

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE DI VERONA III SEZIONE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Giorgio Piziali  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

**(omissis)**

**MOTIVI DELLA DECISIONE**

1. Il presente giudizio è stato introdotto dagli attori, A.B. e E.C., in proprio e quali genitore di A. e di T.B., allo scopo di ottenere dall' X Classificato "S.C.-D." e da C. S.p.A. (ora A. SpA) (società assicuratrice del primo) il risarcimento dei danni conseguiti al fatto che al figlio A. in esito al trattamento sanitario cui era stato sottoposto presso l'X dopo la nascita, era stata certificata una "sofferenza cerebrale da meningoencefalite herpetica. Tetraparesi mista", con diagnosi funzionale di "tetraparesi distonica con ipotonia assiale e reazioni ipertoniche a livello degli arti". E che tale patologia era derivata da errori diagnostici e terapeutici compiuti presso la struttura sanitaria convenuta.

L' X nel costituirsi in giudizio negava la sussistenza di una propria responsabilità e contestava il danno lamentato, ottenendo, in ogni caso, l'autorizzazione alla chiamata in giudizio dei terzi C., F. Spa (ora U. spa), C.L. e A. Universitaria Integrata di Verona - Borgo Roma.

Le prime due nella qualità di società assicuratrici e gli ultimi due in quanto sarebbero da individuare quali gli effettivi responsabili delle lesioni dannose lamentate dagli attori: il dott. C. in quanto specialista dermatologo al quale l'X si era appositamente rivolto per avere una consulenza specialistica e che aveva errato la diagnosi e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - Borgo Roma quale responsabile della struttura ove era avvenuto il parto e ove il neonato aveva potuto contrarre l'infezione virale.

Il dott. C., nel costituirsi in giudizio, a sua volta citava l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento, della quale era dipendente, per essere tenuto indenne in caso responsabilità e quest'ultima Azienda chiamava in causa il proprio assicuratore Assicuratori dei Lloyd' s, compagnia, che tuttavia, costituendosi in giudizio, chiedeva e otteneva di chiamare in giudizio gli Assicuratori dei Lloyd' s Sindacato Q.X Underwriting Ltd indicando quest'ultimo come il soggetto effettivamente tenuto a coprire il rischio assicurato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento.

2. Così ricostruiti i ruoli processuali delle numerose che hanno partecipato al giudizio, si possono riassumere anche gli assunti svolti da ognuna per fondare le domande o le eccezioni introdotte in punto accertamento o esclusione di profili di responsabilità, fermo che per la più ampia e completa ricostruzione delle rispettive posizioni e argomentazioni si devono richiamare gli atti delle singole parti.

Gli attori ritengono che sia ravvisabile una piena responsabilità del convenuto X in forza di quanto emerso in sede di CTU disposta nell'ambito di un accertamento tecnico preventivo, dalla quale risulta che il personale medico della struttura sanitaria avrebbe "omesso di valutare compiutamente il sospetto diagnostico di infezione herpetica, già legittimo in data 16 aprile, per la comparsa delle prime lesioni bollose", avrebbe "sospeso la terapia specifica, prudentemente iniziata, sebbene sotto dosata, dopo soli quattro giorni in assenza di conferma diagnostica specifica", "non avrebbe rivalutato il sospetto diagnostico in questione nelle settimane successive e

nel ricovero successivo", in quanto seppure la probabilità di infezione muco-cutanea fosse imprevedibile ed imprevista perché "svincolata da una genesi necessariamente intraospedaliera considerando che il virus Herpes Simplex è presente nell' 85% della popolazione adulta", viceversa "la successiva evoluzione dell'infezione dalla forma muco-cutanea a quella encefalitica era prevedibile, diagnosticabile e curabile con un alto grado di probabilità di successo se la terapia fosse stata immediata, massimale e prolungata".

A fronte di ciò l'X ha contestato l'esito della CTU svolta in sede di accertamento tecnico preventivo sotto più profili: un primo connesso al fatto che i CTU nominati avrebbero impropriamente escluso la verticalità della catena di contagio, osservando che un simile accertamento avrebbe potuto condurre ad individuare una responsabilità in capo all'istituto ospedaliero ove il parto è avvenuto; un secondo profilo in relazione alle conclusioni rassegnate circa il rilievo avuto nel decorso clinico dall'errata diagnosi compiuta dal dott. C., appositamente consultato quale esperto dal personale dell'istituto sanitario convenuto e il cui errore diagnostico avrebbe orientato il successivo comportamento del personale medico; un terzo profilo, infine, relativo alla mancanza di dati scientifici a supporto dell'accertato nesso di causalità tra le mancanze diagnostiche e terapeutiche e la patologia insorta. Tutto ciò oltre al più ampio assunto difensivo per cui, contrariamente a quanto ritenuto dai CTU, ad opinione del convenuto non sarebbe ravvisabile alcun profilo di colpa in capo ai sanitari impiegati alle dipendenze della struttura ospedaliera convenuta, in quanto in occasione del primo ricovero le vescicole riscontrate, trattate a partire dall'accertata positività allo stafilococco epidermide, si sarebbero risolte completamente, mentre in occasione del secondo accesso la diagnosi di stafilococcia cutanea, di nuovo confermata dal nuovo tampone effettuato, sarebbe stata convalidata da uno specialista appositamente consultato, con ciò orientando la terapia in quel senso.

Infine, l'X convenuto ha osservato, in ogni caso, che dalla relazione tecnica redatta dai CTU emergerebbe che la corretta diagnosi dell'infezione che affliggeva il piccolo A., presupponeva "un grado di esperienza clinica di particolare complessità anche in relazione alla considerazione che l'infezione herpetica, come evoluta nel caso in oggetto, non è un quadro di frequente riscontro soprattutto in reparti di cure neonatali di II livello", di tal che sarebbe necessario ravvisare profili di colpa grave per ritenere responsabile il personale medico che ha avuto in cura il neonato presso la struttura sanitaria gestita.

C. (ora A. Spa), citata in giudizio direttamente dagli attori ma chiamata in giudizio anche dall'X, oltre a contestare la legittimazione attiva degli attori a citarla in giudizio, nel merito ha fatto proprie le osservazioni critiche mosse all'elaborato tecnico redatto in sede di ATP dal proprio assicurato, osservando, in particolare, che gli stessi CTU nominati avrebbero ritenuto che la corretta diagnosi presupponeva un grado di esperienza clinica di particolare complessità, che dovrebbe essere tenuto in considerazione nella valutazione della sussistenza di profili responsabilità in capo ai medici che ebbero in cura A.B. all'interno dell'X; mentre l'integrazione disposta alla CTU nel corso del giudizio avrebbe, in ogni caso, consentito di accertare la sussistenza di un profilo di responsabilità in capo allo specialista dott. C., di tal che almeno una quota di responsabilità dovrebbe essere attribuita a quest' ultimo.

L'ulteriore compagnia di assicurazione chiamata in giudizio dall'X, F. S.p.A., pur aderendo nel merito alle difese svolte dal convenuto, in via preliminare ha, però, eccepito l'inefficacia della polizza contratta dall'X (omissis).

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, convenuta, come si è visto, dall'X, per prima cosa ha eccepito la propria carenza di legittimazione passiva, in quanto costituita solo in data 10 novembre 2009 e concreta attivazione dal 1 gennaio 2010, in forza della Legge Regionale 7 agosto 2009 n. 18, che ha introdotto la possibilità per la Regione Veneto di istituire le Aziende Ospedaliere Universitarie Integrate, con la conseguenza che per il rapporto qui dedotto in giudizio

la legittimazione passiva resterebbe in capo all' Azienda Ospedaliera di Verona in liquidazione, appositamente costituita con deliberazione della Giunta Regionale per liquidare le posizioni passive della soppressa Azienda Ospedaliera di Verona.

Nel merito, inoltre, la chiamata Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, ha escluso che sia ravvisabile un qualche profilo di responsabilità a proprio carico, in considerazione del fatto che nulla consente di affermare che il contagio sia avvenuto mentre madre e figlio erano ricoverati presso la struttura sanitaria gestita dall'A. di Verona in liquidazione, e, in ogni caso, in ragione del fatto che, come evidenziato dai CTU nominati, il contagio può avvenire nelle più varie circostanze, mentre il profilo di responsabilità dedotto e ravvisato attiene alla condotta dei medici che ebbero in cura il neonato presso l'X in relazione alla gestione della diagnosi e terapia conseguente al contagio, per avere omesso di valutare compiutamente il sospetto diagnostico di infezione erpetica, per aver

sospeso la terapia specifica, prudentemente iniziata, sebbene sotto dosata, dopo soli quattro giorni, in assenza di conferma diagnostica specifica, per non aver rivalutato il sospetto diagnostico in questione nelle settimane successive e nel ricovero successivo.

Il dott. C., per parte sua, dopo aver ricordato che il Reparto di Pediatria dell'X gli chiese una consulenza dermatologica il giorno 3 maggio 2005 sul piccolo A.B., che effettuò il giorno dopo, senza svolgere alcuna successiva visita, ha affermato che in occasione di quell'unico incontro, proprio perché il caso era apparso da subito non univoco e complesso, aveva prescritto una terapia locale con cristicide crema, ma aveva anche consigliato una consulenza presso un centro di riferimento nazionale individuato nella Divisione di Dermatologia Pediatrica della Clinica Dermatologica dell'Università di Milano, in caso di persistenza delle lesioni. Inoltre, ha segnalato che gli stessi CTU nominati hanno ritenuto che la richiesta di visita da parte dello specialista fosse tardiva ai fini della prevenzione del danno neurologico e che l'attività medico professionale nel caso specifico presupponeva un grado di esperienza clinica di particolare complessità. Infine, il dott. C. ha contestato la fondatezza delle conclusioni cui sono pervenuti i CTU nel ravvisare un profilo di responsabilità in capo allo stesso, perché in quella valutazione avrebbe inciso un'affermazione raccolta direttamente dagli stessi presso l'attrice C., della quale è, invece, preclusa ogni utilizzabilità processuale.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, chiamata in causa dal dott. C., in quanto dipendente di quest'ultima, ha escluso che sia ravvisabile una qualche responsabilità in capo al proprio dipendente, che ha effettuato una singola visita dermatologica e il cui ruolo nella vicenda è stato definito come marginale da parte dei Consulenti del Tribunale e in realtà sarebbe da escludere del tutto, perché al momento della consulenza dermatologica effettuata dal dott. C., il paziente presentava già una sintomatologia da attribuire a coinvolgimento meningo-encefalico e, quindi, qualsiasi diverso approccio terapeutico posto in essere da quel momento non avrebbe determinato un diverso esito, fermo che, in ogni caso, il dott. C. invitò ad un approfondimento diagnostico presso un centro specialistico di rilievo nazionale nel caso in cui le manifestazioni cutanee fossero proseguite e a ciò non venne dato seguito.

