

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PAVIA
SEZIONE TERZA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice Cameli Renato
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. **3904/2019** promossa da:

P. C. (C.F. *omissis*), **T. V.** (C.F. *omissis*) e **T. V.**, (C.F. *omissis*) nella qualità di eredi del Sig. T. P., nato a *omissis (omissis)* il *omissis*, (CF: *omissis*.) elettivamente domiciliati in Napoli alla Piazza G. Bovio n. 14, presso lo studio dell'Avv. Andrea Gaudino che li rappresenta e difende per delega allegata all'atto di citazione, il quale ha dichiarato di voler ricevere comunicazioni come in atti

PARTE ATTRICE

contro

FONDAZIONE S. M. CLINICA DEL LAVORO E DELLA RIABILITAZIONE (c.f. e p.iva *omissis*) elettivamente domiciliato in Pavia, piazza della Vittoria 2 presso l'avv. Riccardo Crevani, che la rappresenta e difende, giusta procura allegata, il quale ha dichiarato di voler ricevere comunicazioni come in atti

PARTE CONVENUTA

Conclusioni delle parti

Le parti hanno concluso come da udienza dell'11.11.2021 svoltasi in forma scritta e fogli trasmessi in via telematica e in particolare:

per gli attori P. C., T. V., e T. V. “*Accertare e dichiarare la responsabilità della Fondazione S. M. – Istituto Scientifico di Telese Terme, in persona del legale rapp.te pro tempore, nella produzione della morte occorsa al Sig. T. P. a seguito dell’errato trattamento riabilitativo post - operatorio; 2) Condannare per l’effetto la Fondazione S. M. – Istituto Scientifico di Telese Terme, in persona del legale rapp.te pro tempore, al risarcimento delle lesioni patite dagli odierni attori che si quantificano in euro 908.2016,00, di cui euro 792.456,00 per il danno da perdita del rapporto parentale; euro 115.760,00 per il danno da perdita di chance di sopravvivenza nella misura del 25% con personalizzazione al 34%, così come meglio precisato nelle pagine del presente atto e dalla CTP a firma del dott. Ciro Pempinello; 3) Condannare la Fondazione S. M. – Istituto Scientifico di Telese Terme, in persona del legale rapp.te pro tempore al risarcimento del danno biologico terminale all’esito di apposita CTU, qualora il Giudice ritenesse opportuno valutare la suddetta fattispecie di danno; 4) Condannare la Fondazione S. M. – Istituto Scientifico di Telese Terme, in persona del legale rapp.te pro tempore, a qualsiasi altro titolo di responsabilità l’Ill.mo Giudicante dovesse ravvisare nel corso del presente giudizio; 5) condannare la stessa convenuta, come innanzi, al pagamento delle spese, diritti ed onorari del presente giudizio con attribuzione al sottoscritto procuratore anticipatario, oltre IVA e CPA come per Legge. In via istruttoria chiede sin d’ora di essere ammessi a provare per tabulas e con testimoni, che ci si riserva di indicare, le circostanze di fatto di cui ai capi A),B),C),D),E),F),G),H),I),J),K),L) ed M) della premessa che qui abbiansi per ripetuti e trascritti interamente, preceduti dall’espressione “Vero che”, così come si deferisce, fin d’ora interrogatorio formale alla convenuta sulle stesse circostanze di fatto. Con riserva d’articolare ogni ulteriore, più opportuno mezzo di prova in dipendenza del comportamento processuale di controparte.”*

Per parte convenuta Fondazione S. M. clinica del lavoro e della riabilitazione “*Contrariis reiectis; previe le declaratorie del caso. Contestato tutto quanto ex adverso dedotto, richiesto, eccepito e prodotto e ciò sia in fatto che in diritto sia in punto an che in punto quantum, sicché nulla potrà essere dato per pacifico, ammesso, riconosciuto o non contestato, neppure implicitamente. In via preliminare: dichiarare che gli attori hanno agito in giudizio nella sola asserita qualità di eredi del sig. T. P. e, per l’effetto, rigettare ogni domanda relativa ai pretesi diritti risarcitori iure proprio, quali gli asseriti danni non patrimoniali*

riflessi iure proprio da perdita del rapporto parentale. Sempre in via preliminare, fermo restando quanto sopra: dichiarare che i pretesi diritti risarcitori di parte attrice – quantomeno quelli per cui gli attori agiscono iure proprio, quali i pretesi diritti risarcitori per gli asseriti danni non patrimoniali riflessi iure proprio da perdita del rapporto parentale – sono prescritti e, quindi, sono estinti per avvenuta prescrizione, rigettando per l'effetto le relative domande. In ogni caso: rigettare le domande avversarie perché infondate e non provate in fatto ed in diritto, in punto an ed in punto quantum, e in ogni caso per le ragioni indicate. In subordine e salvo gravame: trattandosi, ed accertato che si tratta, di una richiesta risarcitoria relativa ad una pretesa medical malpractice attinente a fatti/eventi anteriori al 31/10/2014 (data della richiesta di ammissione da parte di FSM alla procedura di concordato preventivo innanzi al Tribunale di Pavia), e alla luce del fatto che nella proposta di concordato preventivo approvata all'interno della procedura di concordato preventivo di FSM - dichiarata chiusa con provvedimento del Tribunale di Pavia del 14/7/2017 (concordato preventivo precedentemente omologato con decreto del Tribunale di Pavia depositato il 17/6/2016) - i pretesi crediti per asserita responsabilità medica sono stati inseriti in una specifica classe (classe 2, crediti contestati) in relazione alla quale la soddisfazione dei crediti contestati appartenenti a tale classe, laddove essi dovessero risultare nelle opportune sedi in tutto o in parte sussistenti, è stata prevista entro certi precisi limiti – ossia i contenziosi relativi a eventi verificatisi prima del 31.10.2014 (Classe 2) possono essere pagati per un importo massimo pari al minore tra il 15% del petitum e la franchigia del contratto di assicurazione (c.d. SIR) – nella denegata ipotesi che i diritti

