veniva iniziato alle 7:00 (con estrazione del feto alle 7:05) e concluso alle ore 7:40.

Alla nascita, il feto si presentava pallido ed ipotonico, segno di grave sofferenza ipossica (cfr. pag. 26 della relazione di CTU Persona_3 .

I consulenti tecnici d'ufficio hanno accertato che effettivamente non si erano succeduti con puntualità tutti i necessari controlli pre-parto, ed in particolare – dal pomeriggio del 19 dicembre 2004 – quelli cardiotocografici, anche a causa del malfunzionamento dell'apparecchio.

Tale conclusione è chiaramente evincibile dalla consulenza espletata in primo grado e nel supplemento di indagine demandato dal Tribunale di [redacted] ai CCTTUU.

Negli elaborati depositati in atti, i consulenti incaricati, dott. Per_4 e dott. Per_5 hanno riferito: "*E' da stimare troppo lungo il tempo (circa 15 ore) trascorso senza controllo cardiotocografico e anche quello (50 minuti) trascorso dal controllo delle 6:15, con cardiotocografo non efficiente e quindi senza poter contare su quel reperto, e il taglio cesareo eseguito alle 7:05, tanto più che l'allerta per l'esecuzione del taglio cesareo fu data alle 5:41 (…). Si deve quindi ammettere che un più pressante, completo ed efficiente controllo nelle ultime ore della gravidanza avrebbe potuto far riconoscere tempestivamente l'inizio di sofferenza fetale e far utilmente anticipare il taglio cesareo, e per contro è da stimare che l' CP_1 convenuta, sotto il profilo organizzativo e sotto quello del comportamento dei suoi dipendenti, non fece tutto quello che era necessario per minimizzare il rischio per il feto (…)*" (cfr. pag. 39 della relazione in atti); evidenziando: "*Effettivamente mancò un controllo cardiotocografico sufficientemente pressante e con tecnica idonea per le ultime fasi della gravidanza: l'ultima cardiotocografia prima della rottura delle membrane fu conclusa il 19.12.2004 alle ore 15:23 e non ne furono ripetute fino al giorno successivo alle 5:19, dopo la rottura delle membrane, inoltre le due ultime cardiotocografie, successive alla rottura delle acque, furono non interpretabili per pessima qualità tecnica*" (cfr. pag. 42 della relazione in atti); aggiungendo, in sede di risposta alle osservazioni del CT di parte convenuta: "*Il ricovero appare scelta prudente e segno del riconoscimento di una necessità di tenere sotto controllo la paziente, il che doveva sollecitare tutto il personale a un attento e frequente controllo. Prudenza avrebbe quindi voluto che venisse eseguito un più pressante controllo ostetrico, con cardiotocografia o quantomeno con auscultazione ripetuta e annotata*

del battito cardiaco fetale; di fatto il comportamento di chi ebbe in cura la paziente appare ispirato a questo criterio prudenziale fino al primo pomeriggio del 19.12.2004, ma non oltre. È da sottolineare che la ritmicità normofrequente del battito all'esame doppler del mattino del 20.12.2004 è di scarso significato, essendo limitata all'arco di una dozzina di battiti e non possedendo tutto il potere informativo di una cardiotocografia" (cfr. pag. 46 della relazione in atti); e, infine, in sede conclusiva: "*Un comportamento pienamente prudente e diligente da parte delle ostetriche di guardia nel pomeriggio del 19 e nella notte tra il 19 e il 20.12.2004, secondo le regole di buona prassi e senza limitarsi al minimo prescritto dalle linee guida, avrebbe richiesto un ripetuto e corretto controllo cardiotocografico per cogliere eventuali elementi di non rassicurazione o addirittura di patologia, che avrebbero potuto essere un segnale di una sofferenza fetale; ciò avrebbe richiesto la disponibilità di un apparecchio ben funzionante, mentre almeno per la mattina del 20/12/2004 vi sono ragionevoli elementi per ritenere che questo non fosse a disposizione, del che avrebbe dovuto farsi carico l'amministrazione aziendale; in alternativa era quantomeno da eseguire un controllo ripetuto e frequente del battito cardiaco fetale con annotazione del reperto*" (cfr. pag. 47-48 della relazione in atti).

Analoghe risultanze si traggono dal supplemento di CTU, nel quale, nel ribadire le conclusioni raggiunte nella precedente indagine, viene attribuita particolare rilevanza "*tra i fattori sfavorevoli per il rischio ostetrico nella fattispecie*" al raggiungimento (ancorché non il completamento) della 42^ settimana, alla mancata modificazione del collo uterino, alla posizione "alta a termine" della testa fetale (cfr. pag. 5 della relazione di supplemento in atti), aggiungendosi che "*per il controllo della gravidanza avanzata i metodi suggeriti dalle linee guida dell'* Controparte_11 *[…]* *indicano la cardiotocografia e la misurazione del liquido amniotico, e la cardiografia è da considerare preminente anche perché l'interpretazione dei risultati della misurazione del liquido amniotico non è ancora ben codificata. Di questo paiono essere stati consapevoli i sanitari che assistettero la signora* Pt_2 *che eseguirono cardiotocografie ripetute e valide fino al primo pomeriggio del 19.12.2004, finché cioè per qualche ragione non fu più possibile avere tracciati ben leggibili. Pur non essendoci limiti rigidi alla cadenzatura del cardiotocogramma, è ragionevole proporre per una condizione come quella della signora* Pt_2 *una cadenza non più di rado di ogni tre quattro-ore, per almeno 40 minuti ogni volta, in assenza di eventi nuovi clinici o cardiotocografici*" (cfr. pag. 6 della relazione di supplemento in atti).

Conclusioni, quelle raggiunte dai CCTTUU, supportate da un valido iter logico argomentativo adeguatamente motivato e non scalfite dalle contrarie deduzioni del CT di parte convenuta secondo cui l'intervallo indicato dai consulenti d'ufficio per l'esecuzione di cardiotocogrammi durante il ricovero della Pt_2 non sarebbe stato fondato su fonti bibliografiche, linee guida o simili. In proposito, appare del tutto condivisibile la considerazione dei CCTTUU secondo la quale la decisione sui comportamenti da tenere non può essere affidata solo ad un criterio generale come le linee guida e simili, che non sono esaurienti al di fuori delle condizioni esatte per cui esse siano state predisposte, ma deve tenere necessariamente conto di tutti gli elementi clinici, non favorevoli, a disposizione, dai quali, nel caso di specie, era possibile evincere che non si era semplicemente di fronte ad una gravidanza protratta senza travaglio ma ad una situazione ostetrica "*con plurimi motivi che rendevano la paziente meritevole di grande attenzione. Come già detto, non solo era stata raggiunta (ancorché non completata) la 42^ settimana, ma inoltre non si era verificata alcuna modificazione del collo uterino e la testa fetale era in posizione 'alta a termine'. Gli stessi sanitari che avevano in cura la paziente, fino alle 15:23 del 19.12.2004 e a partire dalle 16:15 del giorno precedente avevano eseguito ripetuti controlli cardiotocografici (sette, per la precisione) dimostrando di non ritenere sufficiente un solo controllo al giorno*" (cfr. pag. 12 della relazione di supplemento in atti).

Né si traggono indicazioni contrastanti dalla CTU espletata nel corso del giudizio di appello. Invero, sebbene in essa i consulenti abbiano concluso che non era necessario sottoporre la Pt_2 ad un monitoraggio continuo (cfr. pag. 30 della relazione di CTU Persona_3 , gli stessi hanno tuttavia affermato che il liquido amniotico meconiale, soprattutto se denso, come in questo caso, è un segnale di allarme per possibile sofferenza fetale e hanno replicato alle osservazioni del CT di Pt_6 - secondo cui il personale sanitario avrebbe proceduto diligentemente e prudentemente alla monitorizzazione del battito cardiaco fetale mediante 2 registrazioni rilevandosi, attraverso apparecchiatura eco doppler (alle ore 06.15) una frequenza cardiaca normale che è tale da escludere una sofferenza fetale in atto – che un evento ischemico ipossico poteva benissimo non essere rilevato dall'ecodoppler presente in atti della durata peraltro di pochi secondi, laddove sarebbe invece occorso un tracciato continuo, ben diverso quindi da quelli – tra l'altro, non interpretabili, come detto, a causa della loro pessima qualità – eseguiti, dopo la rottura delle membrane, dalle ore

5:19 alle ore 5:30 e dalle ore 5:38 alle ore 5:45 (cfr. pag. 55 della relazione di CTU *Persona_3* .

Ciò per dire che, se anche fosse possibile sostenere che fino alla rottura delle membrane (ore 5:15) non era necessario sopporre ad un continuo monitoraggio la *Pt_2* non vi sono esimenti idonee ad escludere la colpa dell' *Pt_6* per non aver sottoposto la paziente, da tale momento in poi, ad un monitoraggio attento e costante, quale quello richiesto dalla situazione concreta che si era venuta a determinare, rappresentata dalla fuoriuscita di abbondante liquido amniotico meconiale, senza dilatazione dell'orificio al momento della rottura delle membrane.

Quanto all'indagine tecnica svolta in sede penale, i periti, dopo aver premesso che la gravidanza oltre il termine costituisce una condizione di rischio che richiede un intervento ostetrico, hanno affermato che le raccomandazioni della letteratura medico-scientifica pongono sullo stesso piano l'induzione del parto e il monitoraggio fetale, senza tuttavia fornire una convincente spiegazione delle ragioni per le quali abbiano ritenuto esente da censure la condotta tenuta nel caso di specie dai sanitari, che eseguirono registrazioni soltanto fino al 19/12/2004, l'ultima delle quali iniziata alle ore 14:53, lasciando la partoriente priva di monitoraggio per tutto il periodo successivo.

Infine, diversamente da quanto sostenuto da *Contr* nella propria comparsa di costituzione, il richiamo al mancato monitoraggio da parte del personale ostetrico delle condizioni fetali dopo le ore 15:20 del 19.12.2004 - lungi dal comportare la riproposizione di un profilo sul quale si sarebbe formato il giudicato, avendo gli odierni attori espressamente censurato, con il sesto motivo del ricorso per cassazione, anche la declaratoria di inammissibilità del corrispondente motivo di appello, quale passaggio concorrente alla denunciata illogicità e contraddittorietà della motivazione - viene qui in considerazione quale elemento dell'inadempimento della prestazione assistenziale imputabile alla struttura sanitaria. Del resto, la stessa ordinanza di rinvio ha chiarito che le condotte del personale sanitario, ove riguardate quali fatti di adempimento o di inadempimento dell'obbligazione derivante dal contratto di spedalità, sono imputabili direttamente alla struttura sanitaria e non alle persone fisiche che ne sono autrici.