Gli Assicuratori dei Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al certificato n. 1283238 - sindacato Q.X Underwriting Ltd, chiamati nel giudizio dall'Azienda per i Servizi Sanitari di Trento per essere manlevata, in ipotesi di accertamento della responsabilità dell'Azienda, in ragione del contratto di assicurazione esistente di cui alla polizza n. 1283238, in via principale, hanno eccepito il proprio difetto di legittimazione passiva, in quanto nella copertura del rischio di cui al certificato n. 1283238 sarebbe subentrato il Sindacato Q.X Underwriting L.X, dall'1 luglio 2007 al 31 dicembre 2008, con appendice n. 14/302699, modificando le precedenti condizioni di polizza ed incassando, dall' Azienda assicurata, l'intero premio relativo a quel periodo. Inoltre, la compagnia di assicurazione chiamata ha eccepito l'inoperatività della garanzia, in quanto la prima richiesta di risarcimento

coincideva con l'atto di citazione per chiamata notificato il 22 maggio 2014, per cui il sinistro non godeva della copertura assicurativa; inoltre, ha opposto anche la prescrizione del diritto di garanzia invocato, in quanto la prima e unica richiesta dell'Azienda è intervenuta con l'atto di citazione per chiamata in causa. Ancora, l'assicurazione chiamata ha negato l'operatività della polizza con riferimento alle attività sanitarie svolte dal dott. C. (dipendente dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento), perché queste sarebbero state prestate in regime di libera professione, fuori dall'orario di lavoro, presso una struttura terza (l'X), e non sarebbero, quindi, oggetto della copertura assicurativa invocata, mentre ove lo fossero si sarebbe in presenza di un aggravamento delle condizioni di rischio mai comunicate alla società assicuratrice. Infine, l'assicurazione chiamata in giudizio ha contestato la fondatezza della domanda introdotta dal dott.

C. nei confronti del soggetto da cui dipende, in quanto non esiste alcun obbligo di garanzia e di manleva che discenda direttamente in capo alla Struttura Ospedaliera in forza del contratto di lavoro stipulato con i propri dipendenti. Tutto ciò ferma l'insussistenza di ogni profilo di responsabilità in capo al dott. C..

Gli Assicuratori dei Lloyd's - Sindacato Q.X Underwriting L.X, pur confermando la correttezza della chiamata in causa operata dagli Assicuratori dei Lloyd's - Sindacato M., ha negato l'operatività della polizza con riferimento alle attività sanitarie svolte dal dott. C. (dipendente dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento), perché queste vennero prestate in regime di libera professione, fuori dall'orario di lavoro, presso una struttura terza (l'X), e non sarebbero, quindi, oggetto della copertura assicurativa invocata, mentre ove lo fossero si sarebbe in presenza di un aggravamento delle condizioni di rischio mai comunicate alla società assicuratrice. Infine, l'assicurazione chiamata in giudizio ha contestato la fondatezza della domanda introdotta dal dott. C. nei confronti del soggetto da cui dipende, in quanto non esisterebbe alcun obbligo di garanzia e di manleva che discenda direttamente in capo alla Struttura Ospedaliera in forza del contratto di lavoro stipulato con i propri dipendenti.

Tutto ciò ferma l'insussistenza di ogni profilo di responsabilità in capo al dott. C..

3. Così ricostruite le rispettive posizioni in relazione alle diverse domande ed eccezioni attinenti al merito del giudizio -su temi diversi dall'eventuale quantificazione del danno su cui ci si soffermerà più avanti-, si può indubbiamente affermare che la domanda introdotta dagli attori verso l'X è fondata.

La sequenza degli eventi clinici rilevanti non è discussa ed emerge, peraltro, dalla documentazione medica (cartella clinica), anche per come ricostruita dai consulenti nominati in sede di Accertamento tecnico preventivo e di CTU nel corso del giudizio.

Il 29 marzo 2005 la sig.ra E.C., in anticipo sul termine previsto per la gestazione, dà alla luce A. presso la clinica ostetrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Dopo otto giorni di vita il neonato viene trasferito per la prosecuzione dell'accrescimento presso l'X.

Il 16 aprile, al dodicesimo giorno di vita, viene segnalata la "comparsa di lesioni bollose diametro 2 mm di cui 2 all'arto superiore sx e 1 al palmo della mano sx (diametro 4 mm) a contenuto limpido citrino (stafilococcia?)". Il 17 aprile vengono segnalate "ancora presenti ma in attenuazione le lesioni stafilococciche al braccio sx " E viene prescritta terapia con acyclovir, che prosegue fino al 21 aprile.

Il 18 aprile "presenti vescicole a contenuto sieroso purulento al braccio sn". Il 19 aprile "eruzione bollosa al palmo mano sinistra di dimensioni invariate a contenuto liquido giallognolo, eruzioni bollose più piccole in sede ascellare e lungo l'avanbraccio sinistro invariate... contattato laboratorio tampone inseminato il 18.4. prima lettura negativa". Il 20 aprile "non nuove edizioni bollose cute sottostante normali pregressa lesione cutanea in fase di risoluzione parentesi (crosta). Al braccio, invariate quelle alla mano sinistra. Il 21 quattro lesioni cutanee in fase crostosa nel braccio sinistro, ancora bolle di ripiene di gel caseoso giallastro sul palmo della mano sinistra, tre piccole bolle

sull'arcata ascellare anteriore sinistra". Il 22 aprile persistono lesioni bollose al palmo della mano. Apparentemente in riduzione.

Il 23 aprile "praticamente risolte le lesioni cutanee persisto due bolle giallastro di piccolo diametro al palmo della mano". Il 24 aprile "permane piccola bolla al palmo mano sinistra". Il 25 Aprile "in risoluzione anche la bolla del palmo della mano". Il 27 aprile "lesioni cutanee al palmo della mano sinistra in ulteriore miglioramento". Il 28 Aprile "presente una pustola al braccio sinistro a contenuto citrino ed una più piccola sul palmo della mano". Il 29 aprile "al palmo della mano sinistra bolle segnalati piene di croste permane ancora una bolla con liquido citrino". Il 30 aprile "nuove bolle: una in corrispondenza della piega antecubitale sinistra medialmente, una dorso dell'avambraccio sinistro a contenuto giallastro". Il 1° Maggio "una bolla comparsa ieri in fase di crostificazione, quella presso la piega ante cubitale è invariata". Il 2 maggio "al palmo della mano sinistra lesione crostosa".

In quella data le lesioni vescicolose vengono dichiarate "risolte completamente nel giro di 9 giorni" e A. viene dimesso.

La diagnosi di dimissione attesta: "prematurità, dermatite vescicolosa arto superiore sinistro, anemia". Il 3 maggio, tuttavia, dopo che i genitori hanno riportavano il neonato all'X perché sonnolento e svegliato all' alimentazione, il bambino viene ricoverato per anemizzazione (H. 7, 7) e recrudescenza della dermatite, con diagnosi di ingresso di "anemia acuta". Nell'anamnesi patologica di questo ricovero è riferito "durante la degenza non problemi particolari tranne comparsa di lesioni vescicolari confluenti a contenuto giallastro il 16.4 (accertamenti ematochimici e colturali negativi) regredita spontaneamente (eseguiti comunque terapia con targosid e zovirax)". Mentre l'esame obiettivo evidenziava, oltre alla persistente presenza di vescicole, ipotonia assiale.

Nonostante la terapia posta in atto, le vescicole aumentavano in numero ed estensione e viene eseguito un esame colturale su tampone mano sx da cui risultava "possibili patogeni St. epidermidis". Il 3 maggio sono attestate "nuove vescicole: gruppo di vescicole quarto dito mano sinistra, punta terzo dito mano sinistra, due vescicole palmo mano sinistra.

Gruppo vescicole presso primo dito mano sinistra, due vescicole avambraccio superiore, una papula presso cavo ascellare sinistro". Il 4 maggio sono attestate lesioni vescicolari all'arto superiore sinistro in aumento ove presenti, come ascella sinistra e braccio sinistro. Lo stesso giorno è effettuata una visita dermatologica specialistica con il Dott. L.C. il quale conferma la presenza di lesioni vescicolose a contenuto sieroso su fondo aflegmonico, qualcuna ad evoluzione crostosa, ricorrenti a pousses da tre settimane, all'arto superiore sinistro e ascella.

Il 7 maggio sono stabili le lesioni vescicolo-bollose alla mano e braccio sinistro. In ascella sinistra palpabili linfonodi ingrossati.

Il 12 maggio il piccolo A. veniva dimesso con diagnosi di "anemia del pretermine, stafilococcia cutanea". Il 20 maggio 2015, a seguito di un controllo in normale follow-up della prematurità, l'ecografia transfontanellare dimostrava "a livello dei nuclei della base e del parenchima cerebrale presenza di multiple aree iperecogene sia nelle proiezioni coronali che sagittali, in particolare estesa area iperecogena parasagittale sinistra " E la visita oculistica refertava "segni di pregressa necrosi retinica bilaterale".