avversari vengano in tutto o in parte ritenuti sussistenti, accertato altresì che anche il sinistro oggetto di causa rientra nel piano concordatario alla Classe 2 (piano che prevede che l'elenco della Classe 2 sia “mobile” e quindi includa tutti i sinistri di tempo in tempo denunciati per fatti anteriori al 31/10/2014, anche se non conosciuti alla data di deposito del piano concordatario) e che nel caso si specie il 15% del petitum è pari ad € 136.232,40 (essendo il petitum di € 908.216,00, come indicato nell'atto di citazione del 24/6/2019 notificato in pari data) mentre la franchigia (c.d. SIR) presente nel contratto di assicurazione stipulato con Generali Italia s.p.a. ed applicabile al sinistro oggetto di causa è pari ad € 250.000,00, limitare la condanna di parte convenuta e comunque gli importi dovuti dalla convenuta in non più di € 136.232,40 e comunque, al più, ai limiti e alla percentuale (15% del petitum) previsti per tale classe (crediti contestati) da applicare anche con riferimento alle loro pretese e ai loro eventuali diritti, rigettando ogni ulteriore pretesa. Assolvere in ogni caso la convenuta da ogni avversaria domanda e pretesa ed emettere in ogni caso ogni più utile pronuncia per l'esclusione di ogni obbligazione a carico di M.. Con riserva di ogni più ampia argomentazione, difesa, eccezione, produzione ed istanza (anche istruttoria). Con vittoria di spese e compensi di lite, oltre rimborso spese generali, cpa ed iva di legge. Non si accetta il contraddittorio su fatti tardivamente allegati e su domande, eccezioni, istanze e conclusioni nuove o illegittimamente modificate. Si richiamano tutte le istanze, richieste, eccezioni e conclusioni proposte e sollevate in corso di causa, nessuna esclusa, che non possono in nessun caso intendersi abbandonate.”

Svolgimento del processo

Con atto di citazione ritualmente notificato, i sig.ri P. C., T. V., e T. V., nella qualità di eredi del Sig. T. P., citavano in giudizio, dinanzi al Tribunale di Pavia, la Fondazione S. M. al fine di far accertare la responsabilità di quest'ultima in ordine al decesso del proprio congiunto P. T. e ottenere il risarcimento dei danni subiti.

Gli attori a fondamento della propria domanda, deducevano che: in data 12.11.2012 T. P. era stato ricoverato presso l'Ospedale Loreto Mare di Napoli per essere sottoposto ad intervento di asportazione di processo espansivo al IV ventricolo, effettuato in data 23.11.2012, e ivi era rimasto degente sino al 10.01.2013; in tale data era stato trasferito presso la Fondazione S. M. per attività riabilitativa; in data 11.2.2013 era stato trasportato presso l'Ospedale Rummo di Benevento al fine di riposizionamento di catetere vescicale; in data 12.2.2013 era stato nuovamente trasferito presso la Fondazione M., ove le condizioni cliniche erano peggiorate notevolmente, fino al decesso del 22.2.2013; la consulente medico legale del P.M. aveva accertato responsabilità dei sanitari operanti presso la Fondazione M. ed era stato iscritto procedimento penale r.g. n.r. 2695/2016 e 2040/2017 Gip; era stato esperito procedimento di mediazione; il consulente della PM aveva attestato come il sig. “T. P. decedette a seguito di un edema

polmonare acuto quale epifenomeno di uno shock settico, sviluppatasi con ragionevole certezza dalla mancata effettuazione di idonea terapia antibiotica nel corso della degenza dal 10/01/2013 sino al 22/02/2013”; la responsabilità della struttura era di tipo contrattuale e il fondamento normativo era l’art. 1173 c.c.; era altresì comprovato il nesso di causalità; erano derivati plurimi danni quali danno biologico terminale, danno catastrofico, danno da perdita di rapporto parentale, danno da perdita di chances.

Si costituiva la Fondazione S. M. contestando quanto ex adverso dedotto ed eccependo preliminarmente l’improcedibilità della domanda, per non essere stata svolta procedura di a.t.p., o di mediazione, e la prescrizione dei diritti *iure proprio*, stante l’assenza di atti idonei a interrompere la prescrizione, nonché il difetto della qualifica di eredi in capo agli attori, e nel merito eccepiva che: non vi era alcuna prova del nesso di causalità; le perizie di parte non avevano alcun valore; non erano comprovati né allegati specificamente i danni prodotti dal decesso.

All’esito della prima udienza, stante il mancato esperimento della procedura di mediazione erano assegnati i termini per l’avvio della relativa procedura; all’esito della stessa, era assegnati i termini ex art. 183 sesto comma c.p.c. e la causa era istruita mediante acquisizione della documentazione prodotta dalle parti e CTU medico legale; all’udienza dell’11.11.2021, svoltasi in forma scritta, i difensori delle parti insistevano nelle rispettive conclusioni mediante deposito di note, e il giudice tratteneva la causa in decisione assegnando termini ridotti ai sensi dell’art. 190 secondo comma c.p.c. per il deposito delle memorie conclusionali e delle repliche.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

L’eccezione preliminare circa il difetto della qualità di eredi nei confronti degli attori formulata dalla Fondazione S. M. risulta infondata.

A tal proposito, pur consapevole di indirizzi precedenti difformi, secondo preferibile e ormai maggioritario orientamento *“la produzione del certificato dello stato di famiglia è idonea a dimostrare l’allegata relazione familiare e, dunque, la qualità di soggetto che deve ritenersi chiamato all’eredità, ma non anche la qualità di erede, posto che essa deriva dall’accettazione espressa o tacita, non evincibile dal certificato; tuttavia, tale produzione, unitamente alla allegazione della qualità di erede, costituisce una presunzione iuris tantum dell’intervenuta accettazione tacita dell’eredità, atteso che l’esercizio dell’azione giudiziale da parte di un soggetto che si deve considerare chiamato all’eredità, e che si proclami erede, va considerato come atto espressivo di siffatta accettazione e, quindi, idoneo a considerare dimostrata la qualità di erede (Cass. 26/06/2018, n. 16814).”* (in termini con giurisprudenza citata Cass., 11.1.2021, n. 210)

Tanto premesso in punto di diritto, nella presente controversia gli attori hanno prodotto idoneo certificato di stato di famiglia da cui risulta lo *status* di coniuge della sig.ra C. P. e lo status di figlio in capo ai sig.ri V. T. e V. T. (doc. 1 e 2); i medesimi hanno altresì instaurato il giudizio allegando la qualifica di eredi del sig. P. T.; *a fortiori*, quali eredi, hanno diffidato la Fondazione convenuta e contestato la relativa responsabilità, risultando, tale profilo, non contestato in fase precedente il giudizio malgrado formale nota (doc. 6); alla luce dell’orientamento giurisprudenziale evidenziato sussiste quindi una presunzione *iuris tantum* circa la qualità di eredi in capo agli attori, dovendo viceversa ritenersi onerata la stessa convenuta della prova contraria: viceversa, sul punto, le deduzioni della convenuta risultano meramente generiche e nulla risulta dimostrato in senso contrario.