5.2. La ritardata esecuzione del taglio cesareo

Le considerazioni appena svolte valgono ad introdurre il secondo profilo di colpa ascrivibile all' Pt_6 rappresentato dalla ritardata esecuzione del taglio cesareo.

Sotto tale profilo, le CTU svolte in primo ed in secondo grado convergono nel ritenere che i sanitari dell' CP_1 si discostarono dalle buone pratiche suggerite dalla scienza medica.

Al riguardo, i CCTTUU, dott. Per_4 e dott. Per_5 hanno evidenziato che *"l'emissione di meconio nel liquido amniotico, ancorché non dimostri una sicura e grave sofferenza fetale, neppure consente di escluderla in quanto è un reperto compatibile con una tale condizione, che invece sarebbe stata altamente improbabile in caso di emissione di liquido amniotico limpido"* (cfr. pag. 39-40 della relazione di CTU in atti) e che "*Dall'emissione di* CP_12 *in quanto tale non si possono quindi trarre previsioni circa le future condizioni del neonato, ma se ne deve trarre motivo per concludere il parto quanto prima possibile. Questo era stato ben compreso anche da parte dei sanitari che stavano prestando assistenza alla signora* Pt_2 *tanto che avevano allertato il personale per un taglio cesareo (ore 5.41). Sulla base delle indicazioni fornite a livello internazionale e tenendo conto dei limiti organizzativi della maggior parte dei reparti, non solo di quegli italiani, già nel 2004 era considerato accettabile un intervento al massimo di 40-45 minuti dal momento di avvio della procedura per il taglio cesareo alla nascita del feto*" (cfr. pag. 7 del supplemento di CTU); e ancora: "*È da rammentare che in caso di ipossia fetale il periodo terminale dell'attesa prima della nascita è quello più drammatico, perché quanto più si protrae l'ipossia tanto più si esauriscono le possibilità di compenso e si instaurano meccanismi viziosi (centralizzazione del circolo) fino ai danni più gravi. Perciò è importante la tempestività nell'approntamento del taglio cesareo in modo che il tempo complessivo che trascorre dall'avvio della procedura alla nascita rientri nei 40-45 minuti"* (cfr. pag. 8 del supplemento di CTU); e, infine, in risposta alle osservazioni dei CT di parte convenuta: "*Si può aggiungere che una volta constatato che il liquido amniotico era tinto di meconio e che non vi erano i presupposti per un sollecito espletamento di un parto vaginale si sarebbe potuto e dovuto porre subito l'indicazione al taglio cesareo, anche senza aspettare altri venticinque minuti: a maggior ragione quindi era esigibile che il parto cesareo fosse espletato entro 45 minuti dall'allerta*" (cfr. pag. 13 del supplemento di CTU).

Da qui, la conclusione rassegnata in sede di prime indagini: "*Una volta data l'allerta per il parto cesareo (ore 5:41),* ***diligenza avrebbe voluto*** (grassetto dell'estensore) *che il parto cesareo fosse stato effettuato entro 30-45 minuti anziché dopo un'ora e venti minuti (…)"* (cfr. pag. 48-49 della relazione di CTU) e ribadita anche in sede di supplemento di CTU (cfr. pag. 4 del supplemento di CTU), dove si legge, ancora: "*L'emissione di liquido amniotico avrebbe dovuto generare allarme, come lo generò, così da attivare le procedure per il taglio cesareo e pertanto, al momento in cui questo fu deciso alle 6:15 circa, a seguito della visita delle 6:10, essendo stato dato l'allerta alle 5:41 ci si poteva e doveva aspettare che l'organizzazione fosse in grado di garantire il cesareo entro le 6:25-6:30. Insomma, il tempo accettabile sarebbe stato al massimo di 45 minuti dall'allerta (…)"* (cfr. pag. 15 del supplemento di CTU).

Del tutto analoghe risultano essere le considerazioni espresse dal dott. *Per_6* e dal dott. *Per_7* nella consulenza svolta nel corso del giudizio di secondo grado.

I CCTTUU hanno evidenziato che dal momento della rottura delle membrane (ore 5:15) all'inizio del taglio cesareo sono trascorsi un'ora e quarantacinque minuti, osservando: *"E' evidente come in questo caso, rottura intempestiva delle membrane con fuoriuscita di liquido amniotico meconiale in primigravida attempata protratta e fuori travaglio, l'unica strada percorribile fosse un taglio cesareo* ***nel più breve tempo possibile*** *(grassetto dell'estensore). Il liquido amniotico meconiale a purea di piselli è un concreto segnale di allarme per possibile sofferenza fetale, per cui è necessario arrivare all'estrazione rapidamente. Considerando che la Sig.ra era fuori travaglio, con la parte presentata alta, il collo uterino chiuso, l'eventuale travaglio indotto (ammesso un esito favorevole dell'induzione stessa) avrebbe procrastinato il parto di un tempo eccessivamente lungo, aumentando le possibilità di un esito negativo*. *I 105 minuti intercorsi tra l'evento rottura intempestiva delle membrane e il parto sono un tempo eccessivo per un taglio cesareo in una situazione a rischio per il feto, come in questo caso la durata dell'intervallo fra il rilevamento del meconio nel liquido amniotico ed il parto è proporzionale al rischio per la MAS (Hernandez) (…)*. *L' ACOG (American College Obstetricians and Gynecologists, 2007) ha dato indicazione sul tempo massimo che può intercorrere tra la manifestazione del rischio materno e/o fetale e l'incisione della cute: 30 minuti (30 minutes rule). Vedi anche RCOG (Royal and Gynaecology 1995) ed AAP (American Academy of Pediatrics) riportati nella bibliografia allegata* (cfr. pag. 27 della relazione di CTU in atti). E ancora: "*il liquido*

amniotico meconiale, soprattutto se molto denso, è un segnale di allarme per possibile sofferenza fetale e successiva MAS, per cui è necessario arrivare all'estrazione nel più breve tempo possibile, cioè almeno in 30' (…) l' allarme è scattato al momento della rottura intempestiva delle membrane con fuoriuscita di liquido meconiale poltaceo; giusta l'indicazione al taglio cesareo ma il tempo intercorso tra la rottura delle membrane e l'inizio dell'intervento è troppo lungo" (cfr. pag. 31-32 della relazione di CTU in atti).

Se quindi i CCTTUU confermano che non era necessario monitorare la *Pt_2* durante la notte prima della rottura delle membrane, ciò fanno solo perché a loro modo di vedere non si tratta più di monitorare la paziente in quanto *"da quel momento scatta l'urgenza di estrarre rapidamente il feto in quanto il liquido verde, addirittura poltaceo secondo quanto riportato nell'anamnesi pediatrica, è una indicazione ad espletare rapidamente, possibilmente entro 30 minuti, il parto con taglio cesareo, perché presumibilmente era avvenuta una sofferenza fetale e, quindi, per diminuire le probabilità di ulteriore sofferenza e dell' eventuale aspirazione di meconio, che avrebbe a sua volta condizionato la respirazione del neonato dopo la nascita (…)"* (cfr. pag. 35 della relazione di CTU in atti).

5.3. L'omessa aspirazione di meconio dalla trachea della neonata, subito dopo la nascita.

Anche per questo profilo di inadempimento si richiamano le preliminari considerazioni, già svolte a proposito del malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico.

Ed invero, come affermato dalla Suprema Corte, con valutazione vincolante per questo giudice del rinvio, nelle fattispecie – come in quella in esame – in cui venga domandato in giudizio il risarcimento del danno derivato dalla morte di un neonato provocata da condotte colpose asseritamente poste in essere dai sanitari prima e durante il parto, non costituisce inammissibile mutamento della domanda la circostanza che l'attore, dopo avere allegato nell'atto introduttivo che l'errore del sanitario sia consistito nell'omessa esecuzione dei controlli pre-parto (nella specie, in particolare, del controllo cardiotocografico e di quello dello stato del liquido amniotico) e nella ritardata esecuzione del taglio cesareo, nel concludere, oltre a precisare le cause della prima omissione in conformità agli esiti degli accertamenti peritali (nella specie, con riguardo al malfunzionamento dell'apparecchio cardiotocografico), si limiti ad allegare l'ulteriore omissione (pure questa appresa in seguito alla consulenza

tecnica espletata e di cui per l'innanzi non aveva alcuna notizia), consistente nell'asserita violazione delle linee guida in ordine alla condotta da tenere nell'immediata fase post-parto (nella specie, con riguardo all'omessa aspirazione tracheale in relazione ad una nascita con inalazione di mecomio): "*In consimile ipotesi, infatti, il fatto costitutivo del diritto azionato, idoneo ad individuare la causa petendi della domanda e a delimitare l'ambito dell'indagine processuale, resta immodificato nella sua essenzialità materiale, senza che le specificazioni della condotta, inizialmente allegate dall'attore, possano avere portata preclusiva, avuto riguardo alla necessità di circoscrivere l'onere di allegazione tenendo conto delle informazioni accessibili e delle cognizioni tecnico- scientifiche esigibili da parte del danneggiato*".

Ne deriva, che deve ritenersi l'inammissibilità di tutte le argomentazioni proposte dalle parti convenute in contrasto con quanto statuito dalla Suprema Corte, non potendo in questa sede aver luogo alcuna confutazione della correttezza dei principi espressi dalla Cassazione nell'ordinanza di rinvio.

Venendo al comportamento inadempiente denunciato, si osserva quanto segue.

I CCTTUU, dott. *Per_6* e dott. *Per_7* hanno premesso che le linee guida in uso al momento dell'evento e successivamente ad esso (AHA/AAP 1992, *[...] Controparte_13*, Niermeyer International Guidelines for Neonatal Resuscitation 2000, AHA/AAP 2006, ACOG 2017, *Per_8*, *Per_9* *Per_10* b, *Per_1* *Pe*, *Per_13* affermano che nel caso in cui sia presente liquido tinto ed il neonato abbia una respirazione assente o depressa, ipotonia e/o battito cardiaco < 100 bpm (battiti per minuto), nei primi secondi dopo la nascita, debba essere eseguita una aspirazione diretta endotracheale, il prima possibile, per rimuovere il meconio dalle vie aeree e minimizzare la quantità di meconio aspirata (cfr. pag. 23 della relazione di CTU in atti).