Il bambino veniva, quindi, sottoposto a risonanza magnetica cerebrale che refertava una "presenza di estesi focolai di aumentata intensità di segnale (nelle sequenze T2 pesate) a livello corticale e sottocorticale di entrambi gli emisferi cerebrali, con maggiore evidenza in corrispondenza del lobo temporale di dx. Altri focolai con analoghe caratteristiche di segnale sono apprezzabili in corrispondenza di entrambi gli emisferi cerebellari con risparmio del verme. Altre lesioni caratterizzate da iperintensità di segnale in tutte le sequenze (con significato infartuale) sono apprezzabili a livello dei talami. Il sistema ventricolare permane in asse, volumetricamente nei limiti. Non si procede a somministrazione di mdc per motivi tecnici. Il Quadro R. può essere compatibile

con esiti di meningo-encefalite". Veniva anche eseguita rachicentesi per esame batteriologico e virologico, all' esito della quale il neonato veniva ricoverato per "sospetta meningoencefalite progressa e/o attuale di probabile origine virale". Il 25 maggio 2005 era riscontrato positivo alle I.X per HSV (Herpes Virus Simplex) ed iniziata terapia con acyclovir. Veniva successivamente effettuata una consulenza infettivologica che conduceva alla diagnosi: "quadro clinico sierologico suggestivo per prima infezione da HSV". Dopo il successivo ricovero le visite neuropsichiatriche evidenziavano "alterazioni neurologiche e neuro-comportamentali con lieve tendenza all'opistotono, motricità spontanea un po' povera, lieve ipotonia assiale con tendenza all'ipertono in estensione degli arti inferiori ed in flessione degli arti superiori. Gli EEG dimostravano depressione dell'attività elettrica cerebrale, e successivamente marcati segni di sofferenza cerebrale diffusa con incremento dell'attività parossistica". Il 10 giugno 2005, il piccolo A. veniva dimesso con diagnosi di "meningo-encefalite herpetica, anemia, probabile piccola zona di necrosi retinica acuta bilaterale". Il 20 febbraio 2006, presso veniva certificata "sofferenza cerebrale da meningoencefalite herpetica. Tetraparesi mista", con diagnosi funzionale di "tetraparesi distonica con ipotonia assiale e reazioni ipertoniche a livello degli arti".

3. Rispetto a questa cronologia clinica ai consulenti nominati in sede di ATP, dottoressa M.D. (medico-legale e ostetrico-ginecologo presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria X e Maria S.P. (medico-legale e neonatologo presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria M.D.) veniva, per quel che ora rileva, chiesto di accertare se "nell'operato medico professionale delle strutture ospedaliere convenute e dei medici chiamati, siano riscontrabili negligenza e/o imperizia e/o imprudenza secondo lo stato dell'arte al momento dei fatti - e se siano riscontrabili condotte omissive e/o commissive imprudenti e negligenti da parte delle stesse", chiarendo se l'attività medico professionale richiesta presentasse una particolare difficoltà e se vi fosse un rapporto causale tra le lesioni accertate e l'operato medico-professionale del personale sanitario intervenuto". L'esito della indagine portava i consulenti ad affermare che i medici che ebbero in cura il neonato presso l'X posero in atto una serie di condotte negligenti e imperite, perché omisero di valutare compiutamente il sospetto diagnostico di infezione herpetica, da ritenersi già legittimo in data 16 aprile vista la comparsa delle prime lesioni bollose; dopo la comparsa delle lesioni iniziarono una terapia incongrua, con sottodosaggio del farmaco; sospesero la terapia dopo soli quattro giorni, in assenza di conferma diagnostica specifica; non rivalutarono il sospetto diagnostico nelle settimane successive e nel ricovero successivo.

I medesimi consulenti hanno, altresì, affermato che la patologia che oggi affligge il bambino è derivata dall'infezione virale herpetica contratta e che è, quindi, in nesso di causalità con gli interventi clinici inidonei posti in essere dal personale medico alle dipendenze del convenuto XD. In particolare, i consulenti hanno affermato che a prescindere dalla genesi dell'infezione, "la successiva evoluzione dell'infezione dalla forma muco cutanea a quella encefalitica era prevedibile, diagnosticabile e curabile con un alto grado di probabilità di successo se la terapia fosse stata immediata, massimale e prolungata".

Rispetto allo sviluppo del ragionamento tecnico compiuto dai CTU nominati, all'interno della procedura peritale non è stata proposta alcuna osservazione critica dai consulenti delle parti diverse dagli attori.

In sede di giudizio, invece, l'X., come si è sopra riassunto, ha contestato l'esito della CTU svolta in sede di accertamento tecnico preventivo sotto più profili, che è opportuno qui riprendere.

In primo luogo, il convenuto ha ritenuto che fosse stata impropriamente esclusa la verticalità della catena di contagio (ossia dalla madre al figlio), in presenza della quale emergerebbero profili di responsabilità in capo all'istituto ospedaliero ove il parto è avvenuto.

In secondo luogo, ha ritenuto che i CTU abbiano sottovalutato il rilievo avuto nel decorso clinico dall'errata diagnosi compiuta dal dott. C., appositamente consultato quale esperto dal personale dell'istituto sanitario convenuto.

In terzo luogo, infine, il convenuto ha affermato che mancherebbero dati scientifici a supporto del nesso di causalità affermato tra le mancanze diagnostiche e terapeutiche e la patologia insorta. Ancora, il convenuto ha escluso la possibilità di individuare profili di colpa in capo ai sanitari da esso dipendenti, in quanto in occasione del primo ricovero le vescicole riscontrate, trattate a partire dall'accertata positività allo stafilococco epidermico, si sarebbero risolte completamente, mentre in occasione del secondo accesso la diagnosi di stafilococcia cutanea, di nuovo confermata dal nuovo tampone effettuato, veniva confermata da uno specialista appositamente consultato; tanto più considerando che ci si trovava in presenza di un caso che presupponeva "un grado di esperienza clinica di particolare complessità", per come riconosciuto dai CTU.

Per quel che riguarda l'accertamento del nesso di causalità e di specifici profili di colpa (nonché la natura e il grado di essa) del personale medico alle dipendenze dell'X di Negrar ci si soffermerà più avanti.

Appare, qui, opportuno affrontare prima i due argomenti posti dal convenuto in merito alla responsabilità dell'istituto ospedaliero ove il parto è avvenuto e dello specialista dermatologo consultato, dott. C., perché si tratta di due argomenti del tutto irrilevanti rispetto alla domanda introdotta nei confronti dell'X dagli attori e, quindi, che è opportuno affrontare preliminarmente.

F.XXX che su di essi si dovrà tornare al fine di valutare la fondatezza delle domande proposte dal convenuto verso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e il dott. C.

3.a Quanto al primo aspetto, relativo all'assunta responsabilità dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, rispetto all' esame della domanda introdotta dagli attori, non è, in realtà, di alcun interesse l'accertamento delle modalità attraverso cui o del momento in cui è avvenuta l'infezione, atteso che ciò che gli attori imputano al convenuto in termini di responsabilità sono gli errori compiuti in fase di diagnosi e di trattamento dell'infezione contratta, ovunque e in qualsiasi modo sia stata contratta.

E rispetto a questa eventuale responsabilità non ha alcun rilievo liberatorio per il convenuto accertare se vi siano state condotte colpose di terzi nella contrazione dell'infezione.

3.b. Quanto al secondo aspetto, relativo all'assunta responsabilità dello specialista dermatologo consultato, di nuovo, dal punto di vista della responsabilità di natura contrattuale che connota il rapporto tra gli attori e l'X, quest'ultimo non potrebbe andare immune da responsabilità anche ove l'evento fosse da attribuire, come sostiene il convenuto medesimo, ad una condotta negligente o imperita del medico specialista di cui si è avvalso per eseguire la propria prestazione in favore degli attori.

In forza dell'art. 1228 c.c., infatti, "il debitore, che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro", a prescindere dal fatto se siano o meno legati da un rapporto di subordinazione o di altro tipo.

Come ribadito ancora di recente anche dalla Corte di Cassazione, infatti: "la struttura sanitaria risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 c.c., ove tali danni siano dipesi dall' inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 c.c., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale, e ciò anche quando l' operatore non sia un suo dipendente" (Sez. 3 - , Sentenza n. 1043 del 17/01/2019). Piuttosto, rispetto alla domanda proposta dagli attori verso l'X è già la stessa prospettazione dei fatti proposta dal convenuto che ne fonderebbe la responsabilità verso gli attori, laddove addebitata allo specialista dott. C. la responsabilità dell'evento, per l'errata diagnosi compiuta, in quanto di quella negligenza o imperizia il convenuto è tenuto a rispondere verso gli attori.

3.c. Posto ciò, si può, invece, venire ad analizzare gli ulteriori aspetti dell'accertamento tecnico compiuto criticati dal convenuto, che assumono effettivamente rilievo al fine di valutare la fondatezza della domanda.

In merito al nesso di causalità non è discusso ed è accertato che la patologia che oggi compromette irrimediabilmente la salute del piccolo A. sia derivata dalla contrazione dell'infezione virale herpetica. Il convenuto contesta, però, che anche ove l'infezione fosse stata correttamente diagnosticata e trattata l'esito clinico avrebbe potuto essere lo stesso, in quanto anche un corretto e tempestivo trattamento non avrebbe escluso la degenerazione patologica verificatasi.

Al riguardo, tuttavia, per prima cosa deve essere tenuto fermo il dato, non contestato, per cui in assenza del prescritto trattamento terapeutico è certo il verificarsi dell'evento lesivo.

Quindi quel che è da valutare è se malgrado un corretto e tempestivo trattamento terapeutico l'evento lesivo si sarebbe ugualmente verificato.

A questo proposito, in presenza di casi di omissione di trattamenti appositamente elaborati e indicati dalla pratica medica per curare una patologia ed evitare le conseguenze più dannose che essa può produrre, l'esistenza di un nesso di causalità tra l'omissione di quell'intervento terapeutico e l'insorgere delle conseguenze dannose che esso mira ad elidere trova fondamento in quella stessa pratica medica, che si fonda esattamente sulla verifica empirica dell'idoneità (almeno probabilistica) del trattamento.

Per vincere un simile presunzione è, quindi, semmai onere di chi nega la sussistenza di quel nesso dimostrare che i trattamenti appositamente elaborati e indicati dalla pratica medica per curare una patologia siano in realtà privi di supporto scientifico, per essere inidonei allo scopo.