L’eccezione di improcedibilità risulta superata ed assorbita, stante la procedura di mediazione esperita in corso di giudizio ai sensi dell’art. 5 d.lgs. 28/2010.

Risulta infondata l’eccezione di prescrizione formulata da parte convenuta, con riferimento alla domanda risarcitoria *iure proprio*

In via generale e in punto di diritto, secondo maggioritario orientamento della giurisprudenza di legittimità, le domande risarcitorie proposte *iure proprio* da parte degli eredi hanno il proprio fondamento giuridico in responsabilità di natura extracontrattuale ex art. 2043 c.c. della struttura.

I giudici di legittimità hanno evidenziato come: *“il diritto che i congiunti vantano, autonomamente sebbene in via riflessa, ad essere risarciti dalla medesima struttura dei danni direttamente subiti a causa dell’esito infausto dell’operazione cui è stato sottoposto il danneggiato principale si colloca nell’ambito della responsabilità extracontrattuale e pertanto è soggetto alla prescrizione quinquennale prevista dall’art. 2947 c.c., non potendo essi giovare del termine più lungo del quale gode la vittima primaria in*

virtù del diverso inquadramento, contrattuale, del rapporto tra la stessa ed il soggetto responsabile" (in termini Cass. 20.03.2015, n. 5590 secondo cui "Il termine di prescrizione applicabile al diritto per il quale si agisce discende dal titolo. Al danneggiato che agisce per il danno diretto subito a seguito di un intervento chirurgico nei confronti della struttura sanitaria, la sentenza impugnata ha correttamente applicato il termine di prescrizione decennale, essendo la responsabilità della struttura sanitaria verso i propri pazienti inquadrata nell'ambito della responsabilità contrattuale. La stessa durata ha la prescrizione se il diritto al risarcimento si trasferisce, a causa del decesso della vittima, ai suoi congiunti ed eredi"; nello stesso senso anche Cass., 08.05.2012, n. 6914).

In altri termini, ove un terzo chieda il risarcimento del danno non patrimoniale da sé stesso subito a causa dell'inadempimento della casa di cura nei confronti del proprio congiunto, l'ambito risarcitorio nel quale la domanda deve essere inquadrata è necessariamente di natura extracontrattuale ; né appare configurabile la peculiare figura (di incerto fondamento normativo) del "contratto con effetti protettivi per i terzi", talora applicato in giurisprudenza con particolare riferimento al nascituro, subordinatamente alla nascita, ed al padre per errori medici relativi alla paziente gestante. (nel merito recentemente Trib. Livorno 19.03.2018 n. 332)

Premessa la natura extracontrattuale della responsabilità e il termine quinquennale di prescrizione, orbene, nella fattispecie in esame l'evento lesivo avveniva pacificamente in data 22.2.2013, data del decesso del sig. P. T.; risulta trasmessa a riguardo lettera di messa in mora in data 23.10.2017(doc. 5); tale atto stragiudiziale è idoneo a interrompere la prescrizione, sia sul piano soggettivo che oggettivo.

Sotto il primo profilo, la lettera risulta trasmessa espressamente in nome e per conto dei sigri P. C., T. V., , e T. V., ovvero gli odierni attori; la formulazione presente nella prima pagina, secondo cui essi formulavano domanda " *nella qualità di eredi del Sig. T. P.,* " non vale *sic et simpliciter* ad escludere la riferibilità della lettera anche ai medesimi come soggetti autonomi di diritto e titolari di interesse proprio giuridicamente rilevante al risarcimento .

Si perviene a tale conclusione, anzitutto, sul piano formale e letterale, in quanto, in conclusione e dopo la ricostruzione della vicenda, lo stesso legale precisa che in caso di mancato riscontro " *si adirà l'autorità di giustizia per la tutela dei diritti dei sig.ri P. C., T. V., , e T. V.* " senza alcuna ulteriore specificazione e quindi, la medesima richiesta era da intendersi effettuata dai citati signori, come persone fisiche e titolari di diritti autonomi rispetto alla qualifica di erede.

In secondo luogo, sotto il profilo oggettivo, la medesima lettera conteneva indicazione che la stessa valeva quale " *formale atto di interruzione della prescrizione* ", senza alcuna ulteriore differenziazione; inoltre, pur senza una quantificazione dei danni, conteneva una sintetica ma completa ricostruzione e della vicenda di causa, con puntuale deduzione di responsabilità nei confronti della Fondazione convenuta

In ragione di quanto esposto la lettera costituiva idoneo atto interruttivo del termine prescrizione, anche con riferimento alla richiesta di risarcimento danni *iure proprio*.

Ritenuta pertanto infondata l'eccezione di prescrizione, nel merito, le strutture sanitarie sono chiamate senz'altro a rispondere anche di eventuali errori del personale medico, trattandosi di operato dei propri ausiliari necessari ex art 1228 c.c. Ne consegue che gli ospedali o le cliniche sono chiamati a rispondere sia dei pregiudizi eziologicamente ricollegabili alle proprie inadempienze specifiche che a quelli eventualmente imputabili all'operato dei propri medici, ancorché non legati alla stessa da vincolo di lavoro subordinato; secondo tale orientamento, in definitiva, è necessario " *fondare la responsabilità dell'ente per fatto del dipendente sulla base dell'art. 1228 cod. civ.* ".(in termini Cass. n. 3.2. 2012 n.1620; Cass. 14.6.2007 n. 13953)

In particolare, con specifico riferimento alla responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente, essa già prima della l. 8.3.2017 n.24, era pacificamente inquadrata dalla giurisprudenza e dottrina nell'ambito della responsabilità contrattuale; in particolare, come già sottolineato dalle Sezioni Unite " *la giurisprudenza ha costantemente inquadrato la responsabilità della struttura sanitaria nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto* " (in termini Cass. SS.UU. 11.1.2008 n. 577; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11.3.2002, n. 3492).