Ciò premesso, il collegio peritale ha evidenziato come non vi fosse descrizione negli atti medici di un'aspirazione del meconio tracheale dopo l'intubazione "*manovra di facile esecuzione che è suggerita da importanti linee guida note all'epoca ed anche da successive*", soggiungendo in proposito: "*E' intuitivo che il materiale presente in trachea, se non aspirato, è spinto anch'esso con forza nelle vie aeree, con l'applicazione manuale di un ambu o dalla spinta meccanica di un ventilatore*" (cfr. pag. 29 della relazione di CTU in atti) e concludendo: "*Da un punto di vista*

neonatologico, la mancata aspirazione dal tubo endotracheale, subito dopo la sua introduzione, del massimo quantitativo possibile di meconio denso, è un contravvenire alle Linee Guida vigenti al momento dei fatti e successivamente" (cfr. pag. 33 della relazione di CTU in atti).

Sul punto, sono state inoltre efficacemente disattese dai CCTTUU le osservazioni critiche formulate dai CCTT di parte *Pt_6* e di parte *Controparte_4* – secondo le quali in cartella clinica era riportato "Aspirata più volte" e "la bambina è stata aspirata per tutto il tempo passato nell'isola" rilevandosi da parte dei consulenti tecnici d'ufficio come in cartella clinica non fosse mai stata riportata "l'effettuazione – appunto – di un'intubazione immediata per aspirare il meconio tracheale prima di ventilare" e come anzi dalle annotazioni risultanti si evinceva che i sanitari avessero aspirato le prime vie aeree (bocca e faringe), aspettando 40 secondi prima di iniziare la rianimazione e che all'intubazione era seguita immediatamente l'insufflazione di ossigeno: "*Non viene scritto, in cartella, che la neonata è aspirata in trachea ed il fatto, poi, che si specifichi 'la bambina è stata aspirata per tutto il tempo passato nell' isola' con elevata verosimiglianza significa che l'aspirazione è stata effettuata sempre relativamente alle prime vie aeree e non in trachea, altrimenti ciò avrebbe obbligato ad interrompere la ventilazione con ambu o meccanica durante le aspirazioni eseguite "per tutto il tempo passato nell' isola", per inserire il sondino d'aspirazione nel tubo tracheale. Queste interruzioni, fra l'altro, avrebbero reso molto meno efficace il tentativo di rianimazione in una situazione così drammatica, interrompendo continuamente il flusso di ossigeno ai polmoni. Né si accenna ad alcun eventuale modo per ovviare a queste difficoltà*" (cfr. pag. 48 della relazione di CTU in atti).

Quanto all'ulteriore considerazione del CT di parte [redacted], secondo la quale "*dopo alcuni secondi di ventilazione con ambu e 02 al 100% la bimba ha cominciato a presentare transitorio recupero della funzione cardiovascolare e respiratoria, colorito lievemente migliorato…., se la supposizione fatta dai CCTTUU secondo cui non essendo stata aspirata prima della ventilazione il meconio è stato spinto nelle vie aeree non avremmo avuto un miglioramento delle condizioni neonatali a fronte dell'intubazione e ventilazione*", i CCTTUU hanno convincentemente spiegato che la mancata aspirazione non rispettava le indicazioni delle linee guida di allora e che il miglioramento della condizione cardiovascolare e respiratoria della neonata (descritto in cartella e richiamato dalla CTP di parte convenuta *Cont* avrebbe potuto essere

anche più accentuato, laddove invece l'omessa esecuzione della manovra poteva aver peggiorato la situazione clinica di Per_1 (cfr. pag. 49 della relazione di CTU in atti).

Infine, i CCTTUU hanno sconfessato con valide argomentazioni quanto il CT di parte Pt_6 aveva argomentato citando una linea guida dell'American Heart Association (AHA) del Novembre 2015, che non riteneva opportuno suggerire l'aspirazione tracheale prima di iniziare la ventilazione seppure in neonati depressi, con inefficace respirazione e/o battito cardiaco inferiore a 100 battiti per minuto, per insufficienti evidenze per continuare a raccomandarla, dandosi maggior peso all'evitare un possibile danno rispetto a non noti benefici dell'intubazione ed aspirazione. Sul punto, i consulenti incaricati dall'ufficio hanno evidenziato: 1) che le linee guida citate erano successive di 11 anni rispetto all'epoca dei fatti; 2) che nel caso di liquido amniotico densamente contaminato da meconio – come nel caso della piccola Per_1 - oltre agli altri tre meccanismi di danno esercitati da esso nei polmoni, si aggiunge con maggiore potenzialità dannosa la possibilità di ostruzione delle vie aeree; 3) che le linee guida citate non erano state sottoscritte dall' Controparte_14 che rappresenta la massima Associazione dei Pediatri Americani e che aveva invece sottoscritto insieme alla AHA le linee guida precedenti e successive ai fatti; inoltre, le linee guida citate dal CT di parte risultavano contraddette dalle posteriori raccomandazioni dell' Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Americani (ACOG) del 2017, che ancora avvallavano l'aspirazione immediata e preventiva del materiale meconiale in trachea, secondo quanto suggerito anche dalla più accreditata letteratura di neonatologia (Nelson Textbook of Pediatrics, pag. 846, edizione inglese del 2016, successivo alla pubblicazione delle Linee Guida presentate dal CT); 4) che il rischio di un possibile ritardo nell'iniziare la rianimazione perdeva di significato nel caso di specie dal momento che un ritardo era stato osservato anche dai rianimatori di Per_1 (40 secondi) ed in quel periodo di tempo un rianimatore sarebbe riuscito ad intubare e aspirare il possibile dalla trachea; inoltre, il timore di possibili danni da intubazione erano remoti in presenza di una situazione ospedaliera in cui i responsabili erano solo medici di ruolo; 5) che non sarebbe una pratica corretta quella di insufflare aria senza prima aspirare, salvo poi, vedendo che il neonato non risponde alla rianimazione perché le vie aeree sono ostruite, intubarlo ed aspirarlo dopo aver spinto l'eventuale materiale presente in trachea più a valle ed oramai irraggiungibile da un'aspirazione in emergenza (cfr. pag. 50 - 51 della relazione di CTU in atti).

6. Il nesso causale tra l'inadempimento e l'evento dannoso

Deve ora stabilirsi se le condotte di inadempimento evidenziate abbiano avuto incidenza causale sulla morte della neonata, che si verificò alle 9:30 del 20.12.2004 per insufficienza respiratoria da aspirazione massiva di meconio.

La Suprema Corte, censurando sul punto la sentenza di appello, ha indicato che il giudizio relativo alla sussistenza del nesso causale avrebbe dovuto presupporre non già che fosse accertato il momento preciso dell'inalazione del meconio da parte del feto, bensì che fosse piuttosto accertata, da un lato, l'incidenza delle omissioni pre-parto sulla intempestiva verifica delle condizioni di sofferenza del feto e, quindi, prima ancora che sulla ritardata esecuzione del cesareo, sulla stessa ritardata decisione di effettuarlo; dall'altro lato, l'incidenza, sull'evento morte, dell'omessa esecuzione, nell'immediatezza del parto, della manovra di aspirazione del meconio della trachea, ove effettivamente indicata, nelle linee guida, come manovra da compiersi prima dell'insufflazione dell'ossigeno.

Ne deriva che, ai fini dell'accertamento del nesso causale non assume carattere decisivo l'impossibilità di collocare in un momento esattamente determinato l'aspirazione del meconio. Tale circostanza non costituisce, alla luce delle indicazioni vincolanti impartite dalla Suprema Corte, il fatto sul quale deve incentrarsi il giudizio controfattuale. Ciò che occorre verificare è, piuttosto, se, ipotizzando tenute le condotte doverose omesse, l'evento letale, secondo il criterio del più probabile che non, sarebbe stato evitato.

A giudizio di questa Corte, la risposta a tale interrogativo è affermativa.

La verifica deve essere condotta considerando unitariamente la sequenza degli eventi e delle omissioni accertate.

I consulenti tecnici d'ufficio hanno evidenziato che un completo ed efficiente monitoraggio delle condizioni fetali avrebbe consentito di cogliere più precocemente i segni di sofferenza fetale (cfr. pag. 49 della CTU Persona_2 *E' da stimare che la mancata esecuzione di controlli cardiotocografici e auscultatori dopo le 15:30 del 19.12.2004 abbia privato della possibilità di cogliere tempestivamente elementi di non rassicurazione o addirittura di patologia che potevano essere un segnale di sofferenza fetale, diminuendo le chance di prevenire il decesso della piccola* Per_1 *")* permettendo, con ragionevole probabilità, di anticipare la decisione e l'esecuzione del

taglio cesareo e così di prevenire interamente o in gran parte i danni successivamente verificatisi; che, una volta constatata la presenza di liquido amniotico densamente tinto di meconio, l'estrazione del feto avrebbe dovuto essere effettuata nel più breve tempo possibile; che la protrazione di tale situazione accresceva il rischio di aspirazione del meconio.

Un tale ragionamento non è sconfessato dall'assenza di certezza in ordine al momento di insorgenza della sofferenza fetale, giacché tale incertezza, come riconosciuto in sede peritale, è proprio conseguenza del mancato controllo dopo le ore 15:23 del 19.12.2004, comportamento giudicato "inappropriato" dai consulenti tecnici d'ufficio (cfr. pag. 40 e 49 della CTU *Persona_2* . L'incertezza determinata dalla condotta omissiva denunciata non può, pertanto, risolversi in una ragione di esonero da responsabilità dell' *Parte_7* .

In concreto, a fronte della rottura delle membrane con fuoriuscita di abbondante liquido tinto di verde alle ore 5.15 e dell'allerta per il taglio cesareo alle ore 5.41, l'estrazione avvenne soltanto alle ore 7.05. I consulenti del primo grado hanno giudicato eccessivo tale intervallo, indicando come accettabile un tempo massimo di 40-45 minuti dall'allerta (cfr. pag. 48 della CTU *Persona_2* e pag. 8 del supplemento di CTU); i consulenti nominati in appello hanno parimenti ritenuto eccessivi i 105 minuti intercorsi tra la rottura delle membrane e il parto, evidenziando la necessità, nella concreta situazione ostetrica, di procedere all'estrazione quanto più rapidamente possibile (cfr. pag. 27 e 30 della CTU *Per_6* – *Per_7* .