Peraltro, "in tema di responsabilità civile, la verifica del nesso causale tra condotta omissiva e fatto dannoso si sostanzia nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto. Tale giudizio deve essere effettuato sulla scorta del criterio del "più probabile che non", conformandosi ad uno standard di certezza probabilistica, che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (cd. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e, nel contempo, di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica o baconiana)" (Cass., sez. 3 -, ordinanza n. 23197 del 27/09/2018).

Ma già in questi termini Cass. Sez. U, Sentenza n. 576 del 11/01/2008, la quale ha chiarito che "il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante"- del tutto inverosimili" ma fermo restando "che, nell' accertamento del nesso causale in materia civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova oltre il ragionevole dubbio".

E nel caso di specie, come detto, è certo che l'omissione dell'intervento terapeutico ha prodotto l'evento dannoso, mentre un corretto e tempestivo intervento terapeutico avrebbe reso più probabile che non l'elusione degli effetti negativi dell'infezione contratta.

Su ciò la valutazione dei consulenti nominati sono del tutto convincenti e non incrinata da elementi di analogo peso scientifico.

Si veda la valutazione di pag. 45, supportata da studio scientifico di rilievo internazionale, per cui "il riconoscimento precoce e il trattamento immediato dell'infezione sono importanti nel ridurre la mortalità e l'incidenza di sequele neurologiche severe nei bambini che sopravvivono". D'altro canto



è lo stesso X convenuto in seno alla propria memoria conclusionale di replica, che, seppure per ritenere accertato che l'infezione sia stata contratta in sede di parto o che responsabile dei danni lamentati dagli attori sarebbe il dott. C., utilizza esattamente lo stesso criterio.

3.d. Così accertata la sussistenza del nesso di causalità tra l'omissione di una corretta diagnosi e terapia e l'evento dannoso, si può venire ad esaminare il punto centrale del giudizio, relativo all'individuazione di profili di colpa in capo ai soggetti che prestavano la loro attività in favore del convenuto.

Un esame da condurre certamente anche tenendo conto del fatto che, come indicato dai Consulenti nominati, "a causa della concomitante infezione batterica [...] l'attività medico professionale presupponeva un grado di esperienza clinica di particolare complessità anche in relazione alla considerazione che l'infezione herpetica, come evoluta nel caso in oggetto, non è un quadro di frequente riscontro soprattutto in reparti di cure neonatali di II livello...".

Un elemento quest'ultimo che il convenuto ritiene rilevante, al fine di escludere la propria responsabilità ai sensi dell'art. 2236 c.c., il quale limita la responsabilità professionale ai soli casi di dolo o colpa grave, ove la prestazione richiesta ed effettuata presentasse problemi tecnici di particolare difficoltà. Tuttavia, proprio per questo aspetto è necessario, per cominciare, osservare che "la limitazione della responsabilità professionale del medico ai soli casi di dolo o colpa grave a norma dell'art. 2236 cod. civ. si applica nelle sole ipotesi che presentino problemi tecnici di particolare difficoltà".

E, in ogni caso, che "tale limitazione di responsabilità attiene esclusivamente all'imperizia, non all'imprudenza e alla negligenza, con la conseguenza che risponde anche per colpa lieve il professionista che, nell'esecuzione di un intervento o di una terapia medica, provochi un danno per omissione di diligenza" (si veda Cass., Sez. 3, Sentenza n. 9085 del 19/04/2006). Un'affermazione rilevante perché nel caso di specie si è certamente anche in presenza di comportamenti imprudenti e negligenzi.

Tuttavia, in termini più generali, la colpa ravvisabile nel caso di specie è certamente caratterizzata anche da profili di gravità. È stato, infatti, correttamente posto in evidenza dai CTU (e non smentito da alcun dato diverso) che già all'insorgere della prima eruzione con lesioni bollose (il giorno 16.4) venne opportunamente disposta una terapia antibiotica, con successiva introduzione anche di una terapia antivirale, a riprova della corretta percezione da parte del personale medico che la patologia riscontrata potesse avere origine virale.

Malgrado ciò, tra gli accertamenti diagnostici effettivamente intrapresi non sono stati inclusi anche quelli specifici per l'herpes e ciò a fronte (come ancora correttamente posto in evidenza dai CTU e non smentito da alcun dato diverso) di una "lesione vescicolosa" "altamente suggestiva di infezione herpetica". Inoltre, è stato ancora correttamente posto in evidenza dai CTU (e, di nuovo, non smentito da alcun dato diverso) che il dosaggio della terapia antivirale correttamente intrapresa nella (così dimostrata) consapevolezza che il neonato poteva essere affetto da una infezione virale, è stato inferiore alla norma e, soprattutto, che quella terapia venne interrotta dopo soli quattro giorni, dopo la positività dei tamponi a due germi, "stafilococco epidermide e enterococco". Positività che (come riferisce lo stesso convenuto) appare probabile abbia orientato le determinazioni cliniche, suggerendo di continuare la terapia antibiotica e abbandonare quella antivirale.

Ma ciò, di nuovo, malgrado (come già visto essere stato posto in evidenza dai CTU e non smentito da alcun dato diverso), la riscontrata "lesione vescicolosa" fosse "altamente suggestiva di infezione herpetica" e malgrado le buone condizioni cliniche del bambino e gli esami ematochimici generali non suffragassero l'ipotesi di un'infezione batterica (P. negativa, emocromo negativo). Infine, nonostante la permanenza delle lesioni pur sotto terapia antibiotica, che avrebbe dovuto attestare l'inefficacia del trattamento, non emerse alcun dubbio diagnostico, né fu richiesta una consulenza

infettivologica o dermatologica, mentre il bambino venne dimesso, malgrado la permanente presenza di una lesione, seppure crostosa, senza, peraltro, prevedere alcun monitoraggio accurato. Per questo aspetto il convenuto fa riferimento ad una manifestazione cutanea del tutto rientrata al momento della dimissione, ma se anche si dovesse ritenere rientrata la manifestazione cutanea malgrado la permanenza di lesioni crostose (e così non è), non avendo compiuto alcuna analisi clinica che escludesse la lesione virale, il personale medico avrebbe dovuto mantenere ferma la terapia iniziata e, in ogni caso, monitorare il paziente, essendo tipico dell'infezione virale erpetica (per come sempre segnato dai CTU e non smentito) la presenza di andamenti ondivaghi, con regressioni e recrudescenze.

Per questo aspetto si è visto sopra come il 22 aprile si dava atto del persistere delle lesioni bollose al palmo della mano, specificando che erano "apparentemente in riduzione". E il 23 aprile venivano date per "praticamente risolte le lesioni cutanee" malgrado la persistenza di "due bolle giallastre di piccolo diametro al palmo della mano". E ancora data come "in risoluzione anche la bolla del palmo della mano" il 25 Aprile e "in ulteriore miglioramento" il 27 aprile.

Ma il 28 Aprile si doveva dare atto della presenza di una nuova "pustola al braccio sinistro a contenuto citrino" e di un'altra "più piccola sul palmo della mano".

Ma, soprattutto, il 30 aprile vi era la comparsa di "nuove bolle: una in corrispondenza della piega antecubitale sinistra medialmente, una dorso dell'avambraccio sinistro a contenuto giallastro". Di tal che, prima di poter ritenere rientrata l'infezione cutanea, essendo, fra l'altro, ancora presenti lesioni crostose ed essendosi già manifestate nei giorni precedenti recrudescenze dopo apparenti risoluzioni, sarebbe stato, quanto meno necessario un monitoraggio. A prescindere dal fatto che quelle recrudescenze, come detto, avrebbero dovuto suggerire altri percorsi diagnostici e terapeutici.

Ancora più gravemente, poi, al successivo ricovero, dopo che nell'arco di sole 24 ore si era manifestata una nuova eruzione vescicolosa, la diagnosi in ingresso fu solo di anemia acuta, senza alcun approfondimento, se non una visita dermatologica, il che ancora una volta attesta come non venne presa in alcuna considerazione l'ipotesi di un'infezione virale, erpetica in particolare, invece altamente sintomatica alla luce del complesso dei dati clinici, a quel punto tanto più chiari, vista l'ulteriore seria recrudescenza delle eruzioni.

Senza contare che anche la visita dermatologica si mostrò inadeguata e, inoltre, che malgrado in ogni caso il dermatologo sollecitasse, in caso di permanenza delle lesioni, più approfonditi accertamenti, di nuovo il neonato venne dimesso senza dare corso a quegli accertamenti.

In conclusione, quindi, vi è stata una grave negligenza nel non dare corso agli accertamenti clinici ad ampio spettro che la situazione avrebbe imposto e ciò per un lungo lasso di tempo, acquietando la diagnosi e il monitoraggio sul minore su una delle ipotesi diagnostiche, fra l'altro neppure la più accreditata alla luce degli elementi clinici complessivi.

La domanda introdotta dagli attori nei confronti dell'X convenuto è, quindi, fondata con riferimento ai presupposti normativi della responsabilità.

4. Si può, quindi, venire ad analizzare il profilo pertinente alla quantificazione del danno provocato da quella condotta.

4.a. Al riguardo, non è contestata l'individuazione dei punti di invalidità permanente al 95%, che parametrato all'anno di età del minore comporta, in applicazione delle Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano con riferimento all'anno del fatto (2009), l'individuazione di un importo di euro 1.045.058, 00, da rivalutare e da maggiorare degli interessi sulla somma via via rivalutata.

Del tutto non condivisibile è, invece, la pretesa del convenuto di abbattere l'importo liquidabile in ragione del fatto che le Tabelle applicate sarebbero elaborate con riferimento ad una aspettativa di vita media di circa 83 anni, mentre nel caso di specie l'aspettativa di vita del piccolo A. è stata ritenuta ampiamente inferiore dagli stessi CTU nominati.

In realtà, proprio per le invalidità più gravi, che in quanto tali incidono sulle aspettative di vita, i punti di invalidità sono da intendere parametrati anche all'incidenza negativa dell'evento lesivo sull'aspettata di vita, e, d'altronde, ove non lo fossero dovrebbe essere valutata come specifica voce di danno proprio la riduzione dell'aspettativa di vita provocata dal fatto dannoso, che, invece, non deve essere considerata proprio perché già inclusa nel valore monetario dei punti di invalidità. Nel calcolare il danno sulla durata media, quindi, per quei soggetti la cui aspettativa di vita è ridotta in conseguenza del danno subito, la differenza è appunto da considerare un modo per remunerare il danno specifico costituito proprio dalla contrazione dell'aspettativa di vita.