Come recentemente sottolineato " *la responsabilità della struttura ospedaliera, fondata sul "contatto sociale", ha natura contrattuale. Ne consegue che, in virtù del contratto, la struttura deve fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed*

accessori. Così ricondotta la responsabilità della struttura ad un autonomo contratto (di speditività), la sua responsabilità per inadempimento si muove sulle linee tracciate dall'art. 1218 cod. civ. “ (in termini Cass. 3.2.2012, n. 1620 ; recentemente Cass. 20.3.2015, n. 5590).

La Cassazione, recentemente ribadito la natura di responsabilità contrattuale, sia del medico sia della struttura sanitaria, evidenziando che la disposizione contenuta nella l. 189/2012 “non induce il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità da contatto e sulle sue implicazioni” (in termini espressamente Cass. 17.4.2014 n. 8940; in senso analogo Cass. n. 19.2.2013 n.4030 secondo cui, pur a seguito della riforma “Balduzzi” “La materia della responsabilità civile segue, tuttavia, le sue regole consolidate e non solo per la responsabilità aquiliana del medico ma anche per quella cd. contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale”; in senso conforme, sia pure implicitamente, Cass. 20.3.2015, n. 5590).

Tali conclusioni giurisprudenziali risultano confermate, a seguito dell'introduzione della legge citata 8.3.2017 n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, secondo cui “ La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose” (sic in termini art. 7): in definitiva, pertanto, la responsabilità della struttura sanitaria è qualificata come contrattuale e il regime probatorio coerentemente, resta quello sopra delineato in sede giurisprudenziale.

Alla luce delle esposte argomentazioni, risulta correttamente inquadrata la responsabilità della Fondazione M. nei confronti degli attori, quali eredi, come responsabilità contrattuale.

Nella fattispecie in esame, come sopra esposto, i citati attori hanno dimostrato *per tabulas* il titolo da cui discende il rapporto contrattuale con la Fondazione (doc.12-cartelle cliniche): tale rapporto inoltre non è stato contestato né in fase stragiudiziale né in corso di giudizio, *rectius* espressamente riconosciuto dalla parte convenuta.

Sulla base di tali premesse di inquadramento, la giurisprudenza della Suprema Corte ha altresì chiarito come debba essere ripartito l'onere probatorio tra le parti: secondo un primo orientamento, incombe infatti, in ossequio al principio di vicinanza della prova, sul danneggiato l'onere di allegazione dell'inadempimento del medico, ovvero dell'inesattezza dell'adempimento da parte della struttura sanitaria, dovuta a negligenza, mentre grava sul sanitario/ospedale provare il proprio esatto adempimento e dunque la mancanza di colpa nell'esercizio della prestazione. (Cass. 20.10.2014 n. 22222; Cass, 29.7.2010 n. 17694; Cass. 21.6.2004 n. 11488).

Invero tali coordinate giurisprudenziali sono state recentemente oggetto di una, sia pure parziale ma comunque significativa, modifica.

In particolare, risulta almeno in parte superato il principio, come espresso da un ancora recentemente in sede giurisprudenziale secondo cui “*il paziente-creditore ha il mero onere di provare il contratto e allegare il relativo inadempimento o inesatto adempimento, e cioè la difformità della prestazione ricevuta rispetto al modello normalmente realizzato da una condotta improntata alla dovuta diligenza, non essendo invece tenuto a provare la colpa del medico e/o della struttura sanitaria, e la relativa gravità*” (Cass. 27.10.2015 n. 21782); in altri termini, secondo tale impostazione il paziente deve provare l'esistenza del contatto e allegare l'inadempimento consistente nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di nuove patologie per l'effetto dell'intervento (nel caso di specie l'infezione) ovvero il nesso causale; mentre resta a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova della diligenza della prestazione e che gli eventuali esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento impreveduto ed imprevedibile, non evitabile anche avendo osservato le regole tecniche del caso. (Cass. 22222/2014 cit.; Cass. 9.10.2012 n. 17143; Cass. 7.6.2011 n. 12274).

La recente giurisprudenza di legittimità ha infatti ulteriormente individuato il contenuto dell'*onus probandi* gravante sull'attore in ordine al nesso causale nei giudizi aventi ad oggetto responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie: è stato precisato infatti come detto onere debba essere assolto dimostrando, da parte dell'attore, che la condotta del sanitario è stata la causa del danno, secondo il parametro del “*più probabile che non*” fondato su criterio di ragionevolezza, coerentemente con i principi disciplinanti la regolarità causale nel processo civile.

Risulta meritevole di proposizione l'iter argomentativo di recente pronuncia della Cassazione secondo cui