Il dato assume specifico rilievo causale in quanto, secondo le risultanze peritali richiamate anche nell'ordinanza di rinvio, il ritardo nell'esecuzione dell'intervento prolungò la permanenza del feto nell'ambiente uterino ipossico e inquinato da meconio, aumentando così il rischio di inalazione del meconio stesso, poi concretamente verificatasi verosimilmente in prossimità della nascita, sicché un'estrazione più precoce avrebbe ridotto il periodo di esposizione del feto alla situazione di rischio e, conseguentemente, la probabilità che l'inalazione si verificasse [cfr. pag. 13 del supplemento di CTU *Persona_2* "*Un risparmio di oltre mezz'ora di ipossia può essere critico per il feto, tanto più in un caso – come questo – in cui i tentativi respiratori innescati da ipossia possono promuovere l'inalazione di meconio"*; ed ancora a pag. 14: "*una diminuzione di oltre mezz'ora dell'esposizione all'ambiente uterino, ipossico (come indicato dall'emissione di meconio, anche se non*

si può precisare quanto e per quanto tempo) ed inquinato di meconio avrebbe giovato, più probabilmente che no, anche alla prevenzione dell'aspirazione di meconio in misura rilevante"; cfr. anche pag. 19 della CTU *Per_6* – *Per_7* "*La durata dell' intervallo fra il rilevamento del meconio nel liquido amniotico ed il parto è un altro fattore rischio per la MAS (* *Per_14* "; pag. 29: "*le condizioni cliniche del neonato al momento dell' estrazione dall'utero e la letteratura riportata rendono, come più probabile che non, che l' evento causale sia un evento anossico-ischemico avvenuto, come l'inalazione, non moltissimo tempo prima dell' estrazione (…)"*; ed ancora: pag. 31-32: "*il liquido amniotico meconiale, soprattutto se molto denso, è un segnale di allarme per possibile sofferenza fetale e successiva MAS, per cui è necessario arrivare all' estrazione nel più breve tempo possibile, cioè almeno in 30'"*; infine, a pag. 54: "*Date queste premesse, il tempo trascorso fra l'emissione di liquido amniotico tinto, di elevata consistenza (a purea di piselli) ed il cesareo non è indifferente dal punto di vista delle sue potenziali conseguenze: un liquido amniotico così fortemente corpuscolato è correlato a più alte probabilità di gravi forme di Sindrome di Aspirazione (vedi letteratura da noi prodotta nelle considerazioni peritali) e quindi abbreviare il tempo fra il segnale di allarme (l'evidenza della pessima qualità del liquido stesso) e l' estrazione del feto diminuisce la probabilità che questo liquido venga aspirato o aspirato più volte e quindi si possa determinare una grave riduzione della capacità funzionale dei polmoni alla nascita (* *Per_14* *. (…) Quindi il liquido amniotico fortemente denso è un chiaro fattore rischio per la vita del futuro neonato o per gravi lesioni conseguenti e per questo il tempo che intercorre fra l'evidenza di questo rischio e l'estrazione tramite taglio cesareo deve essere la più breve possibile, appunto trenta minuti, come suggerisce la letteratura da noi precedentemente riportata nel caso ci sia una minaccia di morte per il feto o per la madre"].*

Del resto, i consulenti tecnici d'ufficio hanno evidenziato che, essendo la neonata venuta alla luce per parto cesareo, è poco plausibile che l'inalazione di meconio sia avvenuta durante l'estrazione del feto piuttosto che in precedenza [cfr. pag. 13 del supplemento di CTU *Persona_2* cfr. anche pag. 22 della CTU *Per_15* *[…]* "*E' impossibile dimostrare quando è avvenuta l'aspirazione di meconio nelle vie aeree, in utero o con i primi respiri, anche se ci si può aspettare che l'aspirazione si sia determinata in utero in un neonato già depresso alla nascita, che subito manifesta deficit respiratori (Wiswell 1993 e 2001*"); pag. 26: "*All'ingresso in Pediatria si annota:* "presenza di liquido amniotico verde sul corpo, cordone macerato"

(macerato: quindi immerso nel liquido meconiale da tempo prolungato, nota del perito); ancora a pag. 28: "*D'altra parte al momento dell'estrazione del feto, nel corso del cesareo, la bimba è descritta immediatamente come ipotonica, seppure il battito percepibile dal cordone fosse normoritmico. È quindi molto verisimile che uno o più stress ipossici – ischemici avessero precedentemente interessato il feto*"; pag. 31: "*E' molto probabile che uno o più eventi ipossico-ischemici abbiano preceduto l'estrazione (vedi l'ipotonia rilevata subito dopo l'apertura dell'utero*); pag. 33: "*La bambina è deceduta per una insufficienza respiratoria da aspirazione di meconio, aspirazione avvenuta molto verosimilmente prima del parto*"; e, infine, pag. 53: "*In particolare, nel caso di* Per_1 *, non solo l'emissione di meconio è avvenuta ovviamente in utero, ma anche l' aspirazione perché è altamente improbabile che, con qualche debole vagito e le altre considerazioni sopra riportate, il neonato abbia aspirato una così notevole quantità di liquido amniotico fortemente meconiato, come dimostrato dal riscontro autoptico e dalla autopsia*"].

Né assume valore contrario l'affermazione contenuta nella CTU Persona_3 secondo cui non sarebbe possibile affermare "con certezza" che l'anticipazione del parto cesareo, riducendo l'intervallo tra la rottura delle membrane con fuoriuscita di liquido amniotico verde e l'estrazione, avrebbe assicurato alla neonata una maggiore possibilità di sopravvivenza (cfr. pag. 28 della CTU Persona_3 . Tale conclusione, infatti, è formulata secondo un criterio di certezza causale che non coincide con quello proprio dell'accertamento civilistico e deve inoltre essere letta unitamente al rilievo immediatamente successivo degli stessi CTU, secondo cui: "*Quando questo/i eventi ipossico-ischemici siano avvenuti non è possibile determinare, anche se l'ipotonia del feto non rimanda a momenti remoti*" (cfr. pag. 28 della CTU Persona_3 . Infine, come già osservato, l'incertezza circa il momento del verificarsi dell'evento ipossico non può essere valorizzata in senso contrario all'accertamento del nesso causale, né consente di presumere che esso si fosse già verificato in epoca tale da rendere inutile il successivo monitoraggio, ove si consideri che proprio l'omesso adeguato monitoraggio delle condizioni fetali ha impedito di individuarne tempestivamente l'insorgenza e di ricostruirne con maggiore precisione l'evoluzione, così essendosi posti i sanitari nella condizione di non poter valutare l'opportunità di eseguire un parto cesareo d'urgenza, se ne fossero sussistite le condizioni, prima del momento in cui si verificò la rottura del sacco amniotico.

A ciò si aggiunge che la condotta causalmente rilevante non si esaurì nella fase antecedente alla nascita. La neonata nacque pallida e ipotonica e i consulenti nominati in appello hanno rilevato che, secondo le linee guida vigenti all'epoca, in presenza di liquido tinto di meconio e di un neonato con respirazione assente o depressa e ipotonia avrebbe dovuto essere praticata, prima della ventilazione, l'aspirazione endotracheale diretta, al fine di rimuovere il meconio dalle vie aeree e minimizzarne la quantità aspirata (cfr. pag. 23 della relazione Persona_3 "*Le stesse linee guida, invece, affermano che nel caso sia presente liquido tinto ed il neonato abbia una respirazione assente o depressa, ipotonia e/o battito cardiaco < 100 bpm (battiti per minuto), nei primi secondi dopo la nascita, debba essere eseguita una aspirazione diretta endotracheale, il prima possibile, per rimuovere il meconio dalle vie aeree e minimizzare la quantità di meconio aspirata (AHA/AAP 1992,* [...] Controparte_13 *, Niermeyer International Guidelines for Neonatal Resuscitation 2000, AHA/AAP 2006, ACOG 2017,* Per_8 , Per_9 *Gelfand b,* Per_1 Pe , Per_13).

Dalla documentazione clinica non risulta invece eseguita tale manovra prima dell'insufflazione di ossigeno; i consulenti hanno altresì evidenziato che la ventilazione, in presenza di materiale non previamente aspirato dalla trachea, era idonea a sospingerlo ulteriormente nelle vie aeree.

Né incide sull'accertamento del nesso causale l'affermazione degli stessi consulenti secondo cui il mancato rispetto delle linee guida "*può aver peggiorato la situazione clinica della neonata, ma in percentuale non quantificabile, perché non sappiamo quanto materiale meconiale fortemente corpuscolato fosse presente in trachea e quindi fosse stato eventualmente spinto nei bronchi e nei polmoni della neonata*" (cfr. pag. 49 della CTU Persona_3 . L'incertezza espressa dai CCTTUU, infatti, riguarda la misura del peggioramento riconducibile alla ventilazione e non esclude che l'omessa aspirazione endotracheale diretta abbia contribuito all'aggravamento delle condizioni respiratorie della neonata, poi deceduta per insufficienza respiratoria da aspirazione di meconio. D'altra parte, anche a voler ipotizzare che al momento della ventilazione fosse presente in trachea una quantità non elevata di materiale meconiale, tale circostanza non varrebbe ad escludere la rilevanza sul piano causale delle condotte omissive accertate, ma condurrebbe semmai ad attribuire maggiore incidenza causale alla precedente condizione intrauterina e, quindi, alle condotte

omissive che avevano protratto l'esposizione del feto all'ambiente uterino ipossico e inquinato da meconio. Tale ipotesi risulta, peraltro, difficilmente conciliabile con le stesse conclusioni dei consulenti, i quali hanno osservato che *"(...) è altamente improbabile che, con qualche debole vagito e le altre considerazioni sopra riportate, il neonato abbia aspirato una così notevole quantità di liquido amniotico fortemente meconiato, come dimostrato dal riscontro autoptico e dalla autopsia"* (cfr. pag. 53 della CTU *Persona_3* .

Alla luce di tutte le considerazioni sin qui svolte, l'impossibilità di individuare il preciso momento in cui l'inalazione di meconio ebbe luogo, valorizzato dal giudice di secondo grado con giudizio ritenuto incongruo dalla Suprema Corte, esprime soltanto un margine di incertezza cronologica riguardo a tale momento ma non si traduce in un'incertezza sull'efficienza causale delle condotte omissive accertate.

L'incertezza, infatti, riguarda il momento in cui si verificò l'inalazione, non la natura dell'evento patologico che determinò l'exitus, individuato nell'insufficienza respiratoria da aspirazione massiva di meconio, né esclude la rilevanza causale delle condotte omesse, che si collocano tanto nella fase antecedente alla nascita, nella quale avrebbero potuto ridurre il rischio di inalazione attraverso una più tempestiva estrazione, quanto nella fase immediatamente successiva, nella quale le conseguenze dell'inalazione ormai verificatasi avrebbero dovuto essere contrastate mediante l'aspirazione del materiale presente in trachea prima della ventilazione.