4.b. Non corretta è, invece, la richiesta personalizzazione (nella misura massima) formulata dagli attori, in quanto è, al contrario, condivisibile l'affermazione per cui l'invalidità accertata, nella misura del 95%, tiene già conto della severità del danno e delle sue conseguenze, senza la necessità di ricorrere alla cd. personalizzazione di esso per pervenire ad una liquidazione equa, adeguata e proporzionata.

In generale, peraltro, come osservato condivisibilmente dalla Corte di Cassazione "la parte che chiede il risarcimento per pregiudizi ulteriori rispetto a quelli già forfettariamente compensati con la liquidazione attraverso i meccanismi tabellari, deve allegare altri pregiudizi di tipo esistenziale, individuando specifiche circostanze che incidano su aspetti "eccezionali". E non semplicemente quotidiani della vita, tali, per caratteristiche, dimensione od intensità ed in relazione alle proprie particolari condizioni di vita, da porli al di fuori delle conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età" (Cass., Sez. 3 -, Sentenza n. 24155 del 04/10/2018), senza che siano "conferenti il riferimento al riconoscimento costituzionale dell'interesse violato ed alla gravità della lesione invalidante, poiché, per quanto riguarda il primo, esso consente di estendere la tutela risarcitoria al danno non patrimoniale in difetto di un'espressa previsione di legge, mentre il secondo è soltanto uno dei parametri utilizzati nell'attribuzione del valore tabellare del danno non patrimoniale, sotto il profilo del danno morale soggettivo" (Cass., Sez. 3 -, Sentenza n. 24155 del 04/10/2018). Nel caso di specie l'esigenza di una personalizzazione del danno è ricordata dagli attori al fatto che il piccolo A. è stato privato di ogni attività ricreativa e relazionale e che l'evento ha inciso sulle sue aspettative di vita, ma tutti questi aspetti sono esattamente conseguenti e proprio del danno subito e considerati nella quantificazione di esso, senza che si possano ritenere elementi personali, propri dello specifico caso, in relazione a caratteri specifici del danneggiato.

4.c. Corretta è, invece, la richiesta di liquidazione di un danno ulteriore per la perdita di capacità lavorativa conseguente all'evento dannoso, perché per effetto della patologia contratta indubbiamente vi sarà una perdita radicale del reddito altrimenti producibile con il proprio lavoro. Una voce di danno, vista l'età del soggetto che la subisce, da liquidare equitativamente, tenendo conto della data di prevedibile inserimento nel mondo del lavoro, del reddito prospettabile e delle aspettative di vita.

La vicenda ha, infatti, privato radicalmente il danneggiato della un reddito, che sono due eventi che si possono ritenere certi, seppure il loro valore monetario sia da individuare secondo elementi di valutazione presuntiva, sia in relazione alla data di inserimento nel mondo del lavoro che al reddito prospettabile, mentre per l'aspettativa di vita soccorre la valutazione compiuta dai consulenti. Al riguardo gli attori hanno individuato quali dati idonei a guidare questa valutazione equitativa nell'età di 18 anni l'inserimento nel mondo del lavoro, in 40 anni l'aspettativa di vita e in 22.000,00 mila euro il reddito annuo perso.

Tuttavia, nell'ambito di questa complessa attività di liquidazione, l'inserimento nel mondo del lavoro non può essere credibilmente collocato prima dei 22/23 anni di età, in considerazione della famiglia di appartenenza, che consente di ritenere plausibile il completamento del ciclo di studi, anche di livello universitario, e, in ogni caso, valutando il concreto mercato del lavoro.

L'aspettativa di vita, invece, è stata fissata dai CTU, con osservazioni congrue e offerta di elementi di valutazione accurati intorno all'età di 30 anni. Non già, come sostengono gli attori, di 30 anni oltre i 12 anni che il minore aveva al momento in cui è stato esaminato. Infatti, la posizione dei CTU si comprende perfettamente da come si esprimono nella relazione e tanto più da come rispondono alle osservazioni del CTP dott.ssa C..

Quanto al reddito annuo da tenere in considerazione può effettivamente essere fissato nella misura di 19.500,00 euro annui, pari ad euro 1500,00 per 13 mensilità, considerato che si deve fare riferimento ad uno stipendio connesso ad un primo inserimento lavorativo e con anzianità massima di 8 anni.

In ragione di queste valutazioni, che, lo si ripete, costituiscono solo elementi di valutazione a supporto di una decisione che non può che restare equitativa, l'importo complessivo liquidabile può essere fissato nella misura congrua di euro 156.000,00

4.d. Ulteriori voci di danno indicate dagli attori sono costituite dalle spese di assistenza personale, anche futura (quantificate in euro 1.008.000,00, pari ad euro 36.000,00 x anni 28), nonché dalle spese sostenute e da sostenersi per visite, cure, prodotti farmaceutici non passati dal SSN, trattamenti fisioterapici, acquisti veicoli speciali di trasporto muniti di piattaforma mobile per carrozzella, abbattimento barriere architettoniche, sollevatore montascale etc. (quantificate in euro 100.000,00).

Per questi aspetti, peraltro, occorre osservare, per prima cosa, che le spese future causate dal fatto illecito, per essere risarcibili, non possono essere ipotetiche, ma debbono essere dotate di un margine di concretezza che le faccia apparire come certe, considerando anche, a questi fini, che vi sono spese che, in ragione dell'epoca del fatto, ove necessarie avrebbero già dovuto essere realizzate e documentate nel processo, per cui ove non lo siano non si può ipotizzarle per il futuro. Inoltre, a fronte di una rete di servizi per le persone disabili o non autosufficienti garantiti dalla Regione, come risulta essere previsto nella Regione Veneto (v. legge regionale 16/2007, DGR 1338/2013, DGR 39/2006, DGR 3982/2005, DGR 3930/2001), oltre che dal sistema sanitario in relazione agli interventi più propriamente medici e terapeutici, diviene onere di chi formula la relativa domanda provare, anche a mezzo di presunzioni, che malgrado quella rete di servizi residuerebbero oneri economici gravanti sul danneggiato.

E, peraltro, anche i CTU nominati in sede di ATP hanno osservato come il Sistema Sanitario Nazionale e le prestazioni garantite dall'assistenza sociale siano in grado di evitare esborsi per spese di natura medico/assistenziali.

A fronte di ciò gli attori non hanno offerto alcuna prova, né hanno documentato o provato di aver già sostenuto spese specifiche e l'unico teste introdotto sul punto, la signora A.L., ha riferito di non avere conoscenza di eventuali spese sostenute dagli attori.

Tuttavia, tenendo conto della concreta patologia, radicalmente invalidante, ed esaminati gli interventi che sono garantiti dall'apparato socio assistenziale (che ad esempio escludono l'assistenza domiciliare notturna o interventi per l'acquisto di automezzi idonei alla mobilità), si può ritenere in ogni caso sussistente un margine di spese fisso che graverà sul danneggiato, che si ritiene corretto individuare equitativamente in un importo complessivo forfettario pari a complessivi euro 172.800,00, liquidato in moneta attuale, prendendo a riferimento un importo mensile di euro 900,00 calcolato su 16 anni (ossia dal momento in cui la causa è stata trattenuta in decisione e quindi con preclusione per gli attori di provare le spese già sostenute e rispetto all'aspettativa di vita).

4.e. Dagli importi così accertati a favore degli attori, quali genitori di A., andranno, invece, detratti gli importi riconosciuti a titolo di indennità di accompagnamento, già liquidati al 25.10.2007 in euro 5.485,04, e ulteriormente quantificabili (visto l'importo della relativa indennità per come già determinato) per il 2008 in 5.581,08, per il 2009 in euro 5.664,48, per il 2010 in euro 5.765,64, per

il 2011 in euro 5.848, 68, per il 2012 in euro 5.915, 64, per il 2013 in euro 5.991,24, per il 2014 in euro 6.048, 84, per il 2015 in euro 6.192, 60, per il 2016 in euro 6.148, 08, per il 2017 in euro 6.185, 16, per il 2018 in euro 6.196, 20, per il 2019 in euro 6.214, 09; mentre per i residui anni dal 2020 al marzo 2035 (sempre tenendo conto i trent' anni previsti di vita) si possono quantificare in euro 93.211,20 (prendendo a riferimento l' importo dell' indennità al 2019, in quanto l'aumento consiste solo nell' adeguamento all' aumento del costo della vita e il calcolo deve essere effettuato in moneta attuale, in quanto ad oggi deve essere decurtato dall' importo individuato a favore degli attori). Il tutto per un importo complessivo di euro 170.447, 97.

Infatti, nella liquidazione del danno patrimoniale consistente nelle spese che la vittima di lesioni personali deve sostenere in conseguenza del fatto dannoso il giudice deve detrarre dal credito risarcitorio i benefici spettanti alla vittima a titolo di indennità di accompagnamento che costituisce un ristoro specifico di quelle spese (per il riconoscimento di questo principio Cass., Sez. 3, Sentenza n. 7774 del 20/04/2016, ma, soprattutto, Cass., Sez. Un., Sentenza n. 12567 del 22/05/2018).

4.f. Peraltro, dagli importi accertati a favore degli attori andranno detratte anche le somme attribuite in conseguenza della condizione conseguita all'evento dannoso a titolo di pensione di invalidità, per come comunicati dall'Inps con nota del 21.12.2009 e quantificabili in euro 4.720, 40 per il 2009 più euro 480,47 per 13 mensilità annuali, da calcolare dal gennaio 2010 al marzo 2035 (per i trent' anni previsti di vita), pari, quindi, ad euro 160.873,15, in moneta attuale in quanto è ad oggi che detto importo deve essere decurtato da quanto va posto a carico del convenuto responsabile.