“Sul piano probatorio, con particolare riguardo alla responsabilità sanitaria, al di là della sua configurabilità in termini contrattuali ovvero aquiliani, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare la relazione causale che intercorre tra l'evento di danno (aggravamento della patologia ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione, mentre spetta alla controparte (medico o struttura sanitaria) dimostrare la non imputabilità dell'azione o dell'omissione, provando che il mancato o inesatto adempimento è stato determinato da un evento imprevedibile ed inevitabile secondo l'ordinaria diligenza. Relativamente alla distribuzione degli oneri probatori, deve poi ribadirsi il principio di recente affermato da questa Sezione con la sentenza n. 29315 del 07.12.2017 che "la previsione dell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dell'obbligazione che si afferma non adempiuta (o non esattamente adempiuta) dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui domanda il risarcimento". Ha infatti osservato la Corte che "la previsione dell'art. 1218 c.c. trova giustificazione nella opportunità di far gravare sulla parte che si assume inadempiente o non esattamente adempiente l'onere di fornire la prova "positiva" dell'avvenuto adempimento o dell'esattezza dell'adempimento, sulla base del criterio della maggiore vicinanza della prova, secondo cui essa va posta a carico della parte che più agevolmente può fornirla (cfr. Cass., S.U. n. 13533/2001). Tale maggiore vicinanza del debitore non sussiste in relazione al nesso causale fra la condotta dell'obbligato e il danno lamentato dal creditore, rispetto al quale non ha dunque ragion d'essere l'inversione dell'onere prevista dall'art. 1218 c.c. e non può che valere - quindi - il principio generale sancito dall'art. 2697 c.c., che onera l'attore (sia il danneggiato in sede extracontrattuale che il creditore in sede contrattuale) della prova degli elementi costitutivi della propria pretesa". Trattandosi infatti di "elementi egualmente "distanti" da entrambe le parti, non v'è spazio per ipotizzare a carico dell'asserito danneggiante una "prova liberatoria" rispetto al nesso di causa (a differenza di quanto accade - come detto - per la prova dell'avvenuto adempimento o della correttezza della condotta). Nè può valere, in senso contrario, il fatto che l'art. 1218 c.c. faccia riferimento alla causa, laddove richiede al debitore di provare "che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile": infatti, come condivisibilmente affermato, di recente, da questa Corte (Cass. n. 18392/2017), la causa in questione attiene alla "non imputabilità dell'impossibilità di adempiere", che si colloca nell'ambito delle cause estintive dell'obbligazione (costituenti "tema di prova della parte debitrice") e concerne un "ciclo causale" che è del tutto distinto da quello relativo all'evento dannoso conseguente all'adempimento mancato o inesatto. Da ciò discende che, nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento (onere che va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno), con la conseguenza che, se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (cfr. Cass. n. 975/2009, Cass. n. 17143/2012, Cass. n. 4792/2013, Cass. n. 18392/2017)". (In termini con giurisprudenza citata Cass. 20.08.2018, n.20812)

Tale onus probandi in ordine al nesso causale è stato ulteriormente precisato, con riferimento all'inadempimento professionale del medico, nel senso che “Il creditore ha l'onere di allegare la connessione puramente naturalistica fra la lesione della salute, in termini di aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie, e la condotta del medico e, posto che il danno evento non è immanente all'inadempimento, ha anche l'onere di provare quella connessione, e lo deve fare sul piano meramente naturalistico sia perchè la qualifica di inadempienza deve essere da lui solo allegata, ma non provata (appartenendo gli oneri probatori sul punto al debitore), sia perchè si tratta del solo profilo della causalità materiale, il quale è indifferente alla qualifica in termini di valore rappresentata dall'inadempimento dell'obbligazione ed attiene esclusivamente al fatto materiale che soggiace a quella qualifica. La prova della causalità materiale da parte del creditore può naturalmente essere raggiunta anche mediante presunzione.” (in termini Cass. 11.11.2019, n. 28991)

Tanto premesso in punto di diritto, oltre a provare il rapporto contrattuale, l'attore ha allegato la riconducibilità dell'evento lesivo e produttivo di danno, ovvero il decesso del sig. P. T., a inadempimento della struttura, Fondazione M., consistente nella procurata infezione e nell'omessa corretta cura della stessa, supportando le proprie deduzioni da documentazione avente valore indiziario, quale relazione autoptica di consulente medico legale del PM nel corso di procedimento penale nonchè relazione medico

legale di parte (doc. 8 e doc.9)

In ragione delle reciproche eccezioni e deduzioni nel corso del presente giudizio è stata espletata consulenza tecnica.

La relazione del collegio, basata su attento esame della documentazione medica acquisita, elaborata nel contraddittorio tra le parti, caratterizzata da rigoroso iter logico motivazionale risulta particolarmente approfondita nei contenuti e condivisibile nelle conclusioni.

Il collegio peritale, in via preliminare, ha effettuato una puntuale ricostruzione dell'iter clinico del sig. T.; in particolare, sono descritte sia le condizioni del sig. P. T. al momento del contatto con l'Istituto convenuto sia la vicenda ospedaliera del medesimo (*sic* relazione pag.22 e ss.), specificando a riguardo, come il paziente era giunto con diagnosi di “ *exeresi neoplasia encefalica, atassia, deficit cognitivi e disfagia, esiti di subependimoma cerebellare operato ed idrocefalo tetra ventricolare, tracheostomizzato e cateterizzato, esito di un lungo ricovero svolto in altra struttura*”.

A fronte di specifico quesito se l'infezione lamentata, ove effettivamente accertata dalla documentazione medica in atti, fosse stata contratta durante la degenza presso l'Istituto convenuto ovvero presso altri nosocomi, il collegio peritale, con articolata argomentazione ha escluso la contrazione presso la Fondazione M. precisando in modo univoco come “*L'analisi dei fatti denota la comparsa di diverse infezioni; rispetto alla cronologia di insorgenza si deve però precisare che il pz era sicuramente già colonizzato e molto probabilmente già infetto da germi MDR ESBL quando è giunto in riabilitazione in M.*” (*sic* relazione pag. 26).

In particolare il collegio ha precisato come “*rispetto alla cronologia di insorgenza si deve però precisare che il pz era sicuramente già colonizzato e molto probabilmente già infetto da germi MDR ESBL quando è giunto in riabilitazione in M.. Precisamente, la questione infettiva – che è l'oggetto della presente consulenza – riscontra questi dati oggettivi. In primis, non v'è notizia (per incompletezza della cartella e inaccessibilità alla stessa) che in neurochirurgia sia stata eseguita idonea profilassi preoperatoria. Inoltre, il primo campione di materiale colturale disponibile è della “M.” (eseguito il 14/01/2013) ed era già positivo a germi multiresistenti (Proteus, Klebsiella, Acinetobacter MDR, causa poi di polmonite) i quali, con certezza, erano stati acquisiti presso la Rianimazione dell'altro ospedale (Loreto Nuovo), struttura non convenuta in giudizio. Non è possibile indicare tempi di incubazione; si può certamente chiarire che più tempo si “soggiorna” in rianimazione più si eleva il rischio di infezione.*” (*sic* relazione pag. 26)

