

**N. R.G. 653/2020**

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**TRIBUNALE ORDINARIO DI FERRARA**

SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice Marianna Cocca  
ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di primo grado iscritta al n. r.g. **653/2020**, promossa da:

**D. B.** (C.F. *omissis*) e **B. G.** (C.F. *omissis*), con il patrocinio dell'avv. BONAZZA GIANLUCA, elettivamente domiciliati presso il difensore

ATTORI

contro

**AUSL FERRARA** (C.F. 01295960387), con il patrocinio dell'avv. TAVAZZI MICHELE, elettivamente domiciliata presso il difensore

CONVENUTA

**CONCLUSIONI**

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

**RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE**

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., signori B. D. e B. G., quali eredi legittimi poichè rispettivamente figlia e marito della Sig.ra C. S. C., hanno convenuto in giudizio l'Azienda USL di Ferrara di Ferrara e precisato le seguenti conclusioni: *"Preliminarmente: convocazione del C.T.U a chiarimenti, sugli aspetti dedotti in narrativa del presente atto e ribaditi dalle osservazioni alla contestata CTU redatte dal Consulente di parte Dott. G. Padovan nonché dalla richiesta di chiamata a chiarimenti del Consulente d'Ufficio; nel merito: accertata la responsabilità professionale dei sanitari che hanno trattato in ricovero della defunta Sig.ra C. per i motivi dedotti in narrativa del presente atto, condannare la convenuta A.U.S.L di Ferrara al risarcimento del danno da sofferenza (danno biologico iure proprio) patito dalla defunta Sig. C. fra la data del ricovero e l'evento morte, danno biologico trasferito agli eredi attori iure hereditatis. Determinare, in conseguenza dell'accertata responsabilità medico-professionale, l'ammontare del risarcimento spettante agli attori a titolo di danno tanatologico da perdita parentale, oltre al risarcimento del danno da sofferenza patito dalla Sig.ra C. da trasferirsi iure hereditatis, oltre al rimborso di C.T.U, C.T.P e spese legali anche della fase di ATP oltre che del presente giudizio".*

La Azienda USL di Ferrara si è costituita e all'udienza di precisazione delle conclusioni si è riportata a tutte le deduzioni, produzioni ed eccezioni sollevate nei precedenti scritti difensivi, oltre che nei precedenti verbali d'udienza, insistendo per l'ammissione delle istanze istruttorie di cui alla seconda memoria istruttoria e non ammesse ed ha concluso nel merito nei seguenti termini, richiamando la

memoria ex art. 183 comma 6 n. 1 c.p.c.: *“Voglia l’Ill.mo Giudice adito, contrariis reiectis, accertare il difetto di titolarità e legittimazione attiva in capo agli attori e, per l’effetto, dichiarare la nullità, inammissibilità e/o improcedibilità della relativa domanda di risarcimento; in via principale, respingere integralmente tutte le domande attoree in quanto infondate, in fatto e in diritto, inammissibili, pretestuose e non provate per tutte le ragioni esposte in narrativa; in via subordinata, nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande attoree, limitare il quantum di risarcimento eventualmente dovuto in relazione all’effettivo danno cagionato alla ricorrente, così come verrà accertato in corso di causa, a seguito delle prestazioni professionali rese e per tutte le ragioni espresse in narrativa [...]In ogni caso con vittoria delle competenze e delle spese di lite, oltre accessori di legge”.*

Disposta la trattazione con il rito ordinario ed istruita la causa con l’acquisizione dei documenti depositati dalle parti, nonché l’acquisizione del fascicolo dell’ATP (R.G. 887/2019) precisate le conclusioni ed una integrazione di c.t.u., all’udienza del 03/11/2021 – svoltasi mediante lo scambio e il deposito in telematico di sintetiche note scritte contenenti le sole istanze e conclusioni, secondo la modalità di cui all’art. 221 comma 4 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 - è stata trattenuta in decisione ai sensi dell’art. 281 quinquies comma 1 c.p.c., con lo scambio delle comparse conclusionali e delle memorie di replica a norma dell’articolo 190 c.p.c.

Come rilevato, la domanda attorea è procedibile, essendo stato acquisito il fascicolo relativo al procedimento ex art. 696 bis c.p.c., svolto quale condizione di procedibilità della domanda ai sensi dell’art. 8 L. 8 marzo 2017 n. 24.