Per quest' ultimo aspetto è vero che in forza di quanto affermato dalla Corte di Cassazione, a sezioni unite (sentenza n. 12564 del 22/05/2018) "dal risarcimento del danno patrimoniale patito dal familiare di persona deceduta per colpa altrui non deve essere detratto il valore capitale della pensione di reversibilità accordata dall'Inps al familiare superstite in conseguenza della morte del congiunto, trattandosi di una forma di tutela previdenziale connessa ad un peculiare fondamento solidaristico e non geneticamente connotata dalla finalità di rimuovere le conseguenze prodottesi nel patrimonio del danneggiato per effetto dell' illecito del terzo", tuttavia, il caso esaminato dalla Corte era del tutto diverso (trattandosi di pensione di reversibilità) , tanto che la stessa Corte, con le sentenze gemelle dello stesso 22 maggio 2018 nn. 12565 e 12566 e 12567 ha riconosciuto per altri casi la detrazione di altre remunerazioni conseguite all' evento dannoso.

Con riferimento alla pensione di invalidità per essa vi è certamente "un collegamento funzionale tra la causa dell'attribuzione patrimoniale e l'obbligazione risarcitoria", che è ciò che deve essere valutato secondo le citate Sezioni unite ai fini dell'operatività della compensatio, in quanto senza l'evento la pensione di invalidità non sarebbe stata corrisposta. In modo del tutto diverso dalla pensione di reversibilità oggetto della pronuncia citata, che è, infatti, una contropartita che l'ordinamento garantisce al lavoratore (ed in parte al coniuge superstite) in ragione del fatto che con

trattenute sulla propria retribuzione ha contribuito alla costituzione della sua posizione previdenziale.

Inoltre, la pensione di invalidità è specificamente connotata dalla finalità di rimuovere le conseguenze prodottesi nel patrimonio del danneggiato dal fatto di non poter svolgere un'attività lavorativa, per cui una limitazione al principio della compensatio sarebbe del tutto priva di senso a fronte di un danno riconosciuto anche in ragione della perdita di reddito conseguente alla perdita di capacità lavorativa.

5.a. Per venire ad esaminare la richiesta risarcitoria da c.d. "danno riflesso", conseguita in capo ai familiari per la lesione subita rispettivamente dal figlio e dal fratello, gli attori hanno ritenuto che andasse riconosciuto un importo di euro 400.000,00 per ciascun genitore e di euro 200.000,00 per il fratello T., con l' aggiunta per la madre, E.C., di un ulteriore importo, quantificato in euro

175.000,00, relativo al danno di natura patrimoniale derivato dalla riduzione annua media di 50.000,00 euro del reddito da lavoro, per anni 35, dovuta alla necessità di prestare assistenza al figlio.

Per questo aspetto, l'X convenuto (e la propria assicurazione C.) ha ritenuto che l'importo indicato a titolo di danno riflesso fosse del tutto incongruo, per essere superiore a quello riconosciuto dalle tabelle Milanesi per il danno riflesso in caso di morte, mentre rispetto alla richiesta avanzata dalla stessa signora C. per la contrazione del proprio reddito ha opposto che le prove assunte avrebbero dimostrato la scarsa incidenza sul reddito del mutamento di mansioni, il quale, inoltre, sarebbe derivato dall'evento della nascita del secondo figlio, con l'aumento delle necessità familiari, non già dalla patologia di cui il cui era affetto il figlio.

Per cominciare, indubbiamente è riconoscibile, e per vero non contestato, un diritto in capo ai familiari del soggetto vittima della condotta colposa altrui ad ottenere un ristoro per i danni che l'evento lesivo ha provocato al corretto esplicarsi delle loro relazioni parentali anche in presenza di lesioni seriamente invalidanti, come quelle qui accertate e non solo in caso di morte (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 10816 del 08/06/2004).

Per la liquidazione di detto danno le Tabelle adottate dal Tribunale di Milano, e che debbono orientare la valutazione equitativa rimessa al giudice, si limitano a prevedere quale tetto massimo per la liquidazione di questa tipologia di danno quello previsto per il caso di morte del prossimo congiunto.

Di certo, dunque, la quantificazione operata dagli attori, che supera quel tetto, deve essere certamente disattesa.

Peraltro, rispetto alla radicale e definitiva perdita di un congiunto, il sopravvenire di lesioni seriamente invalidanti, che involgono proprio la sfera relazionale del danneggiato e, di riflesso, dei prossimi congiunti (come avviene nel caso di specie), non può essere valutata come di portata identica alla perdita definitiva da morte, perché in presenza di un soggetto affetto da lesioni anche gravi, anche nelle condizioni più fortemente deficitarie sul piano della capacità relazionale, tuttavia, permane una sfera di affettività reciproca.

Per converso, però, va altresì considerata, come elemento di valutazione a questi fini, anche la contrazione dell'aspettativa di vita conseguita all'evento lesivo, che condurrà ad una perdita anticipata del prossimo congiunto.

Dal concorso di questi elementi si ritiene, quindi, corretto, fissare l'entità del ristoro in favore della madre e del padre, tenendo a riferimento le citate tabelle, in euro 150.000,00 ognuno, prossimo al valore monetario medio per il caso di morte e in favore del fratello in euro 20.000,00 parimenti prossimo al valore monetario medio per il caso di morte, valutato per quest'ultimo che l'evento si è verificato prima della sua nascita, ma che nel corso della propria vita inciderà negativamente la difficoltà relazione con il fratello.

Importi da intendersi liquidati in questo caso applicando le tabelle vigenti e, quindi, in moneta attuale, già inclusi, pertanto, interessi e rivalutazione fino alla data odierna.

5.b. Per quanto riguarda il danno patrimoniale diretto lamentato dalla signora C., si deve ritenere provato che a seguito dell'evento oggetto del presente procedimento l'attrice abbia effettivamente dovuto assumere funzioni diverse da quelle svolte precedentemente, che erano di maggiore responsabilità, tuttavia, è pure emerso che a quella diversità non corrispondeva una retribuzione diversa, ma solo la possibilità di godere di premi aziendali, seppure del tutto eventuali. Su ciò è esaustiva la prova testimoniale a mezzo del teste Z. introdotta dagli attori.

Quanto al fatto che effettivamente all'attrice siano conseguite contrazioni del reddito, in conseguenza dell'omesso conseguimento di premi aziendali, sono stati prodotti dagli attori sub doc. 6 i CUD relativi alla signora C., ma non, come invece si legge nell'indice e negli atti, dal 2004 al 2012, bensì solo dal 2006 al 2010 (la produzione è effettuata in plico rilegato quindi non vi può essere

stato smarrimento o altro). Dall'esame dei CUD prodotti (per vero non propriamente significativi visto che il cambio funzioni è avvenuto a fine 2005) non si apprezzando contrazioni nel reddito prodotto, che anzi cresce nel confronto tra il reddito 2005 (CUD 2006) e il reddito 2009 (CUD 2010) di 5.000, 00 euro.

Detta domanda va, quindi, rigettata.

6. Così accertata la responsabilità del convenuto X e quantificato il danno è ora necessario esaminare le domande svolte dal convenuto verso vari altri soggetti, nonché le ulteriori domande proposte dai soggetti chiamati verso altre parti da questi parimenti chiamate.

6.a. Per cominciare, come si è già visto, l'X convenuto ha chiamato in giudizio l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Borgo Roma e il dott. C..

Va osservato, peraltro, che sia verso il dott. C.L. che verso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Borgo Roma il convenuto non ha svolto un'azione di regresso (per l'ipotesi di un'obbligazione solidale derivante da un concorso nella responsabilità) o di rivalsa (per l'ipotesi di una responsabilità del terzo chiamato verso l'X), ma ha chiesto di accertare, per come si legge nelle conclusioni rassegnate, la responsabilità esclusiva dei predetti terzi chiamati, con condanna dei medesimi al risarcimento dei danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali, patiti dagli attori.

Con ciò, quindi, quel che l'X convenuto ha chiesto di accertare è che l'evento lesivo lamentato dagli attori sia addebitato ad altri, con esonero della propria responsabilità. Per la differenza tra queste domande si consideri quanto affermato dalla Corte di Cassazione per cui "qualora il convenuto in un giudizio di risarcimento dei danni, chiami in causa un terzo indicandolo come soggetto (cor)responsabile della pretesa fatta valere dall'attore e chieda di essere manlevato in caso di accoglimento della pretesa attorea, senza porre in dubbio la propria legittimazione passiva, si versa in una ipotesi di chiamata in garanzia, nella quale non opera la regola della automatica estensione della domanda al terzo chiamato (Cass., Sez. 3 -, Ordinanza n. 30601 del 27/11/2018), mentre diverso è caso in cui "il convenuto, nel dedurre il difetto della propria legittimazione passiva, chiami un terzo indicandolo come il vero legittimato passivo" (Cass., Sez. 2 -, Ordinanza n. 22050 del 11/09/2018). Già per questo aspetto, quindi, ad ambedue le domande non si potrebbe dare seguito positivo, perché, come si è già visto, la domanda proposta dagli attori verso l'X era diretta ad accertare il cattivo adempimento della prestazione espletata in occasione del ricovero del figlio presso la struttura sanitaria gestita dal medesimo ospedale, e rispetto a quella domanda, per prima cosa, anche ove vi fosse stato a monte un qualche profilo di responsabilità di terzi nella contrazione dell'infezione da parte del neonato, ciò non avrebbe alcun rilievo, perché la pretesa azionata dagli attori ha come presupposto l'omessa individuazione di quella infezione e l'errato decorso terapeutico e, in secondo luogo, perché anche ove l'evento fosse riferibile a negligenza o imperizia del dott. C. non potrebbe essere condannato quest'ultimo a rifondere i danni in luogo dell'X, in quanto responsabile verso gli attori per la domanda da loro introdotta resterebbe in ogni caso l'X in forza di quel che si è già visto sopra.

Semmai, quindi, quel che l'X convenuto avrebbe potuto esercitare sarebbe stato, verso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Borgo Roma un'eventuale azione di regresso, per l'ipotesi di una compartecipazione nell'evento dannoso e verso il dott. C. un'azione di rivalsa, per il cattivo adempimento della prestazione da lui effettuata in favore dell'X convenuto.

Domande qui non introdotte.

Per completezza di motivazione e per il caso in cui non si condividano le conclusioni ora rassegnate circa l'esatta qualificazione delle domande proposte, si affrontano, però, anche queste possibili prospettazioni.