Il collegio ha ulteriormente motivato, in via generale, circa la patogenesi delle infezioni nei reparti di terapia intensiva, specificando altresì come “*sono definite infezioni acquisite nei reparti di terapia intensiva quei processi infettivi non presenti all'atto dell'ammissione in reparto e che invece intervengono nel corso dell'ospedalizzazione. In accordo con questa definizione, le infezioni contratte in un reparto di terapia intensiva sono il risultato di una complessa interazione agente patogeno-paziente, dal momento che entrambi gli organismi (microrganismo e ospite) vivono in tale reparto una situazione ambientale particolare. In linea generale, le infezioni nosocomiali possono essere distinte in infezioni endogene ed esogene; la popolazione batterica endogena, ovvero quella fisiologicamente presente nei vari distretti dell'organismo (tratto gastro-intestinale, naso, cavità oro-faringea, cute e vagina), è responsabile dell'85% delle infezioni nei reparti di terapia intensiva, che si possono pertanto definire come “autoinfezioni”; nel contempo, la popolazione batterica endogena può in qualche modo sostenere quella esogena, rappresentata dall'ambiente, dal personale medico e dalle attrezzature sia mediche che chirurgiche. I batteri endogeni si rendono raramente responsabili di infezioni trasmesse ad altri pazienti (infezioni crociate); quelli esogeni possono essere responsabili di infezioni trasmesse al singolo paziente e/o anche di episodi epidemici; l'infezione può aver luogo qualora un batterio, avendo colonizzato un distretto dell'organismo ospite, in accordo ai propri fattori di virulenza e all'inoculo, riesca ad eludere i sistemi di difesa di quest'ultimo. Le infezioni endogene nei pazienti afferenti a reparti di terapia intensiva possono essere classificate come infezioni primarie e secondarie in accordo al momento dell'insorgenza; la frequenza con la quale si verifica un'infezione primaria è del 50% ed interviene entro 3 giorni dal ricovero. Nella maggior parte dei casi, una presentazione “precoce” dell'infezione depone a favore di un'etiologia correlabile a patogeni provenienti dall'ambiente comunitario che l'ospite porta con sé in vari distretti dell'organismo; in tal caso, i microrganismi ambientali che più comunemente possono essere introdotti dal paziente all'interno di un reparto di terapia intensiva sono: Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Escherichia coli e Candida*”

albicans. Le infezioni definite come secondarie insorgono in pazienti ricoverati in reparti di terapia intensiva dopo un prolungato periodo di permanenza (più di quattro giorni) e possono essere altresì definite quali “infezioni tardive”; tali infezioni riconoscono ancora il proprio momento eziopatogenetico nella popolazione batterica endogena; infatti la popolazione batterica endogena normale, fisiologica, è sottoposta a considerevoli variazioni durante il periodo di degenza poiché viene sostituita da nuovi colonizzatori definiti “microrganismi ospedalieri” e rappresentati per lo più da otto differenti generi batterici: *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Proteus*, *Morganella*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas* e *Citrobacter*. La permanenza in un reparto di terapia intensiva riveste quindi un importante ruolo nelle modificazioni che intervengono a carico della flora residente gastrointestinale; questo per diversi motivi: 1. variazioni nella peristalsi, 2. utilizzo di H2 bloccanti che aumentano in maniera costante il pH gastrico, 3. digiuno prolungato, 4. alimentazione parenterale, 5. uso di terapie immunosoppressive e somministrazione di antibiotici a scopo terapeutico o profilattico. Tutte queste modificazioni della flora batterica nei vari distretti dell'organismo cui si è accennato finora possono essere considerate come il primo stadio nel processo di acquisizione di un'infezione nosocomiale; difatti, i nuovi batteri colonizzatori - che compaiono dopo alcuni giorni di ospedalizzazione - rappresenteranno quella che viene definita la “microflora nosocomiale”. Essa sarà responsabile, attraverso vie e meccanismi diversi, dell'insorgenza di infezioni correlate al reparto di terapia intensiva e che consistono soprattutto in batteriemie e infezioni localizzate al tratto respiratorio e a quello urinario. La trasmissione crociata di batteri è un'altra delle possibili cause di infezione contratte nei reparti di terapia intensiva. Essa può avvenire da paziente a paziente ma il fenomeno è stato poco studiato e sono disponibili, al riguardo, solo pochi dati epidemiologici. In un recente studio condotto in USA in cinque diversi reparti di terapia intensiva per un periodo di sei mesi è stata analizzata la possibilità di una trasmissione crociata di batteri selezionati mediante tipizzazione a mezzo di tecniche diverse. I risultati ottenuti suggeriscono che tali episodi di trasmissione crociata siano rari e comunque non correlati alle infezioni endemiche acquisite nelle unità di terapia intensiva. Le infezioni esogene si riscontrano con una frequenza pari a circa il 15% del totale; esse possono intervenire in qualsiasi momento nel corso del ricovero e possono trarre origine da svariate fonti. La trasmissione diretta di batteri dall'ambiente non riveste un ruolo importante nella patogenesi delle infezioni contratte in terapia intensiva dal momento che la contaminazione ambientale e particolarmente dell'aria, pareti, pavimenti e suppellettili non è così elevata e le usuali procedure di pulizia e disinfezione contribuiscono a rendere bassa la carica batterica.

Ciononostante alcuni microrganismi quali *Acinetobacter*, *Serratia* e *Pseudomonas* riescono a sopravvivere nell'ambiente, eventualmente contaminando apparecchiature mediche e strumenti che a loro volta potranno rappresentare un'importante fonte di infezione. La polmonite insorge quando il patogeno raggiunge il polmone distale, lo colonizza e supera, via via, le difese dell'ospite. Diverse sono le ragioni per le quali i meccanismi di difesa del paziente in terapia intensiva si riducono a livello del tratto respiratorio ma i fattori che in maniera diretta predispongono il paziente alla colonizzazione del polmone distale sono la ventilazione meccanica e la colonizzazione della cavità orofaringea e dello stomaco. Come già descritto, tali pazienti sono colonizzati prevalentemente da batteri gram negativi e tale colonizzazione dipende largamente dalle condizioni generali e dal tempo di permanenza in un reparto di terapia intensiva. Un paziente in discrete condizioni generali colonizza batteri gram negativi nel 16% dei casi; un paziente in scadenti condizioni nel 57% durante i primi 2-3 giorni di permanenza e nel 73% dopo i 4 giorni.” (sic relazione pag. 27 e ss.)