La rilevanza causale delle omissioni accertate deve pertanto essere apprezzata non considerando isolatamente le singole condotte, bensì valutando la loro successione: la mancata tempestiva rilevazione della sofferenza fetale, la sottovalutazione della presenza di meconio al momento della rottura delle membrane e la ritardata estrazione hanno incrementato l'esposizione del feto al rischio concretamente poi realizzatosi; a tali condotte ha fatto seguito l'omissione della manovra destinata, secondo le indicazioni medico-scientifiche richiamate dai consulenti, a contrastare proprio gli effetti dell'aspirazione di meconio già verificatasi.

In tale prospettiva, è tutt'altro che condivisibile l'affermazione del Tribunale secondo cui il ritardo nell'esecuzione del taglio cesareo sarebbe stato di durata così breve da poterne escludere, anche in termini probabilistici, la rilevanza causale. Tale valutazione considera isolatamente il mero dato cronologico dell'intervallo temporale senza rapportarlo alla concreta situazione clinica nella quale esso si inseriva: a un

monitoraggio carente e inefficiente nelle ore precedenti aveva fatto seguito la rottura delle membrane con emissione di abbondante liquido amniotico tinto di verde, sicché la protrazione della permanenza del feto in tale ambiente intrauterino costituiva, secondo le risultanze tecniche sopra richiamate, un fattore di incremento del rischio di aspirazione del meconio e delle conseguenze ad essa correlate.

Il giudizio controfattuale deve invece essere compiuto verificando quale sarebbe stato il corso degli eventi ove la prestazione sanitaria fosse stata correttamente adempiuta. In tale scenario, la sofferenza fetale sarebbe stata suscettibile di più tempestiva rilevazione; l'estrazione del feto mediante parto cesareo sarebbe stata anticipata, riducendo l'esposizione al rischio di aspirazione; e, ove il meconio fosse stato comunque aspirato prima della nascita, sarebbe stata praticata nell'immediatezza la manovra specificamente diretta a rimuoverlo dalla trachea prima della ventilazione.

Alla luce di tale concatenazione - nella quale il rischio che le condotte doverose erano specificamente dirette a prevenire o contenere coincide proprio con quello concretamente realizzatosi - e in assenza di una diversa causa dell'insufficienza respiratoria emergente dagli accertamenti tecnici (cfr. pag. 4 del supplemento di CTU: "*non è ragionevolmente riconoscibile un ruolo di malattie o di condizioni fisiopatologiche preesistenti della partoriente o del feto*") deve ritenersi, secondo un giudizio probabilistico fondato sulle risultanze scientifiche acquisite al processo, che ove la prestazione sanitaria fosse stata correttamente e tempestivamente eseguita nei termini sopra descritti, l'esito letale, più probabilmente che non, sarebbe stato evitato.

Deve pertanto ritenersi provato il nesso causale tra gli inadempimenti accertati e la morte della neonata.

Deve poi escludersi che *Persona_1* sia stata semplicemente privata della possibilità (chance) di conseguire il risultato sperato, essendo stata invece privata del risultato stesso che, in assenza delle condotte omissive accertate, avrebbe "più probabilmente che non" conseguito. La fattispecie – diversamente da quanto opinato da *Pt_6* - non si colloca, pertanto, sul piano della perdita di chance, bensì su quello del danno conseguente alla morte, poiché il giudizio controfattuale conduce a ritenere che, ove la prestazione sanitaria fosse stata correttamente adempiuta, l'evento non si sarebbe verificato, secondo il criterio della probabilità prevalente.

7. Le conseguenze dannose risarcibili

Accertato l'inadempimento dell'azienda sanitaria ed il nesso causale tra l'omissione delle condotte doverose e l'evento dannoso rappresentato dalla morte della neonata, occorre procedere all'individuazione e alla quantificazione dei pregiudizi risarcibili.

7.1. Il danno biologico terminale della neonata

Gli attori in riassunzione hanno riproposto la domanda di risarcimento, *iure hereditatis*, del danno biologico terminale sofferto dalla piccola *Per_1* nel breve lasso di tempo intercorso tra la nascita (registrata alle ore 7:05 del 20.12.2004) e il decesso (avvenuto alle ore 9:30 dello stesso 20.12.2004).

Preliminarmente, la Corte rileva che la domanda di danno morale terminale, già assorbita nella decisione di rigetto della domanda di accertamento della responsabilità dell' *Pt_6* non è stata riproposta in secondo grado, sicché deve ritenersi che essa sia stata definitivamente abbandonata.

Quanto alla domanda di danno biologico terminale, la stessa non può trovare accoglimento.

Giova in primo luogo rievocare la definizione del c.d. danno biologico terminale come il pregiudizio alla salute sofferto dalla vittima nel tempo intercorrente tra la lesione mortale subita e il successivo decesso causalmente legato a tale lesione; tale danno, anche se temporaneo, è massimo nella sua entità ed intensità, sussiste per il tempo della permanenza in vita, a prescindere dalla cosciente percezione della gravissima offesa all'integrità personale della vittima, ed è risarcibile a condizione che tra il momento di insorgenza delle lesioni e il decesso intercorra un apprezzabile lasso di tempo (cfr. *ex plurimis* Cass., Sez. 3, Sentenza n. 21060 del 19/10/2016; Cass. Sez. 3 n. 21837 del 30/08/2019; Sez. 3 n. 4658 del 21/02/2024; Cass. Sez. 3 n. 7923 del 23/03/2024).

In base ad un orientamento che il Collegio ritiene di condividere e che ha trovato largo seguito in seno alla giurisprudenza di legittimità: "*Il danno biologico cd. terminale è configurabile, e trasmissibile "iure successionis", ove la persona ferita non muoia immediatamente, sopravvivendo per almeno ventiquattro ore, tale essendo la durata minima, per convenzione legale, ai fini dell'apprezzabilità dell'invalidità temporanea, essendo, invece, irrilevante che sia rimasta cosciente"* (cfr. Cass. Sez. 3 n. 18056 del

05/07/2019, e più di recente: Cass. Sez. 3 n. 16272 del 08/06/2023; Cass. Sez. 3 n. 16318 del 26/05/2026).

Questo stesso indirizzo giurisprudenziale rimette al giudice del merito di stabilire se la vittima abbia patito un danno biologico "suscettibile di accertamento medico legale", e ciò a prescindere dalla consapevolezza che la vittima ne abbia avuto, dal momento che quel pregiudizio consiste nella oggettiva perdita delle attività quotidiane, precisando che in astratto non può escludersi a priori l'apprezzabilità del danno in esame anche per periodi inferiori.

Ciò premesso, nel caso di specie, il brevissimo arco di tempo, pari a circa due ore e mezzo, intercorso tra la lesione mortale subita dalla piccola *Per_1* e il decesso, non consente di ravvisare quel lasso di tempo apprezzabile necessario perché la compromissione dell'integrità psicofisica acquisti autonoma consistenza quale danno biologico terminale suscettibile di accertamento medico-legale. Né risultano allegati elementi riferibili alle concrete condizioni della neonata in tale brevissimo intervallo temporale che consentano di pervenire, nel caso concreto, ad una diversa conclusione.

7.2. Il danno da perdita del rapporto parentale subito dai genitori

Gli attori in riassunzione hanno chiesto altresì l'accertamento del danno *iure proprio*, loro derivato dalla perdita del rapporto parentale con la piccola *Per_1* .

In proposito, è principio consolidato quello per cui, ai fini della risarcibilità del danno da perdita del rapporto parentale, è necessaria la dimostrazione, anche presuntiva, della gravità e serietà del pregiudizio (tanto sul piano morale e soggettivo, quanto su quello dinamico-relazionale), senza che sia necessario che questo assurga a un radicale sconvolgimento delle abitudini di vita del danneggiato, profilo quest'ultimo che - al cospetto di una prova circostanziata da parte dell'attore - può incidere sulla personalizzazione del risarcimento (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 21573 del 27/07/2025; Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 26140 del 07/09/2023).

Inoltre, in base all'orientamento costante della giurisprudenza di legittimità "*Nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere, secondo l'id quod plerumque accidit, la sofferenza del familiare superstite, giacché tale conseguenza è, per comune esperienza, connaturale all'essere umano; in tal caso, trattandosi di una praesumptio*

hominis, sarà sempre possibile per il convenuto dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra vittima e superstite" (cfr. ex plurimis, Cass. Sez. 3 Ordinanza n. 21339 del 25/07/2025; Cass. Civ. Sez. 3, Ordinanza n. 5769 del 04/03/2024).

Nel caso di specie, la presunzione derivante dal rapporto di filiazione trova ulteriore fondamento nella circostanza che gli attori erano in attesa della nascita della loro prima figlia e avevano avuto modo, durante i nove mesi di gravidanza, di sviluppare quel legame affettivo ed emotivo che normalmente si instaura tra i genitori e il nascituro. La brevissima durata della vita della neonata non vale, pertanto, a escludere né ad attenuare, di per sé, la consistenza del legame affettivo già instauratosi. Per contro, non sono state dedotte né provate da parte appellata circostanze concrete idonee a dimostrare l'assenza o la minore intensità del legame affettivo tra la vittima e i genitori.

Orbene, in base al condivisibile indirizzo della giurisprudenza di legittimità "*al fine di garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, il danno da perdita del rapporto parentale deve essere liquidato seguendo una tabella basata sul "sistema a punti", che preveda, oltre l'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, da indicare come indefettibili, l'età della vittima, l'età del superstite, 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, salvo che l'eccezionalità del caso non imponga, fornendone adeguata motivazione, una liquidazione del danno senza fare ricorso a tale tabella*" (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 10579 del 21/04/2021).

Ciò premesso, ai fini della liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale si ritiene di dover far ricorso ai criteri tabellari elaborati dal Tribunale di Milano nel 2024, non contemplando la Tabella Unica Nazionale di cui al D.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12 tale peculiare voce di danno non patrimoniale.

Le tabelle milanesi prevedono per la perdita di un genitore, di un figlio o di un coniuge, il "valore punto" di € 3.911,00.

Va altresì tenuto conto, ai fini risarcitori, dei seguenti parametri: A) età del danneggiato primario, B) età del danneggiato secondario, C) convivenza, D)

sopravvivenza di altro/i congiunti del nucleo familiare primario della vittima, E) qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto.