6.b. Al riguardo, in primo luogo la citazione in giudizio dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Borgo Roma per l'assunta responsabilità patrimoniale relativa ad un fatto avvenuto

allorché la clinica dove è intervenuto il parto era gestita dalla precedente Azienda ospedaliera appare corretta in riferimento al soggetto individuato. Infatti, l'art. 3 ter dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, introdotto dall' art. 3 della legge regionale n. 18 del 07 agosto 2009, espressamente prevede che allorché "venga costituita l'Azienda ospedaliero-universitaria integrata, l'Azienda Ospedaliera cessa di essere tale al fine di assumere la nuova configurazione giuridica di Azienda ospedaliera-universitaria integrata", con il che la legge attesta che non vi è la creazione di un soggetto giuridico nuovo e una soppressione del precedente, ma una mera modifica della "configurazione giuridica", da ricondurre, proprio per questo, nel genere delle mere trasformazioni giuridiche di un ente, disciplinate dall' art. 2498 c.c..

E rispetto a ciò non può condurre a risultati diversi quanto disposto con Deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 3345 del 10 novembre 2009, in quanto un simile deliberato è inidoneo, in ragione della gerarchia delle fonti, a modificare il chiaro contenuto della citata norma adottata con legge regionale e, quindi, quella deliberazione è da intendere solo nel senso che, pur ferma la mera trasformazione dell'Azienda in Azienda ospedaliero-universitaria integrata, viene costituito un soggetto con il compito di procedere all' attività di liquidazione delle posizioni debitorie facenti capo all' Azienda, ma senza che, rispetto ai terzi, questi sia l'unico legittimato passivo, restando certamente tale (quanto meno anche) il soggetto succeduto all'Azienda per effetto di una mera trasformazione della "configurazione giuridica".

Situazione, vale la pena segnalarlo, del tutto diversa da quella realizzatasi con l'art. 6 legge n. 724 del 1994. Fermo ciò, tuttavia, la domanda introdotta, anche ove si dovesse prescindere da quanto già detto sopra, e intenderla come domanda di regresso, sarebbe ugualmente infondata per più aspetti.

Per prima cosa, l'X è stato convenuto per una sua specifica responsabilità contrattuale connessa ad una cattiva esecuzione della prestazione richiestagli, di diagnosi e terapia di una patologia in atto, per cui nessuna legittimazione possiede ad agire verso il soggetto cui sarebbe, in ipotesi, riconducibile l'insorgere della patologia. In un caso simile, infatti, si è del tutto al di fuori di un'ipotesi di responsabilità solidale, né di un qualche diritto di regresso.

In secondo luogo, il mero insorgere della patologia non avrebbe provocato i danni per i quali oggi pende il presente giudizio, se l'intervento diagnostico e terapeutico richiesto all'X convenuto fosse stato prestato in modo non negligente o imperito.

Ma, infine, e in modo decisivo, non vi è, né è stata offerta, alcuna minima evidenza che l'insorgere della patologia sia da ricondurre ad una qualche colpa del personale medico che operava alle dipendenze dell'Azienda Ospedaliera ove è avvenuto il parto, segnatamente per non aver rilevato l'infezione già in atto nella partoriente o comunque evitato il contagio.

A questo proposito, piuttosto, l'accertamento compiuto dai consulenti (non contestato con argomenti

scientifici di pari rilievo), che ha verificato la presenza sia nella madre che nel bambino di infezione a 56 giorni dalla nascita, depone nel senso che anche la madre è stata infettata nei primi giorni dopo il parto e ciò coerentemente con la negatività degli spot alla nascita per la ricerca del virale per il virus herpes effettuata dagli stessi consulenti.

Con esclusione, quindi, dell'ipotesi prospettata dall'X convenuto di trasmissione verticale del contagio.

6.c. Per quel che riguarda il rapporto tra l'X convenuto e il dott. C., invece, una domanda di rivalsa del primo verso il secondo sarebbe stata certamente proponibile, e ove si ritenga qui proposta (in contrasto per vero con il chiaro contenuto delle conclusioni formulate, come sopra trascritte, ove, lo si ripete, il convenuto chiama in giudizio il dott. C. solo per ottenere l'accertamento della sua esclusiva responsabilità verso gli attori per i danni lamentati), non si può non rilevare come essa sia infondata. Infatti, sul punto relativo alla responsabilità del dott. C. e all'incidenza della sua condotta



sugli eventi lesivi per i quali ora l'X convenuto, per il quale il dott. C. ha svolto le sue prestazioni specialistiche, è chiamato a rispondere dei relativi danni, si erano già soffertati i CTU nominati in sede di accertamento tecnico preventivo, ritenendo che l'evento dannoso si fosse già verificato prima dell'attivazione della consulenza del dott. C.. Ma su quel punto specifico, relativo alla responsabilità del dott. C. e all'incidenza della sua condotta sugli eventi lesivi, in sede di giudizio si è espressamente proceduto con una nuova CTU, con i medesimi consulenti, i quali sono pervenuti alle medesime conclusioni.

Pur tenendo conto che effettivamente un elemento viziante in danno del dott. C. ha caratterizzato la CtU sul punto, in quanto i consulenti nominati hanno impropriamente utilizzato una dichiarazione resa al di fuori del procedimento da una parte (ossia l'affermazione resa solo alle CTU dalla signora C. per cui il dott. C. le avrebbe detto di sospettare che si trattasse di un'infezione da herpes), in ogni caso, le conclusioni cui sono giunti i CTU è che anche ove il dott. C. avesse dato corso ad un trattamento coerente con l'infezione herpetica sospettata e che certamente, a quel momento, doveva, tanto più, essere ravvisata, in ogni caso non avrebbe evitato le conseguenze dannose per cui oggi è attivata l'azione risarcitoria.

Infatti, pur ravvisando i CTU, con valutazione condivisibile, un errore diagnostico da parte del dott. C., gli stessi CTU hanno osservato come "il carattere altamente necrotizzante dell'infezione herpetica", che impone di "datare la complicità encefalitica in un periodo precedente all'intervento del dermatologo", conduce a considerare "il danno neurologico già strutturato" a quel momento.

E al riguardo i CTU hanno anche evidenziato come anche "la sonnolenza, l'ipotonia e la difficoltà ad alimentarsi del bambino [ndr manifestate prima del secondo ricovero e quindi prima dell'intervento del dott. C.] siano manifestazioni cliniche della meningo-encefalite che lo stava aggredendo".

In conseguenza di ciò per il danno accertato l'X non si può rivalere sul dott. C., perché non è un danno riferibile alla prestazione effettuata da quest'ultimo in favore della struttura ospedaliera presso la quale ha operato, seppure certamente resa in modo imperito.

Fatto che ove, invece, si volesse ritenere che un utile intervento terapeutico era ancora possibile al momento dell'intervento del dott. C., andrebbe allora considerato che questi è vero che non diagnosticò l'infezione herpetica, come invece certamente era possibile e necessario fare in quel momento, ma che in ogni caso indicò l'esigenza di approfondimenti presso una struttura specializzata ove le manifestazioni cutanee non fossero rientrate, ma quegli approfondimenti non furono fatti.

L'X, quindi, dovrà far fronte anche alle spese legali sostenute dal dott. C. e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Borgo Roma.

6.d. Cadendo la domanda proposta avverso il dott. C. viene meno la necessità di affrontare le domande svolte da quest'ultimo verso l'ente da cui dipende e, in modo connesso, le domande proposte dall'ente verso la propria assicurazione, salvo doverne valutare la fondatezza al fine del riparto delle spese. A questi fini va detto che era indubbiamente fondata la domanda proposta dal dott. C. verso l'ente da cui dipendeva, perché seppure sia evidente che, in generale, non abbia titolo il soggetto che presta un'attività lavorativa a favore di un terzo di chiedere che questi lo tenga indenne per i danni che dovessero essere derivati dalla propria attività lavorativa, tuttavia, una legittimazione ad agire verso il proprio datore di lavoro sussiste se questi si sia contrattualmente impegnato verso il proprio dipendente a garantirgli una simile copertura, come certamente avviene allorché il datore di lavoro si sia obbligato a contrarre un'assicurazione diretta a garantire i propri dipendenti per i danni che dovessero derivare dallo svolgimento dell'attività lavorativa. Situazione pacificamente esistente nel caso di specie.

In questo caso, infatti, il lavoratore, chiamato in giudizio per rispondere dei danni derivati dallo svolgimento della propria attività ben può agire, anche nello stesso procedimento, affinché il

proprio datore di lavoro, come da impegno contrattuale, sia chiamato nel giudizio per garantirgli quella copertura assicurativa che si è impegnato a garantirgli o, in mancanza di essa, affinché risponda direttamente, in via contrattuale, per l'inadempimento a quell'obbligo, facendo fronte a quanto il dipendente sia tenuto a corrispondere in ragione dello svolgimento della propria attività. Peraltro, l'Azienda non ha neppure eccepito alcunché in merito alla propria chiamata da parte del dott. C. (contestata invece dall'assicurazione chiamata dall'Azienda) e, quindi, le spese sostenute dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento non debbono gravare sul dott. C..

Invece, le spese sostenute dall' Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento dovranno gravare sull'X che ne ha provocato la chiamata in giudizio citando infondatamente in esso il dott. C..

6.e. Quanto alle domande proposte dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento verso la Compagnia di assicurazione Lloyd's of London Sindacato M. Ltd e (in alternativa) verso la Compagnia di assicurazione Lloyd's of London, sindacato Q.X Underwriting Ltd ovviamente all'esame delle stesse non deve essere dato seguito, salvo, di nuovo, ai fini del riparto delle spese. Per questo aspetto, l'eccezione proposta dalla Compagnia di assicurazione Lloyd's of London Sindacato M. Ltd circa la propria carenza di legittimazione passiva appare fondata e neppure risulta contestata, quindi, le spese per la sua chiamata in giudizio dovranno gravare sull'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento che vi ha dato causa senza ragione.

