

TRIBUNALE DI ROMA
XIII SEZIONE
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

In persona del giudice d.ssa Paola Larosa ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. RG 30495/2018 promossa da

DA

A. M. T.;

P. T.;

M. C.;

elettivamente domiciliati in Roma alla Piazza Adriana n. 4, presso lo studio degli Avv.ti Francesco Angelini e Francesco Barucco, rappresentanti e difensori come da delega in calce al ricorso introduttivo;

ATTORI

CONTRO

ASL Roma 2, in persona del Direttore Generale legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in Roma alla Via Filippo Meda n. 35, presso l'Avvocatura Aziendale, rappresentata e difesa dall'Avv. Maria Fallerini, come da procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

CONVENUTA

Oggetto: risarcimento danni da responsabilità sanitaria;

Conclusioni: come da verbale dell'udienza del 18.05.2021, che qui si intendono riportate e trascritte.

FATTO E DIRITTO

Con ricorso ex art. 702-bis c.p.c. A. M. T., P. T. e M. C. evocavano in giudizio, dinnanzi a questo Tribunale, la ASL Roma 2, affinché fosse accertata la responsabilità della stessa in relazione al decesso della propria congiunta Sig.ra A. L. – madre di A. M. T. e P. T., nonna di M. C.- avvenuto in data 12.03.2014.

In particolare a fondamento della domanda deduceva la parte attrice quanto segue:

- In data 02.03.2014, A. L. era stata accompagnata presso il Pronto Soccorso del C.T.O. "Andrea Alesini" per "diarrea e dolore addominale da due giorni";
- Alle ore 19:26 della medesima giornata la paziente veniva dimessa con diagnosi di disidratazione e consiglio di bere 2 litri d'acqua al giorno;

- In data 12.03.2014 la signora L. veniva trasportata d'urgenza presso il P.S. del Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata ove, all'esame obiettivo, la paziente veniva descritta in condizioni generali gravi;
- I sanitari provvedevano, pertanto, ad esame TC addome che evidenziava *“ispessimento delle pareti del retto, del sigma e del colon, in particolare, a livello del trasverso, come per aspetti infiammatori. Diverticolosi diffusa. Versamento libero in addome”*;
- Alle ore 02:11 della medesima giornata, la signora L. veniva trasferita presso l'istituto Spallanzani con diagnosi di sospetta infezione da Clostridium Difficile;
- A causa dell'ingravescente peggioramento delle condizioni, la paziente decedeva alle ore 20:30 del 12.03.2014;
- Dall'esame autoptico, effettuato in data 14.03.2014, veniva rilevata, quale causa del decesso, *“shock ipovolemico da colite pseudo membranosa compatibile con infezione da clostridium difficile”*;
- In data 9.04.2014, il referto dell'esame colturale su campione di intestino confermava il sospetto di infezione da Clostridium Difficile;
- Pertanto, con ricorso ex art 696-bis c.p.c. gli odierni attori convenivano in giudizio la ASL Roma 2 innanzi al Tribunale di Roma, affinché, mediante la nomina di un Consulente Tecnico d'Ufficio, fosse accertata la responsabilità dei sanitari nella determinazione dell'evento morte;
- I CTU nominati nell'ambito del giudizio di ATP avente RGN. 42597/2016 ravvisavano elementi di censurabilità nella condotta dei sanitari.

Pertanto, nell'atto introduttivo del presente giudizio la parte attrice deduceva la negligenza dei sanitari per avere disposto le dimissioni della paziente a fronte di una grave incompletezza delle indagini diagnostiche.

Deducevano altresì l'avvenuto accertamento nell'ambito del giudizio ex art 696-bis c.p.c. della responsabilità dei sanitari nella determinazione dell'evento morte.

Chiedevano pertanto accertarsi la responsabilità della ASL Roma 2 per aver determinato la morte della propria congiunta e la condanna della stessa, *iure hereditatis*, al risarcimento del danno biologico terminale e/o catastrofe subito dalla *de cuius*, e, *iure proprio*, al risarcimento del danno non patrimoniale subito - precisando che la *de cuius* era convivente della signora P. T. e del signor M. C.. In via subordinata, richiedevano la liquidazione del danno da perdita di chance di sopravvivenza subito dalla *de cuius*.

Si costituiva la ASL Roma 2, la quale contestava gli addebiti mossi nei confronti dei propri sanitari, in quanto del tutto infondati e non provati, rilevando che la condotta assunta da questi ultimi fosse assolutamente corretta e pienamente rispondente alla sintomatologia ed all'obiettività clinica.