Quanto al parametro C), relativo alla convivenza, la bambina, deceduta a poche ore dalla nascita mentre si trovava ancora in ambiente ospedaliero, non ha mai fatto ingresso nell'abitazione familiare né ha potuto instaurare con i genitori una convivenza in senso proprio; non può pertanto essere attribuito alcun punto per tale parametro.

In ordine al parametro E), relativo alla qualità ed intensità della relazione affettiva, deve anzitutto considerarsi la particolare intensità della sofferenza interiore conseguente alla perdita, per entrambi i genitori, della prima figlia, attesa durante l'intero periodo della gravidanza e deceduta a poche ore dalla nascita. Al contempo, la peculiarità della vicenda non consente di valorizzare quegli ulteriori indici normalmente sintomatici della particolare intensità della relazione affettiva, costituiti dalla protratta condivisione della quotidianità, delle abitudini e delle attività di vita, che, per la morte della bambina a poche ore dalla nascita, non avevano potuto concretamente instaurarsi. Appare pertanto equo attribuire per tale parametro 15 punti sui 30 disponibili.

Ciò premesso, si perviene ai seguenti importi liquidatori, già calcolati ai valori attuali.

Per la madre, *Parte_2*

- età della vittima primaria, 0 anni: 28 punti
- età della vittima secondaria, 39 anni: 22 punti
- convivenza: 0 punti
- sopravvivenza di altro congiunto, il marito: 14 punti
- qualità ed intensità della relazione affettiva: 15 punti

totale punti: 79, pari ad € 308.969 (€ 3.911,00 x 79).

Il danno non patrimoniale spettante a *Parte_2* va dunque determinato nell’importo, già attualizzato, di € 308.969, oltre agli interessi compensativi al tasso di legge sulla somma devalutata a far data dal 20.12.2004 e anno per anno rivalutata fino alla data della presente sentenza, e da tale data con gli ulteriori interessi al tasso legale fino al saldo.

Per il padre, Parte_1

- età della vittima primaria, 0 anni: 28 punti
- età della vittima secondaria, 38 anni: 22 punti
- convivenza: 0 punti
- sopravvivenza di altro congiunto, la moglie: 14 punti
- qualità ed intensità della relazione affettiva: 15 punti

totale punti: 79, pari ad € 308.969 (€ 3.911,00 x 79).

Il danno non patrimoniale spettante a Parte_1 va dunque determinato nell'importo, già attualizzato, di € 308.969, oltre agli interessi compensativi al tasso di legge sulla somma devalutata a far data dal 20.12.2004 e anno per anno rivalutata fino alla data della presente sentenza, e da tale data con gli ulteriori interessi al tasso legale fino al saldo.

7.3. Il danno biologico dedotto da Parte_2

In sede conclusiva gli attori in riassunzione hanno riproposto la domanda di risarcimento del danno biologico asseritamente sofferto da Parte_2

Tale domanda è inammissibile in quanto coperta da giudicato interno.

Al riguardo si osserva che il giudice di prime cure aveva respinto sia la domanda risarcitoria avanzata dalla Pt_2 in relazione al danno biologico asseritamente patito a causa della – a detta dell'attrice - inappropriata somministrazione di emoderivati, sia quella avente ad oggetto il risarcimento del danno da lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica, dedotto in relazione alla pretesa omessa acquisizione di un valido consenso informato alla somministrazione degli emoderivati, ritenendo entrambe le pretese infondate e prive di riscontro probatorio.

Tali statuizioni non sono state impugnate e sono pertanto passate in giudicato.

Nel giudizio riassunto dinanzi a questa Corte, la Pt_2 non ha riproposto la domanda risarcitoria relativa alla lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica, ma ha reiterato quella concernente il danno biologico. Anche tale domanda, tuttavia, è ormai coperta dal giudicato formatosi sulla statuizione di rigetto e non può, pertanto, essere nuovamente sottoposta al sindacato di questa Corte.

8. Il danno patrimoniale: le spese mediche e funerarie

Gli attori in riassunzione hanno insistito nella domanda di risarcimento di tutte le spese mediche e funerarie sostenute.

La domanda non può trovare accoglimento.

Invero, a fronte della generica allegazione di aver sostenuto spese mediche e funerarie, non risulta versata in atti alcuna documentazione comprovante gli esborsi effettivamente sostenuti dagli attori a tale titolo.

9. La domanda di manleva riproposta dall'Azienda sanitaria

La Suprema Corte, con l'ordinanza di rinvio, ha dichiarato inammissibile il ricorso incidentale condizionato proposto dall' *CP_1* fondato sulla supposta "falsa applicazione dell'art.112 cpc per mancata pronuncia sulla domanda di garanzia" e ha rimesso a questa Corte di provvedere "se riproposta, sulla domanda di garanzia formulata dalla *Cont* nei confronti di *Controparte_9* .

L'azienda sanitaria ha riproposto in via subordinata, nei confronti di *Controparte_3* *[...]* (già *Controparte_4* e, prima ancora, *Controparte_5* , la domanda di manleva rimasta assorbita dalla pronuncia di rigetto, per il caso di accoglimento anche soltanto parziale della domanda degli attori.

Preliminarmente, si rileva che non ha ragion d'essere la proposizione in questa sede da parte di *Pt_6* i un "appello incidentale condizionato" avente ad oggetto la domanda di garanzia. Il presente, infatti, è un giudizio di rinvio e non di appello e, soprattutto, sulla domanda di garanzia non è intervenuta nei precedenti gradi di merito alcuna pronuncia, esplicita o implicita, di rigetto, sicché la stessa, come espressamente affermato dalla Suprema Corte nell'ordinanza di rinvio, è ritualmente riproponibile dinanzi al giudice del rinvio.

Nel merito della domanda, si osserva quanto segue.

Come già esposto nel primo paragrafo relativo alle vicende di causa, l'*Cont* aveva agito con separato giudizio nei confronti di *CP_7* (e di *[...]* *Controparte_15* successivamente abbandonando la domanda nei confronti di quest'ultima a seguito della messa in liquidazione coatta amministrativa della stessa) e il procedimento era stato riunito alla causa promossa dinanzi al Tribunale di dai coniugi *Parte_5*

CP_7 costituendosi in quel giudizio, dedusse che con la Polizza CP_5 RCT/RCT n. 1207 invocata dalla Cont a fondamento della domanda di manleva, la compagnia aveva prestato in favore dell' Parte_7 un'assicurazione per la responsabilità civile verso terzi ("RCT") - e prestatori di lavoro ("RCO") - derivante dall'attività istituzionale esercitata ai sensi di legge, della durata di 3 anni, con efficacia della garanzia a decorrere dalle ore 24:00 del 30 settembre 2006 e scadenza alle ore 24:00 del 30 settembre 2009 e periodo di retroattività dal 31 luglio 2003 al 30 settembre 2006, con frazionamento annuale del premio. Inoltre, evidenziò che l'assicurazione operava in regime c.d. *claims made* e infatti al riguardo l'art. 1 del Capitolato Speciale all'interno del paragrafo rubricato "*Efficacia temporale delle garanzie*", a pag. 3, disponeva che "*L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all' Parte_9 durante il periodo di validità del presente contratto, sempre che tali richieste siano relative a fatti colposi posti in essere in data non anteriore al 31/07/2003, escluse le richieste di risarcimento derivanti da fatti o circostanze note al contraente al momento della decorrenza della Polizza*".

Proprio in relazione a tale previsione, combinata con il concetto di "fatti e circostanze note" contenuto nelle definizioni di cui alla Sezione "Capitolato Speciale" [per "fatti e circostanze note" "*si intendono quelli di cui sia venuta a conoscenza la Direzione Generale, la Direzione Sanitaria, l'Ufficio affari legali e/o assicurativi, o i casi in cui l' Parte_9 abbia ricevuto un avviso di garanzia o una richiesta di risarcimento*"], essa eccepì l'inoperatività della polizza.

A tal fine, la compagnia richiamò l'avviso di garanzia per il reato di cui all'art. 589 c.p. ricevuto il 21.12.2004 da tre operatori sanitari in servizio presso l Parte_10 , che assistettero Parte_2 in occasione della nascita della figlia Per_1 presso l'ospedale di [redacted] (anch'essi assicurati a mezzo della Polizza [redacted] n. 1207), deducendo che la ricezione di tale avviso – prodotto in giudizio dalla stessa Cont - integrasse un fatto noto escluso dalla copertura assicurativa.

Costituendosi nella presente sede di rinvio, Controparte_3 (succeduta a CP_7 […]) ha reiterato l'eccezione, già riproposta in sede di appello, evidenziando come tra i documenti allegati all'atto di citazione del giudizio di manleva introdotto dall'Cont vi fosse anche una comunicazione datata 22 dicembre 2004 trasmessa dall' […] Controparte_16 dell' Parte_7 al broker all'epoca incaricato

per l'apertura dei sinistri dell'ente, con cui il responsabile del predetto CP_16 informava il broker degli avvisi di garanzia notificati ai tre medici dipendenti, con esplicito riferimento alla vicenda per cui è causa. Inoltre, ha dedotto come sia irrilevante la successiva archiviazione del procedimento penale "*archiviazione che peraltro non esclude l'eventuale accertamento della responsabilità civile degli stessi operatori sanitari indagati, né quella di altri operatori sanitari e dell'* CP_1 *stessa rispetto all'evento lesivo*", tanto più che non vi sarebbe alcuna evidenza che al tempo della stipula della polizza con CP_5 l' CP_1 fosse a conoscenza della archiviazione del procedimento penale a carico dei tre medici. Né - a suo dire - rileverebbe il fatto che le contestazioni mosse all'Azienda in sede civile possano non coincidere perfettamente con quelle svolte in sede penale, dal momento che l'evento lesivo da cui è scaturita l'indagine penale e le richieste risarcitorie avanzate dagli attori, Pt_1 e Pt_2 sarebbe lo stesso, vale a dire la morte della minore Persona_1 subito dopo la nascita, a seguito delle asserite omesse e/o inadeguate cure da parte dei sanitari dell'ospedale di [redacted]. Sostiene poi, *ad abundantiam*, che in base all'ordinanza rescindente della Cassazione, questa Corte sarebbe chiamata a pronunciarsi sulla domanda risarcitoria valutando l'operato assistenziale dell' CP_1 anche con riferimento alle tempistiche di esecuzione del taglio cesareo effettuato proprio dai tre operatori sanitari che erano stati indagati dalla Procura e che avevano ricevuto l'avviso di garanzia in questione. Infine, la Procura aveva necessariamente notificato alla Direzione Generale dell' Parte_7 una richiesta di acquisizione della cartella clinica di Parte_2 e Persona_1 ai fini del suo sequestro per l'acquisizione agli atti di indagine.