Per quanto, invece, riguarda la Compagnia di assicurazione Lloyd's of London, sindacato Q.X Underwriting Ltd, che si è riconosciuta titolare del contratto di assicurazione, è discusso tra le parti se vi fosse la chiesta copertura assicurativa in relazione al fatto oggetto di giudizio, in quanto l'assicurazione chiamata in giudizio osserva che l' art. 26.3 del contratto stabiliva che l'assicurazione opera per la "Responsabilità personale del personale delle aree di comparto, della dirigenza sanitaria e della dirigenza medica che esercita attività libero professionale infra-moenia sia in costanza di ricovero che ambulatorialmente, intendendosi escluse le sole attività libero professionali consistenti in visite domiciliari e consulti al di fuori dei casi sopra previsti, ancorché per legge intese infra-moenia". E che l'attività svolta dal dott. C. sarebbe da intendere tra le attività escluse. Ma l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento ha opposto che l' articolo 26.3 riportato nello stesso contratto prevede la copertura assicurativa "di tutti i direttori, dirigenti, funzionari, dipendenti e/o collaboratori per danni arrecati, in relazione allo svolgimento e/o in occasione delle loro mansioni, a terzi e a prestatori di lavoro, anche quando svolgano l'attività presso altre strutture, diverse dalla contraente, in virtù di rapporti convenzionali fra la Contraente e dette strutture". E ha concluso che in forza di questa previsione la prestazione resa dal dott. C. si doveva ritenere coperta dall' assicurazione.

Questa seconda prospettazione appare indubbiamente fondata, in quanto la disposizione da ultimo citata effettivamente copre esattamente il caso qui in esame.

In ragione di ciò del tutto legittimamente l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento ha svolto le proprie domande verso la Compagnia di assicurazione Lloyd's of London, sindacato Q.X Underwriting Ltd, in quanto da questa avrebbe dovuto essere garantita.

Di conseguenza, però, anche le spese sostenute dalla Compagnia di assicurazione Lloyd's of London, sindacato Q.X Underwriting Ltd debbono essere coperte dall'X essendo stato quest'ultimo a provocarne la necessaria chiamata in giudizio.

6.f. Va, invece, accolta la domanda proposta dal convenuto X nei confronti di C. spa, in quanto non è discussa ed è provata la sussistenza del contratto di assicurazione, rispetto al quale la società di Assicurazioni ha opposto solamente l'esistenza di un massimale pari ad 5.000.000,00, non superato

nel caso di specie, mentre per il resto ha svolto solo difese del tutto identiche a quelle del convenuto X sulla fondatezza delle domande svolte dagli attori verso quest' ultimo. Difese che si è già dimostrato essere infondate, salvo che per alcuni profili relativi al quantum del danno. Peraltro, la specifica domanda proposta nel giudizio dall'X, che C. spa sia condannata a versare direttamente agli attori l'importo che sarà riconosciuto in sentenza a favore di questi ultimi può parimenti essere accolta, in quanto il debitore può sempre ottenere la condanna del soggetto che si è impegnato a tenerlo indenne per quel debito di versare il dovuto direttamente a favore del creditore.

Solo rispetto al riparto delle spese C. spa, ha contestato il diritto del chiamante, proprio assicurato, ad ottenere anche la rifusione delle spese di lite, in quanto in forza dell'art. 20 del contratto la gestione della lite è attribuita all' assicuratore, con l'effetto che ove, invece, l'assicurato nomini un proprio difensore non potrà chiedere all' assicuratore la rifusione delle relative spese.

Per vero, quella previsione contrattuale non può ovviamente derogare alle norme processuali che regolano la ripartizione delle spese in caso di soccombenza, e difatti si limita a regolamentare contrattualmente il tema della copertura o meno delle spese legali cui è esposto l'assicurato per il fatto di essere chiamato in giudizio dal terzo danneggiato, a prescindere dalla soccombenza in quel processo tra assicurato e assicuratore.

Quindi, ove C. spa avesse resistito infondatamente alle domande proposte dal proprio assicurato sarebbe tenuta a rifondere le spese legali sostenute da quest' ultimo (o in tutto o in parte a seconda che quella resistenza sia la causa unica dello svolgimento del processo oppure no) in ragione di quella soccombenza, a prescindere dalla clausola contrattuale che non si occupa, ne potrebbe, di regolare il riparto delle spese in caso di soccombenza.

Tuttavia, nel caso di specie C. spa non ha resistito alle domande proposte dal proprio assicurato, anzi ha svolto le medesime difese di quest' ultimo verso gli attori. Di conseguenza, non vi è alcuna soccombenza di C. spa verso X né aveva modo C. spa di evitare il procedimento e, quindi, le spese che l'X ha sostenuto, atteso che queste sono state determinate dalla scelta di quest' ultimo di resistere alle domande di parte attrice.

Rispetto alla citazione in giudizio da parte degli attori nei confronti di C. spa, è, invece, fondata l'eccezione di carenza di legittimazione ad agire degli attori, non avendo questi azione diretta verso la società di assicurazione del soggetto responsabile per i danni lamentati, né vi è alcuna legittimazione alla citazione in giudizio di un soggetto senza poi svolgere nei confronti di questo alcuna domanda, come assumono di aver fatto gli attori, perché in questo caso la citazione è nulla. Peraltro, ciò non ha dato luogo a spese a carico di C., diverse o ulteriori da quelle sostenute per costituirsi nel giudizio a seguito della sua legittima chiamata in giudizio ad opera del convenuto X. 6.g. E' invece fondata l'eccezione proposta da F. in merito all'assenza di copertura assicurativa. Eccezione rispetto alla quale l'X non ha eccepito o dedotto alcunché nel corso del procedimento. Con l'effetto che la relativa domanda va rigetta e le spese sostenute dalla chiamata debbono gravare sull'X.

7. Le spese del giudizio, la cui ripartizione tra le parti seguirà le regole già indicate sopra, possono essere liquidate per tutte le parti in euro 36.145,00, tenendo conto del dm 55/2014, come integrato dal dm 37/2018, nonché del valore della controversia come accertato e delle attività svolte (applicando i valori medi in considerazione della complessità del procedimento e delle concrete attività svolte per le fasi studio e decisionale e i valori minimi per le fasi introduttiva e istruttori), maggiorata per gli attori ad euro 46.988, 50, in ragione della difesa congiunta di più parti con posizioni differenti, ma identica per tre posizioni, e con liquidazione, invece, nei minimi, pari ad euro 21.424, 00 per F. S.p.a. e per la Compagnia di assicurazione Lloyd's of London Sindacato M. Ltd non essendo stata contestata la loro eccezione di difetto di legittimazione passiva e, quindi, essendo stata più contenuta la loro attività.

Le spese della fase cautelare di accertamento tecnico preventivo "ante causam" vanno poste, a conclusione della procedura, a carico della parte richiedente ma vanno prese in considerazione nel successivo giudizio di merito (ove l'accertamento stesso venga acquisito) come spese giudiziali, da porre, salva l'ipotesi di possibile compensazione totale o parziale, a carico del soccombente e da liquidare in un unico contesto (Cass., sez. 3 -, Sentenza n. 14268 del 08/06/2017). Di conseguenza debbono gravare secondo le regole della soccombenza già indicate anche le spese dell'ATP, seppure solo in favore degli attori in quanto tutte le altre parti sono state correttamente citate in quella fase e le relative spese vanno compensate (e senza maggiorare essendo la difesa congiunta e senza posizioni differenti per quel che riguarda l' oggetto dell'ATP), con importo che può essere liquidato in euro 5.516,00, tenendo conto del dm 55/2014, come integrato dal dm 37/2018, nonché del valore della controversia e delle attività svolte (applicando i valori minimi in considerazione dell'assenza di complessità del procedimento e delle concrete attività svolte). Le spese delle CTU (sia quella svolta in sede di ATP che di procedimento) debbono gravare in misura paritaria sull'X e C. spa essendo da ricondurre alle difese di ambedue le parti (identiche sul merito) l'esigenza di darvi corso.

### PQM

Rigettata ogni diversa e ulteriore o contraria domanda ed eccezione

1. in parziale accoglimento delle domande proposte dagli attori condanna il convenuto X a versare agli attori:
    - quali rappresentanti del figlio A. l'importo di euro 1.042.546, 88, oltre rivalutazione dall' epoca del fatto e interessi sulla somma rivalutata anno per anno;
    - quali rappresentanti del figlio T. l'importo di euro 20.000, 00, con interessi dalla data della presente sentenza;
    - in proprio l'importo di euro 150.000, 00 ognuno, con interessi dalla data della presente sentenza.
  2. In accoglimento della domanda proposta dall'X verso C. spa condanna quest'ultima a tenere indenne e manlevare il convenuto X di tutti gli importi che questi è tenuto a versare agli attori in forza del punto precedente, con condanna a versare direttamente agli attori i predetti importi.
  - 3.a. Condanna l'X a versare agli attori le spese di lite liquidate in euro 52.504, 50, oltre IVA, cpa e spese generali al 15%.
  - 3.b. Condanna l'X versare al chiamato dott. C. le spese di lite liquidate in euro 36.145, 00, oltre IVA, cpa e spese generali al 15%.
  - 3.c. Condanna l'X a versare alla chiamata Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Borgo Roma le spese di lite liquidate in euro 36.145, 00, oltre IVA, cpa e spese generali al 15%.
  - 3.d. Condanna l'X a versare alla chiamata Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento le spese di lite liquidate in euro 36.145, 00, oltre IVA, cpa e spese generali al 15%.
  - 3.e. Condanna l'X a versare alla chiamata Fondiaria-Sai le spese di lite liquidate in euro 21.424,00 oltre IVA, cpa e spese generali al 15%.
  - 3.f. Condanna l'X a versare alla chiamata Compagnia di assicurazione Lloyd's of London, sindacato Q.X Underwriting Ltd le spese di lite liquidate in euro 36.145, 00, oltre IVA, cpa e spese generali al 15%.
  4. Pone a carico dell'X e di C. spa in misura paritaria le spese delle CTU svolte come già liquidate con appositi decreti.
  5. Compensa le spese tra l'X e C. spa.
  6. Condanna l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento a versare alla chiamata Compagnia di assicurazione Lloyd's of London Sindacato M. Ltd le spese di lite liquidate in euro 21.424, 00, oltre IVA, cpa e spese generali al 15%.
- Verona, 28 febbraio 2019

IL GIUDICE dott. Giorgio Piziali