Ribadiva, altresì, la assoluta inattendibilità, contraddittorietà e genericità della CTU espletata nell'ambito del giudizio ex art 696-bis c.p.c., richiedendone la rinnovazione.

In ragione delle questioni complesse poste a fondamento della vicenda per cui è causa, oltre che della necessità di una istruttoria piena, la convenuta richiedeva il mutamento del rito.

Contestava, infine, le voci di danno richieste, in quanto del tutto inammissibili ed infondate.

Pertanto, chiedeva il mutamento del rito sommario in rito a cognizione piena, la rinnovazione della CTU ed, in ogni caso, il rigetto della domanda in quanto infondata e non provata.

Respinta l'istanza di rinnovazione della CTU avanzata dall'Azienda convenuta, la causa era ritenuta matura per la decisione, e rinviata all'udienza del 18.05.2021 per la precisazione delle conclusioni. A tale udienza veniva trattenuta in decisione, con la concessione dei termini di cui all'art.190 c.p.c.

Nel merito la domanda attorea è risultata fondata e deve essere accolta nei termini che seguono.

A riguardo, va premesso che, secondo la giurisprudenza della Cassazione, “il diritto che i congiunti vantano, autonomamente sebbene in via riflessa ad essere risarciti dalla medesima struttura dai danni da loro direttamente subiti si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale” (Cass. n.5590/2015; conforme Cass.14258/2020). Pertanto, sempre secondo la Cassazione recente, occorre “...dimostrare, da parte degli eredi del paziente deceduto, che l'omissione addebitata ai sanitari sia stata “più probabilmente che non” la causa del decesso, ovvero che l'intervento omesso...avrebbe più probabilmente che non” scongiurato l'evento letale (Cass. Ord. n.5487/2019).

Orbene nel caso in esame gli attori hanno dimostrato *per tabulas* il titolo da cui emerge l'obbligazione della ASL Roma 2 ovvero la cartella clinica relativa all'accesso della paziente presso il predetto nosocomio.

Parte attrice lamenta la mancata e/o insufficiente sottoposizione della paziente ad esami diagnostici, oltre che la precoce dimissione della stessa, deducendo che, se le condizioni della paziente fossero state correttamente approfondite e se i sanitari fossero giunti a diagnosticare l'infezione, la loro congiunta avrebbe potuto sottoporsi ad un più adeguato trattamento della patologia e, conseguentemente, evitare l'evento morte.

L'Azienda convenuta, in merito all'*an debeatur*, si limitava a richiamare le osservazioni critiche effettuate dai propri consulenti di parte a seguito del deposito della bozza della CTU nel giudizio ex art 696-bis c.p.c., richiedendo pertanto al Tribunale di dichiarare infondate le domande attoree.

Dalla Ctu espletata nel procedimento di ATP svolto tra le parti del presente giudizio, svolta dai dott.ri Massimo Delfino e Alberto De Lorenzis, acquisita in atti - condotta, sulla base della documentazione prodotta dalle parti, secondo un metodo logico e coerente e quindi integralmente condivisibile nelle conclusioni rassegnate- è emerso che “*La diagnosi formulata dai sanitari del CTO, in data 2 marzo 2014, è stata errata in quanto, nonostante il quadro clinico della paziente fosse poco rassicurante e connotato da diarrea e dolori addominali diffusi perduranti da due giorni e da sintomatologia febbrile e disidratazione in soggetto anziano, non fu disposto alcun accertamento diagnostico nè terapeutico specifico. [...] I sanitari del convenuto CTO, alla data del 2 marzo 2014, non sono pervenuti ad una corretta diagnosi per colposa inadeguatezza diagnostica, e pertanto non hanno provveduto ad un trattamento terapeutico utile. [...] Il trattamento terapeutico adottato dai sanitari del convenuto*

CTO il 2 marzo 2014, consistito nella sola somministrazione di antispastico (Buscopan), antidolorifico (Perfalgan) e soluzione fisiologica, è stato del tutto inadeguato relativamente al quadro clinico presentato dalla paziente e che si desume dalla documentazione clinica agli atti” (pag. 19 e 20 della CTU definitiva).