Oltre a ciò, in denegata ipotesi, la compagnia ha chiesto che l'eventuale obbligo di manleva a suo carico sia accertato nel rispetto di tutte le condizioni di assicurazione della polizza in atti, tenendo conto anche delle esclusioni ivi contemplate e nei limiti del massimale di garanzia aggregato pari a € 2.500.000 previsto dal contratto in atti.

L' Parte_7 ha contestato la prospettazione di Contr rilevando che il sinistro rientrerebbe nella copertura assicurativa in quanto la polizza, pur decorrendo dal 30 settembre 2006, prevede una retroattività sino al 31 luglio 2003 e opera secondo il regime claims made; che la responsabilità della struttura sanitaria, anche per le condotte dei sanitari di cui si avvale, rientrerebbe, sotto il profilo soggettivo, nel rischio assicurato; che gli avvisi di garanzia notificati ai tre sanitari nel dicembre 2004

non sarebbero sufficienti a rendere inoperativa la successiva polizza; che tali avvisi riguardavano la posizione personale dei tre sanitari nell'ambito del procedimento penale archiviato, mentre la domanda civile è stata proposta nei confronti della struttura e la responsabilità oggetto del presente giudizio comprende anche ulteriori profili emersi all'esito delle consulenze tecniche; che, infine, la mera conoscenza dell'esistenza di un procedimento penale non potrebbe essere equiparata alla conoscenza di un fatto suscettibile di generare una responsabilità civile e una futura pretesa risarcitoria.

Tanto premesso, il Collegio osserva che i rilievi svolti dall' *Parte_7* in ordine alla natura claims *Pt_11* della polizza assicurativa non colgono la portata dell'eccezione sollevata dalla compagnia, che non attiene al momento in cui è stata formulata la richiesta risarcitoria, bensì alla diversa e autonoma previsione contrattuale che esclude dalla copertura le richieste risarcitorie derivanti da fatti o circostanze già noti al contraente al momento della decorrenza della polizza.

Sotto questo profilo, l'eccezione appare fondata.

Dalla documentazione prodotta in atti risulta, infatti, che già in data 22 dicembre 2004 l' *Controparte_16* dell'Azienda sanitaria aveva trasmesso al broker, all'epoca incaricato, gli avvisi di garanzia notificati ai tre sanitari, dando espressamente conto del decesso della neonata *Persona_1* verificatosi presso il reparto di pediatria dell' *Pt_12* di [redacted] e richiedendo l'apertura del relativo sinistro sulla polizza RCT Polizza RCT stipulata dall'ente con il precedente assicuratore *Controparte_15* per il periodo dal 1° novembre 2004 al 31 marzo 2006, nonché l'assistenza legale per la difesa dei medici nel procedimento penale (cfr. doc. 6 all. fascicolo primo grado di *Cont* nel giudizio n. 220/2008 e doc. 12 del fascicolo di parte appellata *Contr* .

Tale documentazione – a fronte della quale non assume rilievo la circostanza che l'avviso ai sensi dell'art. 369 bis c.p.p. fosse stato emesso nei confronti di "persone da identificare" e non recasse la descrizione del fatto di reato, dal momento che tanto i soggetti interessati quanto il fatto risultano puntualmente individuati nello stesso documento di formazione aziendale - dimostra, pertanto, che, ben prima della decorrenza della polizza per cui è causa (30.9.2006) proprio l'Ufficio assicurativo dell' *Parte_7* , cui la clausola contrattuale attribuisce rilievo ai fini della conoscenza dei "fatti e circostanze note", era venuto a conoscenza non soltanto

dell'evento lesivo e dell'iniziativa penale intrapresa in relazione ad esso, ma anche della sua potenziale rilevanza sotto il profilo della responsabilità civile assicurata, tanto da determinarne la denuncia al precedente assicuratore.

Né assume rilievo contrario la successiva archiviazione del procedimento penale, trattandosi di circostanza sopravvenuta che non elimina la conoscenza, già acquisita dall'Azienda prima della decorrenza della polizza, del fatto potenzialmente idoneo a generare una pretesa risarcitoria. In tal senso, non è pertinente il criterio di buona fede nell'interpretazione del contratto, invocato dall' *Parte_7* ai sensi dell'art. 1366 c.c. poiché l'eventuale affidamento soggettivo riposto nell'esito favorevole degli accertamenti svolti in sede penale non esplica rilevanza rispetto alla nozione contrattuale di circostanza nota suscettibile di determinare una successiva richiesta risarcitoria.

Il richiamo all'art. 1346 c.c. non conduce a conclusioni diverse poiché l'ambito oggettivo dell'esclusione non postula che sia già intervenuta una richiesta risarcitoria o una formale contestazione, ma che siano individuabili, sulla base delle circostanze conosciute dall'assicurato, il fatto potenzialmente generatore della responsabilità e il danno ad esso causalmente riconducibile.

Parimenti, non rileva la circostanza che la successiva pretesa risarcitoria sia stata formulata sulla base di profili di responsabilità non integralmente coincidenti con quelli specificamente vagliati in sede penale. La clausola, infatti, non richiede che al momento della conoscenza siano già compiutamente individuati gli specifici addebiti destinati a fondare la successiva domanda risarcitoria, ma attribuisce rilevanza alla pregressa conoscenza dei "fatti o circostanze" dai quali deriva la richiesta risarcitoria. Nel caso di specie, la circostanza conosciuta era rappresentata dal decesso della neonata e dalla possibile riconducibilità di quell'evento all'assistenza sanitaria prestata dalla struttura, tanto che in relazione ad esso erano stati sottoposti ad indagine tre sanitari e la stessa *CP_1* aveva già ritenuto di attivare la copertura assicurativa allora vigente. La successiva individuazione, all'esito degli accertamenti tecnici, di ulteriori o più specifici profili di inadempimento non vale, pertanto, a trasformare la medesima vicenda sostanziale in un fatto nuovo e diverso ai fini dell'operatività della garanzia.

Fuorviante appare poi la distinzione prospettata dall' *CP_1* tra responsabilità propria della struttura e responsabilità dei singoli operatori sanitari. Si tratta, peraltro, di

distinzione che non trova riscontro nella stessa ordinanza di rinvio, la quale - come visto - riconduce alla sfera di responsabilità dell' CP_1 tanto le omissioni riconducibili alle proprie inefficienze organizzative quanto le condotte inadempienti poste in essere dai sanitari attraverso i quali essa aveva erogato la prestazione assistenziale. La circostanza che gli avvisi di garanzia fossero stati notificati ai singoli sanitari non vale, dunque, a rendere i fatti oggetto dell'indagine estranei alla sfera della possibile responsabilità civile dell' CP_1 , tanto più che fu la stessa Pt_6 attraverso il proprio Controparte_16 a trasmettere immediatamente tali avvisi al broker per l'apertura del sinistro sulla polizza RCT allora vigente.

Infine, non giova all'Cont il richiamo compiuto in comparsa conclusionale alla sentenza della Cassazione n. 17323 del 2025 secondo cui "*In tema di assicurazione della responsabilità civile, la clausola di polizza che equipara alla richiesta di risarcimento del danno la conoscenza di "atti di indagine", comunque conosciuti e inerenti al fatto generatore della responsabilità, può essere ritenuta operante solo se detti atti siano percepibili come univocamente rivolti all'accertamento di fatti suscettibili di dar luogo alla responsabilità civile dell'assicurato dedotta in contratto (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza impugnata che aveva escluso che il mero compimento di atti di indagine compiuto dall'Pt_13 prima della stipula del contratto di assicurazione, non già a carico del personale della struttura sanitaria assicurata, ma del marito della vittima, potesse rendere operante l'equiparazione prevista in polizza del compimento degli atti di indagine alla espressa richiesta di attivazione delle condizioni di manleva del responsabile civile)".*

Invero, nel caso esaminato dalla Suprema Corte, gli atti di indagine anteriori alla stipulazione della polizza non erano rivolti nei confronti del personale della struttura sanitaria assicurata, bensì di un soggetto diverso. Nel caso di specie, per contro, gli avvisi di garanzia sono stati notificati proprio ai tre sanitari in servizio presso la struttura in relazione al decesso della neonata oggetto della successiva domanda risarcitoria. Soprattutto, non si è in presenza della mera conoscenza dell'esistenza di un'indagine penale in quanto il giorno successivo alla notificazione degli avvisi di garanzia, l' Controparte_17 li trasmise al broker, facendo espresso riferimento al decesso e chiedendo l'apertura del sinistro sulla polizza RCT allora vigente. Né si tratta di attribuire rilievo alla mera conoscenza dell'evento naturalistico, quale il decesso o l'aggravamento delle condizioni del

paziente, bensì alla conoscenza di circostanze concretamente idonee a prospettare una possibile responsabilità dell'assicurato. Nel caso di specie, la richiesta di apertura del sinistro dimostra che la vicenda era stata percepita dalla stessa Parte_7 , già all'epoca, come suscettibile di assumere rilevanza sul piano della responsabilità civile assicurata.

Tale conclusione peraltro è coerente con le connotazioni tipiche del contratto assicurativo, in specie con la necessità di preservare l'elemento essenziale costituito dall'alea, di certo esclusa, a mente dell'art. 1895 cod. civ., ove si consentisse di assicurare eventi già avvenuti e noti all'assicurato (cfr. Cass. Sez. 3 n. 14379 del 2026).

Infine, non può condividersi la tesi difensiva dell'azienda secondo cui la nozione contrattuale di "fatto o circostanza nota" dovrebbe necessariamente identificarsi con una pretesa risarcitoria già avanzata dal terzo danneggiato. Una simile interpretazione finirebbe infatti per sovrapporre la distinta previsione del fatto o circostanza nota alla richiesta di risarcimento, privandola di autonoma rilevanza.

Ne consegue, che la richiesta risarcitoria oggetto del presente giudizio deve ritenersi derivante da fatti o circostanze già noti alla contraente anteriormente alla decorrenza della polizza e, come tale, esclusa dalla copertura assicurativa in forza dell'espressa previsione contrattuale, con conseguente rigetto della domanda di manleva.

10. Le spese di lite

Con l'ordinanza di rinvio la Suprema Corte ha rimesso a questa Corte di provvedere alla regolazione delle spese del presente giudizio di legittimità.