Le conclusioni sul punto in modo univoco sono nel senso che “Fatta la dovuta dissertazione che precede, in via conclusiva, rilevando ancora la carenza di informazioni documentali, nel caso de quo, si deve inevitabilmente scontare il fatto che i germi isolati deve essere addebitati alla prima struttura di ricovero (Loreto Nuovo).” (sic relazione pag.30)

Premessa la riconducibilità dell'infezione ad altro nosocomio, il collegio peritale ha altresì escluso una responsabilità della M. in ordine alla profilassi antibiotica effettuata presso l'istituto convenuto evidenziando come “al netto della genesi ospedaliera dell'infezione (che fu sicuramente contratta a Loreto Nuovo), si valuta sostanzialmente corretta la terapia approntata a Loreto Nuovo, perché ivi si palesarono germi multiresistenti difficili da trattare, andando per tentativi empirici. Appare dunque accertato che il paziente approda in M. Telese Terme già infetto e, alla luce dei primi riscontri colturali (del 14/01/2013), si condivide la critica mossa da parte attrice relativa al mancato isolamento del paziente stesso, per la tutela dell'individuale e dell'altri salute.

Riguardo al trattamento antibiotico messo in essere in M. e alla generale gestione del paziente, sono state segnalate delle criticità (per posologia e via di somministrazione) dovendo tuttavia segnalare che in M. si sono trovati comunque a trattare germi allora come adesso sostanzialmente impossibili da trattare e contratti in altra sede. Peraltro, è solo da un mese che è arrivato in commercio un farmaco (cefideracol) per questo tipo di microorganismi ma in quel momento storico le terapie erano estremamente limitate, consentite, ancora adesso, solo con prescrizione specialistica infettivologica (tigeciclina) ed estremamente tossiche a livello renale oltre che di non chiara posologia terapeutica (colistina). È altrettanto vero che non si capisce precisamente quale sia stata la terapia antibiotica ma soprattutto non si capisce cosa sia stato fatto nel primo ospedale dove il paziente è stato ricoverato e dove ha contratto l'infezione. Certo è che la colonizzazione non va trattata e nel momento in cui il paziente diventasse settico le chance di terapia divengono nulle in quale periodo e con i farmaci a quel tempo a disposizione.” Sul piano strictu sensu medico, il Collegio ha precisato come “*Il gold standard del trattamento sarebbe stato somministrare Colistina Tigeciclina, ma non erano farmaci disponibili; non vi sono linee guida ancora attive; il paziente era complesso e impegnato dal punto di vista clinico generale; come detto, ha sicuramente contratto l'infezione a Loreto Nuovo.*” (sic relazione pag. 32)

A riguardo, in particolare, pur confermando che, almeno in via probabilistica vi sia stata una perdita di chances di sopravvivenza subita dal T., la stessa non risulta imputabile alla Fondazione M.; è stato specificatamente motivato che “*a carico della Clinica M. di Telesse Terme (odierna convenuta), per le argomentazioni sopra esposte, non emergono responsabilità. L'ospedale di Loreto Nuovo ha inviato in M. un paziente da riabilitare, senza dare alcuna informazione clinica; il paziente doveva eventualmente essere ricoverato, in caso di ripresa di patologia acuta, in una struttura super-specialistica. Inoltre, la virulenza dei germi contratti a Loreto Nuovo era tale da non consentire alcun trattamento in M.. Non pare neppure che i parenti siano stati informati circa le condizioni di estrema gravità in cui versava il paziente oncologico, all'atto della dimissione.*” (pag. 33)

La relazione peritale ha escluso quindi la responsabilità della struttura convenuta; in ordine a tali conclusioni, parte convenuta ha formulato osservazioni tramite il proprio consulente: tali rilievi si configurano generici e, comunque infondati.

Sotto un primo profilo, invero preliminare e dirimente, il ctp non confuta in alcun modo la compiuta ricostruzione (sia in termini generali che speciali, relativa alla fattispecie concreta) del collegio peritale, circa l'origine dell'infezione presso l'Ospedale di Loreto a Mare; in altri termini, i rilievi del Collegio circa la responsabilità di altra struttura non risultano “*pretestuose*” (sic osservazioni ctp pag.2) ma, adeguatamente motivate e costituiscono il *prius* logico fattuale per valutare il ruolo e l'incidenza sul piano causale della Fondazione nel decesso del T..

Ritenuto accertato che il paziente entrava presso l'ospedale convenuto già infetto con germi multi resistenti, in ordine alla contestazione circa le cure eseguite, il collegio peritale ha efficacemente replicato come “*ogni anno nei Paesi Ue si registrano circa 33mila decessi causati da batteri resistenti agli antibiotici e quasi un terzo – oltre 10mila – riguardano l'Italia; se così tanti pazienti muoiono per questo tipo di infezione, ci si dovrebbe chiedere quale ne sia la causa: e, del tutto verosimilmente, la causa riposa nella mancanza di farmaci efficaci. Questi germi, si ribadisce ancora una volta, richiedono farmaci particolari, a sola prescrizione infettivologica specialistica; posto che, come già asserito, il Cefideracol non era ancora disponibile, rimanevano solo la colistina e la tigeciclina per la cui prescrizione non si può che ribadire quanto già ampiamente spiegato in bozza*” (sic relazione pag. 34), ovvero il carattere limitato delle terapie, l'elevata tossicità renale e la non chiara posologia, stante l'assenza di linee guida univoche.

In ragione di quanto esposto risulta semplicistico e non corretto, ritenere comprovata una responsabilità colposa per aver omesso una prescrizione medica a fortiori considerando una serie di ulteriori fattori quali: si trattava di un paziente complesso e già infettato con germi multi resistenti, non vi era prova della terapia antibiotica eseguita presso l'Ospedale di Loreto; non era trasmessa alcuna regolare comunicazione circa lo stato infettivo del paziente alla Fondazione.

Alla luce di quanto esposto in punto di fatto, non risulta in alcun modo assolto nella fattispecie in esame l'onus probandi, così come delineato dalla recente e rigorosa giurisprudenza sopra evidenziata, gravante sulla parte attrice circa l'inadempimento della struttura e il nesso di causalità tra il citato inadempimento e il decesso.