Rispondendo alle note critiche dei CTP della parte convenuta, volte ad evidenziare l' idoneità delle cure somministrate alla paziente a fronte del quadro obiettivo e di quanto riferito in anamnesi, i CTU rilevavano che “[...] un paziente nemmeno in grado di riferire la propria anamnesi non poteva essere dimesso sbrigativamente dal pronto soccorso senza nemmeno effettuare un esame emocromocitometrico, senza effettuare un esame obiettivo completo sistemico e dell' addome (l' esame obiettivo si limita ad un laconico “dolori addominali diffusi”), senza rivalutare le condizioni della paziente prima della dimissione e soprattutto senza prescrivere un successivo controllo al persistere della sintomatologia addominale ovvero al persistere della sintomatologia febbrile ovvero, come di fatto accaduto, al persistere della diarrea. Nemmeno risulta condivisibile l' affermazione dei consulenti di parte convenuta là dove gli stessi asseriscono che il quadro clinico della paziente, durante la permanenza presso il pronto soccorso del CTO, non fosse preoccupante. Si ribadisce e sottolinea infatti come la paziente, anziana, fosse in preda a diarrea da due giorni, sintomatologia febbrile (38°C), dolori addominali diffusi e stato di disidratazione. Un siffatto quadro clinico, in una paziente di 74 anni e per di più non giustificato da cause note, quantomeno lo si deve collocare tra quelli poco rassicuranti e comunque meritevoli di attenzione circa l' evoluzione nel corso delle ore successive piuttosto che di frettolosa dimissione al domicilio. [...] Pertanto i sanitari della struttura hanno sottovalutato il quadro clinico della paziente e sono pervenuto ad una diagnosi parziale (“disidratazione”) che ha soltanto sfiorato la reale situazione in atto nella paziente. La cartella clinica costituita da un solo foglio che racchiude gli eventi di oltre tre ore di permanenza in pronto soccorso di un soggetto anziano ne costituisce la rappresentazione plastica” (pag. 27 CTU).

Quindi i CTU definitivamente osservavano che “La condotta dei sanitari del CTO ha determinato, in maniera più probabile che non il contrario, l' aggravamento delle condizioni generali della paziente culminato nel decesso della stessa a distanza di 10 giorni dall' accesso della stessa al Pronto soccorso dell' ospedale CTO. In caso di corretta diagnosi e trattamento, la paziente presentava una aspettativa di vita pressochè uguale a quella di qualsivoglia donna italiana dell' epoca. Nel 2014 l' aspettativa di vita media per una donna, in italia, risultava pari ad 85 anni [...].” (pag. 20 CTU definitiva) e che “una tempestiva diagnosi formulata in data 2 marzo 2014, avrebbe consentito una adeguata terapia della infezione da Clostridium difficile, e con probabilità certamente superiore al 50% , portato a guarigione la paziente evitandone l' evento morte, causato dall' infezione di cui sopra, verificatosi pochi giorni dopo il transito dal pronto soccorso del CTO”.

Deve pertanto ritenersi che il decesso della paziente sia stato determinato dalla carenza di esami diagnostici e dalla precoce dimissione, laddove se la paziente, nel rispetto delle buone pratiche mediche, fosse stata sottoposta ad esami più accurati o convocata per un successivo controllo nei giorni successivi a quelli dell' accesso presso il pronto

soccorso, con alto grado di credibilità logica sarebbe, “molto più probabilmente che non”, sopravvissuta.

Per quanto sopra risulta dimostrato che il decesso di A. L. deve porsi in rapporto causale con la rappresentata condotta omissiva negligente ed imprudente dei sanitari della ASL Roma 2, con la conseguente responsabilità di quest'ultima.