Ciò premesso, occorre uniformarsi all'orientamento espresso dalla giurisprudenza di legittimità, a tenore del quale: "*In tema di spese processuali, il giudice del rinvio, cui la causa sia stata rimessa anche per provvedere sulle spese del giudizio di legittimità, si deve attenere al principio della soccombenza applicato all'esito globale del processo, piuttosto che ai diversi gradi del giudizio ed al loro risultato, sicché non deve liquidare le spese con riferimento a ciascuna fase del giudizio, ma, in relazione all'esito finale della lite, può legittimamente pervenire ad un provvedimento di compensazione delle spese, totale o parziale, ovvero, addirittura, condannare la parte vittoriosa nel giudizio di cassazione - e, tuttavia, complessivamente soccombente - al rimborso delle stesse*

Nel caso di specie, dall'esito complessivo del giudizio emerge che gli attori, *[...]* *Pt_2* e *Parte_1* hanno visto riconosciute le loro pretese in ordine al danno non patrimoniale *iure proprio*.

Ne consegue, che le spese di lite debbano essere poste a carico dell' *Pt_6* che è risultata soccombente.

Tuttavia, poiché la domanda avente ad oggetto il risarcimento dei danni non patrimoniali è stata articolata in più capi alcuni dei quali sono stati respinti (per quanto concerne il danno *iure hereditatis*, è stata respinta la domanda di danno biologico terminale mentre, per quanto concerne il danno *iure proprio*, è stata respinta la domanda di danno biologico avanzata dalla *Pt_2* , così come è stata respinta la domanda di risarcimento dei danni patrimoniali, deve riconoscersi una parziale compensazione, che, avuto riguardo all'intera economia del giudizio ed in particolare alla resistenza opposta dall' convenuta sia verso l'inadempimento imputabile alla struttura che verso il nesso causale tra questo e l'evento di danno, si reputa congruo determinare nella misura di 1/3.

Ciò in ossequio all'autorevole insegnamento della giurisprudenza di legittimità, in base al quale "*In tema di spese processuali, l'accoglimento in misura ridotta, anche sensibile, di una domanda articolata in un unico capo non dà luogo a reciproca soccombenza, configurabile esclusivamente in presenza di una pluralità di domande contrapposte formulate nel medesimo processo tra le stesse parti o in caso di parziale accoglimento di un'unica domanda articolata in più capi, e non consente quindi la condanna della parte vittoriosa al pagamento delle spese processuali in favore della parte soccombente, ma può giustificarne soltanto la compensazione totale o parziale, in presenza degli altri presupposti previsti dall'art. 92, comma 2, c.p.c.*" (cfr. Cass. Sez. U, Sentenza n. 32061 del 31/10/2022).

Analogamente, essendo stata respinta la domanda di garanzia, è sull *Pt_6* che debbono gravare le spese di lite relative al rapporto processuale con la compagnia assicuratrice, che è risultata totalmente vittoriosa, sebbene in questo caso la liquidazione deve tener conto del fatto che le difese svolte sono state per una buona parte – che si reputa congruo determinare nella metà con corrispondente diminuzione del relativo compenso - impiegate per dare man forte alla linea difensiva dell' *Pt_6*

Inoltre, va ricordato che anche per il primo grado deve essere applicato il D.M. 55/2014, in forza del consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità

secondo cui «*in tema di spese processuali, agli effetti dell'art. 41 del d.m. 20 luglio 2012, n. 140, il quale ha dato attuazione all'art. 9, secondo comma, del d.l. 24 gennaio 2012, n. 1, convertito in legge 24 marzo 2012, n. 2727 (per quanto qui interessa, art. 29 d.m. 55/2014, n.d.r.), i nuovi parametri, cui devono essere commisurati i compensi dei professionisti in luogo delle abrogate tariffe professionali, sono da applicare ogni qual volta la liquidazione giudiziale intervenga in un momento successivo alla data di entrata in vigore del predetto decreto e si riferisca al compenso spettante ad un professionista che, a quella data, non abbia ancora completato la propria prestazione professionale, ancorché tale prestazione abbia avuto inizio e si sia in parte svolta quando ancora erano in vigore le tariffe abrogate, evocando l'accezione omnicomprensiva di "compenso" la nozione di un corrispettivo unitario per l'opera complessivamente prestata*» (Cass. Sez. L, Ordinanza n. 602 del 14/01/2019; Cass., S.U., 12 ottobre 2012, n. 17405; poi anche Cass. 19 dicembre 2017, n. 30529);

La liquidazione, sulla base del compenso per gli avvocati in ambito civile come stabilito dal D.M. 55/2014, e successivi aggiornamenti, deve avvenire alla stregua del seguente computo - avuto riguardo al valore della controversia (accertato e ricompreso ai sensi e agli effetti dell'art. 14 TU – DPR n. 115/02 nello scaglione da € 260.001,00 a € 520.000,00 trovando applicazione i principi espressi da Cass. Civ. Sez. 3, Ordinanza n. 10367 del 17/04/2024 e trattandosi di pretese identiche in fatto ed in diritto) e all'impegno difensivo (medio) prestato:

nel rapporto processuale tra Pt_6 e gli attori, applicata la compensazione di 1/3:

- quanto al procedimento di primo grado: in complessivi € 14.971,33 per compensi (di cui € 3.544/3 x 2 per fase di studio, € 2.338/3 x 2 per fase introduttiva, € 10.411/3 x 2 per fase istruttoria, € 6.164/3 x 2 per fase decisoria) e in € 288,86 (€ 433,30/3 x 2) per esborsi, oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge;
- quanto al giudizio di appello: in € 13.412,66 per compensi (di cui € 4.389/3 x 2 per la fase di studio, € 2.552/3 x 2 per la fase introduttiva, € 5.880/3 x 2 per la fase istruttoria, € 7.298/3 x 2 per la fase decisoria) e in € 536 (€ 804/3 x 2), oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge;
- quanto al giudizio di legittimità: in complessivi € 7.182 per compensi (di cui € 4.961/3 x 2 per fase di studio, € 3.260/3 x 2 per fase introduttiva, € 2.552/3

x 2 per fase decisionale) e in € 842 (€ 1.263/3 x 2), oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge;

- quanto al giudizio di rinvio, esclusa la fase di trattazione/istruttoria perché non espletata (Cass. Sez. 3^ ord. n. 10206 del 16.4.2021): in complessivi € 9.492,66 per compensi (di cui € 4.389/3 x 2 per la fase di studio, € 2.552/3 x 2 per la fase introduttiva e € 7.298/3 x 2 per la fase decisoria) e in € 385,70 (€ 578,56/3 x 2) per esborsi, oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge;

nel rapporto processuale tra *Pt_6* e la compagnia assicuratrice, applicata la dimidiazione di tutte le voci di compenso:

- quanto al procedimento di primo grado: in complessivi € 11.228,5 per compensi (di cui € 3.544/2 per fase di studio, € 2.338/2 per fase introduttiva, € 10.411/2 per fase istruttoria, € 6.164/ 2 per fase decisoria), oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge;
- quanto al giudizio di appello: in € 10.059,50 per compensi (di cui € 4.389/2 per la fase di studio, € 2.552/2 per la fase introduttiva, € 5.880/2 per la fase istruttoria, € 7.298/2 per la fase decisoria), oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge;
- quanto al giudizio di legittimità: in complessivi € 5.386,50 per compensi (di cui € 4.961/2 per fase di studio, € 3.260/2 per fase introduttiva, € 2.552/2 per fase decisionale), oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CAP di legge;
- quanto al giudizio di rinvio, esclusa la fase di trattazione/istruttoria perché non espletata (Cass. Sez. 3^ ord. n. 10206 del 16.4.2021): in complessivi € 7.119,5 per compensi (di cui € 4.389/2 per la fase di studio, € 2.552/2 per la fase introduttiva e € 7.298/2 per la fase decisoria), oltre rimborso forfetario del 15% CAP e IVA, come per legge.

Infine, le due CTU espletate hanno avuto ad oggetto principalmente l'accertamento delle condotte inadempienti imputabili alla struttura sanitaria e della loro rilevanza causale rispetto al decesso della neonata. Di conseguenza, le relative spese, nella misura del 50% ciascuna, devono essere poste a carico, delle due parti che, contrastando la pretesa degli attori, vi hanno dato causa, vale a dire l' *[...]* *Parte_7* e la compagnia assicuratrice.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, disattesa e/o assorbita ogni contraria domanda, eccezione, istanza e deduzione, definitivamente pronunciando in sede di rinvio dalla Cassazione, che ha cassato la sentenza di questa Corte d'Appello n. 3122/2019 pubblicata il 27.12.2019, così provvede:

1) accerta e dichiara la responsabilità dell' *Controparte_18* quale successore *ex lege* della soppressa *Parte_3* di *CP_2* , per il decesso di *[...]* *Per_1* e, per l'effetto,

2) condanna l'azienda convenuta a risarcire a ciascuno dei genitori di *Persona_1* *Parte_2* e *Parte_1* a titolo di danno non patrimoniale, *iure proprio*, per la perdita del rapporto parentale, la somma di € 308.969, oltre agli interessi compensativi al tasso di legge sulla somma devalutata a far data dal 20.12.2004 e anno per anno rivalutata fino alla data della presente sentenza, e da tale data con gli ulteriori interessi al tasso legale fino al saldo;

3) dichiara inammissibile la domanda di risarcimento del danno biologico avanzata in proprio da *Parte_2*

4) rigetta la domanda di risarcimento del danno biologico terminale, avanzata da *Parte_2* e da *Parte_1* *iure hereditatis*;

5) rigetta la domanda di risarcimento del danno patrimoniale avanzata da *[...]* *Pt_2* e da *Parte_1*

6) rigetta la domanda di manleva proposta dall' *CP_1* nei confronti di *[...]* *Controparte_3* ;

7) dichiara compensate per 1/3 le spese di lite tra l' *CP_1* e gli attori e condanna l' *CP_1* a rifondere a *Parte_2* e a *Parte_1* i rimanenti 2/3, liquidati, per ciascun grado di giudizio, secondo il calcolo specificato in parte motiva;

8) condanna l' *CP_1* a rifondere alla compagnia assicuratrice le spese di lite, liquidate, per ciascun grado di giudizio, previa loro dimidiazione, secondo il calcolo specificato in parte motiva;

9) pone definitivamente le spese delle CTU, in ragione della metà ciascuna, a carico dell' *CP_1* e di *Controparte_3*

Firenze, così decisa il 13 ottobre 2026, su relazione della dott.ssa Maria Teresa Paternostro.

Il Consigliere est.

Maria Teresa Paternostro

La Presidente

Dania Mori

Nota

La divulgazione del presente provvedimento, al di fuori dell'ambito strettamente processuale, è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.