Le contestazioni contenute nelle note di udienza della parte attrice e riproposte negli scritti conclusivi

diverse rispetto a quelle contenute nelle osservazioni dei ctp, risultano in primo luogo non ammissibili. In adesione a rigoroso ma preferibile orientamento “*Le contestazioni ad una relazione di consulenza tecnica d'ufficio costituiscono eccezioni rispetto al suo contenuto, sicché sono soggette al termine di preclusione di cui al comma 2 dell'art. 157 c.p.c., dovendo, pertanto, dedursi - a pena di decadenza - nella prima istanza o difesa successiva al suo deposito*”. (Cass. 3.8.2017 n.19427; nello stesso senso Cass..2.2014, n. 4448)

L'adesione a tale orientamento comporta l'inammissibilità delle deduzioni formulate successivamente alle osservazioni della ctp; in ogni caso, nel merito, le stesse risultano generiche, non essendo in alcun modo dedotta in modo specifico o comprovata l'ostilità del collegio nei confronti della parte attrice; inoltre, in generale, l'iter procedimentale seguito dal collegio è stato corretto ed è stato rispettato il necessario contraddittorio tra le parti; irrilevante la circostanza che un componente abbia richiesto informazioni circa l'esito del giudizio penale.

In altri termini, a fronte di una compiuta ricostruzione dell'iter clinico, alcuna particolare contestazione nel merito alle argomentazioni del CTU è stata compiuta.

A *fortiori*, sul punto, l'assenza di responsabilità dei sanitari della struttura, è stata dichiarata anche in distinto procedimento penale r.g. 329/2018- Tribunale di Benevento con sentenza 1561/2019 depositata il 20.3.2020 (doc. 8 parte convenuta)

A riguardo, in via generale e in punto di diritto, tale pronuncia, pur non assumendo valore vincolante nel presente giudizio in quanto resa tra soggetti diversi, assume un significativo valore probatorio, ulteriormente rafforzativo delle conclusioni a cui risulta giunto il collegio peritale; l'iter logico argomentativo della pronuncia del Tribunale di Benevento si basa su di un puntuale esame in contraddittorio tra le diverse ricostruzioni mediche in ordine al decesso del sig. P. T. all'esito del quale è emersa la lacunosità della tesi sostenuta dalla Procura circa la sussistenza di profili di colpevolezza a carico dei sanitari della Fondazione; in altri termini, il Tribunale ha accertato una serie di profili problematici quali: l'assenza di una compiuta valutazione, da parte del medico legale della Procura, delle condizioni fisiche del paziente prima dell'ingresso in ospedale; l'assenza di esame autoptico adeguato con riferimento all'infezione etc. (a riguardo circa il valore probatorio degli atti e documenti relativi a procedimento penale, Cass 22.10.2014, n.22384 Cass., sulla consulenza tecnica disposta dal P.M. Cass., del 2.7.2010 n. 15714; Cass., 05.12.2008, n. 28855 che estende l'efficacia probatoria anche a elementi relativi a procedimenti tra parti diverse).

A questo proposito, in particolare, all'esito di giudizio caratterizzato da approfondimento sul piano medico legale della vicenda, i medici erano assolti, risultando descritto in motivazione come “*sulla base di quanto emerso all'esito dell'istruttoria dibattimentale, non può ritenersi provata la penale responsabilità degli imputati in relazione al reato agli stessi ascritto. Ed invero, tenuto conto delle lacune e dell'approssimazione con cui veniva eseguito l'esame autoptico da parte della dott.ssa Fonzo, la quale giungeva alla conclusione che il decesso del T. fosse stato causato da una errata terapia antibiotica somministrata durante la degenza presso l'Istituto M., sol perché, all'atto della dissezione del cadavere, veniva rinvenuto in addome una massa putrescente, neppure analizzata, senza dare conto del perché allora i valori, perfettamente annotati in cartella clinica, che dovevano risultare alterati quale normale conseguenza di uno stato settico in atto (globuli bianchi, procalcitonina, febbre), nel caso del T. non presentavano alcuna significativa variazione e senza saper indicare quale sarebbe stata invece a suo giudizio la terapia antibiotica che, se somministrata, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento morte, con alto grado di probabilità scientifica, non può ritenersi provato con certezza il collegamento causale tra la condotta contestata agli imputati e l'evento morte di T. P., verificatosi in data 22.02.2013. Del resto, il T. era soggetto affetto da gravi patologie pregresse, di recente operato di tumore al cervello e trasferito all'Ospedale Rummo di Benevento pochi giorni prima del decesso, ove veniva sottoposto a collocamento di catetere sovrapubico. Sulla possibile incidenza o meno degli interventi di cui innanzi nella causazione degli eventi che poi portarono alla morte di T. P., nessun accertamento risulta essere stato svolto. Tutto quanto sopra considerato, si impone, nei confronti degli imputati, una sentenza assolutoria perché il fatto non sussiste*”.

In definitiva, non risulta comprovata alcuna responsabilità della struttura sanitaria Fondazione S. M. in ordine al decesso del sig. T. e la domanda degli attori risulta infondata.

Le spese di giudizio sono addebitate sugli attori soccombenti ex art. 91 c.p.c.

I compensi si liquidano ex DM 55/2014 per cause di valore compreso tra €520.000 e €1.000.000,00

applicando il valore medio per le fasi di studio e introduttiva, minimo per la fase istruttoria (assorbita dalla CTU) e minimo per la decisionale (prevalentemente ripetitiva di questioni già affrontate) risultano quindi pari a €20.122,00 oltre spese generali al 15% iva cpa.

Le spese della CTU, già liquidate con separato decreto, sono addebitate su parte attrice soccombente, ferma restando la solidarietà nei confronti dei consulenti

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza o eccezione disattesa o assorbita così dispone:

- I) Rigetta perché infondata la domanda degli attori P. C., T. V., e T. V.;

- II) Condanna altresì gli attori P. C., T. V., e T. V. a rimborsare alla parte convenuta Fondazione S. M. le spese di lite, che si liquidano in € 20122,00 per compensi professionali, oltre spese generali pari al 15% dei compensi, c.p.a., nonché i.v.a., se prevista, secondo le aliquote di legge.

III) Addebita in via definitiva le spese della CTU su parte attrice, ferma restando la solidarietà nei confronti del collegio peritale di entrambe le parti

Pavia, 27 gennaio 2022

Il Giudice
Cameli Renato