Al fine della liquidazione del danno, si premette che si ritiene di dover operare tale liquidazione applicando la tabella di riferimento elaborata dal Tribunale di Roma, per le ragioni esposte di seguito. La Corte di Cassazione, nel tentativo di individuare a livello nazionale un parametro in grado di assicurare la perequazione del risarcimento e la sua prevedibilità, ha individuato con la sentenza n. 7 giugno 2011, n.12408 la tabella adottata dal Tribunale di Milano nel 2009 a seguito delle cd sentenze gemelle delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione del 2008 sul presupposto che le stesse erano utilizzate nella maggioranza relativa dei tribunali d'Italia. Il giudicante ritiene che i criteri previsti nelle Tabelle del Tribunale di Roma soddisfino correttamente, come più volte riconosciuto dalla giurisprudenza di legittimità, i parametri diretti ad assicurare un corretto esercizio del potere equitativo di determinazione del danno non ritenendo del tutto condivisibile l'orientamento espresso dalla corte di Cassazione nella decisione della III sezione del 7 giugno 2011, n. 12408 nel quale si individuano dei criteri di riferimento concreti basati su principi che non appaiono al momento essere corrispondenti ai valori costituzionali ed alle indicazioni dei criteri previsti dalla legge quali la valutazione del danno non patrimoniale secondo un incremento percentuale del biologico fino al 25% per un pregiudizio fino al 9% che cresce e fino al 50% per pregiudizio a partire dal 34% e rimane invariato fino al 100%, mentre per la personalizzazione si introduce un criterio che fissa il tetto più alto ai danni meno elevati e fissa un tetto massimo del 25% dal 34 fino al 100%, essendo evidente che in presenza di lesioni a interessi costituzionalmente rilevanti maggiori coincida la necessità di valutazioni che siano funzione diretta del pregiudizio correlabile al danno biologico (non si comprende perché in caso di pregiudizio fino al 9% possano essere liquidati importi fino al 50% mentre per pregiudizi del 90% possano essere liquidati importi ulteriori fino al 25% e ciò secondo criteri di norma essendo evidente che nei singoli casi si può divergere da tali criteri ma la divergenza deve rimanere la eccezione e non la regola essendo altrimenti errato il criterio) e non secondo criteri di funzionalità inversa (al crescere del primo parametro diminuisce il secondo) come ipotizzato dalle tabelle “Milanesi” cui fa riferimento la decisione citata, scelta che appare di difficile conciliazione con l'articolo 3 della Costituzione. D'altra parte le sentenze successive alla sentenza 12408/2011, ad esempio quelle n. 14408/2011, 18641/2011, 16 febbraio 2012, n. 2228, del 28 febbraio - 3 ottobre 2013, n. 22585 e 22604 hanno in parte modificato l'assunto della sentenza facendo ritenere ancora oggetto di discussione la ricostruzione di un orientamento univoco della Corte di Cassazione sul punto tenuto anche conto che il risarcimento previsto dalle tabelle di Roma è comunque in linea con quanto deriverebbe dalla applicazione delle tabelle Milanesi (cfr Cass. Sez. III, 17 gennaio 2018, n. 913) salva una più attenta e prevedibile individuazione dell'importo fatta eccezione per la sussistenza degli elementi che devono essere presi in considerazione nella determinazione del danno, elementi estranei alla valutazione

equitativa dal momento che la stessa Cassazione ha chiarito che l'equità non può trovare applicazione nell'accertamento del danno ma solo nella sua trasformazione in un valore economico sulla base dei criteri legislativi e giurisprudenziali esistenti. Da ultimo, peraltro, Cassazione civile, sez. III, 10/11/2020, n. 25164, ha sostanzialmente sconfessato il precedente orientamento filomeneghino, laddove ha stigmatizzato l'erronea incorporazione del danno morale nel danno biologico operata dalle tabelle Milanesi, sancendo un principio, che, pur pronunciato in materia di danno da sinistro stradale, può ritenersi valido anche al di fuori della medesima (*In tema di danno non patrimoniale derivante da sinistro stradale deve affermarsi il principio dell'autonomia del danno morale rispetto al danno biologico, laddove il primo non è suscettibile di accertamento medico-legale e si sostanzia nella rappresentazione di uno stato d'animo di sofferenza interiore, che prescinde del tutto - pur potendole influenzare - dalle vicende dinamico-relazionali della vita del danneggiato. Ne consegue che, in caso di concorso del danno dinamico-relazionale e del danno morale, nell'ipotesi di positivo accertamento dei presupposti per la c.d. personalizzazione del danno, è necessario procedere all'aumento fino al 30% del valore del solo danno biologico, depurato dalla componente del danno morale, automaticamente (ma erroneamente) conglobata nel danno biologico nella tabella milanese, giusta il disposto normativo di cui all' articolo 138, punto 3, del novellato Codice delle assicurazioni*). In ultimo si rileva che l'applicazione delle tabelle del Tribunale di Roma risponde all'esigenza di uniformare i criteri utilizzati per il calcolo del danno, evitando in tal modo disparità di trattamento tra giudizi instaurati dinnanzi al medesimo Tribunale.

Ciò premesso, la domanda degli attori può trovare accoglimento in relazione al danno sofferto dalla congiunta per le sofferenze patite e per la lucida valutazione del proprio irreversibile peggioramento. Invero ancora alla data del 12.04.2014, giorno del decesso, dalla cartella clinica del P.S. del Presidio Ospedaliero San Giovanni Addolorata, deve desumersi che la paziente, sia pure in "condizioni generali gravi", fosse "vigile, collaborante" e quindi in grado di percepire le sue sofferenze.

La domanda quindi deve essere accolta, in applicazione del principio secondo cui il danno non patrimoniale sussiste ed è trasmissibile agli eredi solo quando tra il sinistro e la morte sia intercorso un apprezzabile lasso di tempo e quando vi sia la prova di uno stato di coscienza della vittima, nel lasso di tempo compreso tra il sinistro e la morte (Cass.26727/2018). Si reputa quindi dovuto il danno non patrimoniale (nella forma del danno alla salute e della sofferenza morale) *iure successionis*, atteso che la sig.ra L. ha vissuto un progressivo peggioramento delle proprie condizioni, ed essendo in questo periodo i danni citati entrati a far parte del patrimonio della stessa e quindi trasmissibili agli eredi secondo le regole della successione *mortis causa* e le relative quote.

Per il risarcimento di tale danno, l'ammontare sarà commisurato in via equitativa, tenuto conto tuttavia che il danno seppure temporaneo è stato significativo nella sua entità e nella sua intensità, tanto che la lesione del diritto alla salute non è stata suscettibile di recupero ed ha determinato la morte. Pertanto, tenuto conto delle sofferenze presumibilmente patite dalla vittima, e del fatto che il peggioramento delle condizioni della de cuius si è verificato in prossimità temporale dell'accesso al pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni Addolorata, il danno in oggetto si reputa

valutabile in via equitativa (tenuto conto della giurisprudenza di legittimità secondo cui il danno non patrimoniale c.d. terminale deve essere liquidato con somme non irrisorie) in complessivi euro 20.000,00 somma che deve essere ripartita tra gli eredi, in base alle norme del codice civile in tema di successione ereditaria, in misura pari alla metà per ognuna delle figlie attrici.

Con riferimento alla domanda risarcitoria avanzata *iure proprio*, si osserva quanto segue.

Parte attrice ha chiesto la condanna della ASL convenuta per il risarcimento del danno esistenziale e morale causato dalla morte del coniuge e madre.

La domanda è fondata, in quanto, in conseguenza della morte di A. L., le figlie A. M. e P. ed il nipote M. hanno diritto a vedersi riconosciuto il danno non patrimoniale per lesione del vincolo parentale, in quanto la condotta illecita che ha determinato la morte del congiunto ha leso diritti della persona costituzionalmente qualificati fondati sugli artt. 2, 29, 30 della Costituzione, con ciò nel rispetto dei principi relativi al riconoscimento del danno non patrimoniale, come configurati dalla Cass., Sez. Unite, 11.11.2008 n. 26972.

Si precisa che non è invece risarcibile come autonoma voce di danno il danno esistenziale, quale alterazione della vita di relazione dei richiedenti, posto che tale titolo determinerebbe una duplicazione di risarcimento poiché la sofferenza patita nel momento in cui la perdita è percepita e quella che accompagna l'esistenza del soggetto che l'ha subita altro non sono che componenti del complesso pregiudizio, che va integralmente e unitariamente ristorato.

L'esistenza del danno deve ritenersi provato in via presuntiva, sulla base del vincolo familiare degli attori con la vittima e valutato secondo criteri di equità, così come richiesto dalle medesime parti istanti.

Pertanto, si giudica equo applicare i criteri in uso presso questo Tribunale, come indice di riferimento dedotto dal tenore delle pronunce effettivamente emesse, tenuto conto del sistema 'a punti' bilanciato sulla valutazione di criteri concorrenti, consistenti a) nel rapporto di parentela; b) nell'età della vittima e del parente superstite; c) nella condizione di convivenza con la vittima; d) nella valutazione complessiva del nucleo familiare, e aggiornato sulla base dei valori relativi al 2014.

Nel caso in esame il risarcimento del danno è richiesto dalla figlia A. M. T. di anni 50 e non convivente con la vittima di 74 anni, dalla figlia P. T. di anni 48 e convivente con la vittima e dal nipote M. C. di anni 26 e convivente con la vittima (come provato dal certificato di residenza prodotto in atti dalla parte attrice).

Pertanto, in attuazione dei criteri descritti, spetta:

- alla figlia A. M. T.- a fronte di un totale di 23 punti- l'importo di euro 225.554,1;
- alla figlia P. T. – a fronte di un totale di 27 punti- l'importo di euro 264.780,90;
- al nipote M. C. – a fronte di un totale di 16 punti- l'importo di euro 156.907,20.

Pertanto, complessivamente, per i titoli sopra dedotti, spettano alle parti le seguenti somme:

- ad A. M. T. spetta la cifra pari ad euro 10.000,00 a titolo ereditario e la somma pari ad euro 225.554,1 *iure proprio*;

- alla figlia P. T. spetta la cifra pari ad euro 10.000,00 a titolo ereditario e la somma pari ad euro 264.780,90 iure proprio;

- al nipote M. C. spetta la somma pari ad euro 156.907,20 iure proprio.

Oltre alla rivalutazione del credito, già determinato nel suo complessivo ammontare ai valori attuali, limitatamente alle somme riconosciute a titolo di risarcimento del danno iure proprio, vanno riconosciuti gli interessi per ritardato pagamento, liquidati, in conformità al consolidato orientamento della cassazione (Cass., S.U. n. 1712/1995), in via equitativa e presuntiva mediante ricorso al metodo degli interessi e del tasso di rendimento dei titoli di Stato (Cass., S.U. n. 19499/2008).

Il risarcimento del danno da fatto illecito deve ricomprendere sia l'equivalente del bene perduto sia l'equivalente del mancato godimento di quel bene e del suo controvalore monetario per tutto il tempo che intercorre tra il fatto e la sua liquidazione, tenuto conto che la prova del lucro cessante può essere raggiunta sulla base di criteri presuntivi e, dunque, con riferimento agli interessi legali (individuati annualmente con dm ex art. 1284 c.c.) quale parametro minimo ed oggettivo (salva la prova del maggior danno da parte del creditore) o, se di misura maggiore, il rendimento medio annuo netto dei titoli di Stato di durata non superiore a dodici mesi.

Pertanto, il danno da lucro cessante va calcolato, applicando l'interesse annuo nella misura legale o, se di misura maggiore, il tasso di rendimento annuo netto dei titoli di Stato di durata non superiore a dodici mesi, sulle somme liquidate all'attualità e sopra indicate, previa devalutazione all'epoca della morte del congiunto (12.03.2014) secondo gli indici ISTAT e rivalutazione annuale, a tale data individuandosi il periodo di temporanea indisponibilità della somma liquidata a titolo di risarcimento danni e sino alla presente decisione.

A tal fine si riconosce, in via necessariamente equitativa ex art. 2056, comma 2, c.c., un ulteriore 0,6 % annuo -in assenza di elementi che consentono di presumere un impiego maggiormente remunerativo della somma-, assumendo come base la semisomma tra il valore del bene perduto al tempo dell'illecito (ottenuto devalutando l'importo ancora dovuto del risarcimento liquidato), e il valore rivalutato ad oggi.

Sull'importo finale liquidato, comprensivo di danno da ritardato pagamento, decorrono gli interessi legali dalla data della presente decisione e sino al soddisfo.

In base al criterio della soccombenza, la ASL Roma 2 è tenuta a rimborsare a parte attrice le spese di lite, che si liquidano, come da dispositivo, in applicazione dei criteri di cui all'art.4 comma 1 del D.M.55/2014, e si distraggono in favore dei difensori dichiaratisi antistatari.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, sulla domanda proposta:

1) Accoglie la domanda di parte attrice, e, per l'effetto, condanna la ASL Roma 2 al pagamento:

- della complessiva somma di euro 235.554,1 in favore di A. M. T., oltre danni da ritardato pagamento limitatamente alla somma di euro 225.554,1 calcolati come indicato in motivazione, e interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;
 - della complessiva somma di euro 274.780,9 in favore di P. T., oltre danni da ritardato pagamento limitatamente alla somma di euro 264.780,90 calcolati come indicato in motivazione, e interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;
 - della complessiva somma di euro 156.907,20 in favore di M. C., oltre danni da ritardato pagamento calcolati come indicato in motivazione, e interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;
- 2) Condanna la ASL Roma 2 alla rifusione in favore di parte attrice delle spese di lite, che liquida nella somma di euro 25.000,00 per compenso, euro 1.200,00 per spese, oltre rimborso forfettario spese generali, iva e cpa come per legge, da distrarsi in favore dei difensori antistatari;
- Così deciso in Roma in data 4.01.2022

Il Giudice
Dott.ssa Paola Larosa