I fatti nel loro sviluppo possono essere ricostruiti come segue e sono sostanzialmente incontestati.

La sig.ra C. S. C. in data 30/11/2017 si recò presso il P.S. del nosocomio di Lagosanto per la comparsa di gonfiore e rossori diffusi al volto con lesioni eritematose e pruriginose al tronco ed agli arti inferiori. In quell’occasione le veniva diagnosticata una “dermatite” e la paziente veniva dimessa.

Dopo aver eseguito alcune visite specialistiche private, la mattina del 29/12/2017 la C., recatasi nuovamente al P.S. dell’Ospedale del Delta, verosimilmente su richiesta del medico di medicina generale, si sottopose ad indagini radiografiche ai polmoni che mostravano un accentuato disegno polmonare alle periferie inferiori d’ambo i lati di aspetto reticolo nodulare in assenza di focolai addensanti.

Il pomeriggio del medesimo giorno, giunta ancora una volta al P.S. per la comparsa di faringodinia ed iperpiressia (temperatura salita a 40°), la paziente veniva ricoverata presso la Sezione OBI. Dapprima le veniva somministrato dell’antipiretico (Perfalgan) ma poiché non vi era alcuna reazione, il medico curante decideva di somministrare una terapia antibiotica.

Nel pomeriggio del 30/12/2017, stante il persistente stato febbrile, eseguito un prelievo ematico, la paziente veniva trasferita nel reparto di medicina generale con diagnosi di Polmonite Interstiziale.

Per tutto il giorno successivo, il 31/12/2017, la Signora C., come emerge dal diario clinico, veniva controllata solo ed esclusivamente dal personale infermieristico una volta la mattina alle ore 9.30 e una seconda volta alle 18.30.

La mattina del 1/1/2018 la Sig.ra C. presentava una dispnea e desaturazione che perdurava anche nel pomeriggio con rush cutaneo ed edema al volto, cianosi distale delle dita dei piedi ed episodi di oliguria. Venivano prescritti dal Medico esami ematochimici con urgenza con disposizione per il giorno seguente di un controllo degli anticorpi antivirali e crioglobuline.

Verso le ore 19.30 il laboratorio analisi risulta aver comunicato che il prelievo si presentava fortemente emolizzato da non permettere di eseguire un esame completo.

Il 2/1/2018 alle ore 8.00 si riscontrava il crollo glicemico con valori che da 38 mg/dl scendevano a 19 mg/dl e alle ore 8.41 il medico di reparto veniva chiamato dal personale infermieristico in quanto la paziente era priva di coscienza ed in arresto cardio-respiratorio. Alle ore 9.30 dello stesso giorno veniva dichiarato il decesso.

L’autopsia effettuata il giorno successivo alla morte individuava la causa della morte in “polmonite massiva bilaterale” (doc.1 fascicolo di parte attrice).

Quanto al titolo della responsabilità, va rilevato che la materia della responsabilità medico-sanitaria è stata di recente disciplinata con la Legge n. 24 del 8 marzo 2017, al cui art. 7 è stabilito che 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, ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

I signori B. agiscono anzitutto quali eredi della signora C.: la loro qualità risulta provata e, a tale fine, gli stessi sono subentrati nella posizione della loro dante causa.

Conseguentemente, il riparto dell'onere probatorio è quello proprio della responsabilità contrattuale. Dunque, una volta che il creditore (paziente danneggiato) abbia allegato il contratto e inadempimento e provato il nesso di causalità tra l'inadempimento ed il mancato raggiungimento del risultato di cura sperato, il debitore deve fornire la prova liberatoria.

Sotto questo profilo, se il debitore (la struttura) prova che l'intervento di cura posto in essere dai sanitari non era cd. routinario, rendendo quindi necessaria la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà ex art. 2236 c.c., è ammesso a provare il rispetto delle *leges artis* (perizia): qualora sia raggiunta tale prova, spetterà al paziente provare la colpa sotto il profilo della negligenza e della imprudenza, che si atteggia quale fatto impeditivo dell'effetto estintivo che astrattamente produce la prova del rispetto, da parte del professionista, delle cd. *leges artis*.

Se invece il debitore non prova la speciale difficoltà dell'intervento, invece, si libera dalla responsabilità solo provando che il risultato è stato reso impossibile dall'intervento di un evento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza.

Chiarisce la Suprema Corte, *"in tema di responsabilità civile derivante da attività medico-chirurgica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del professionista, restando a carico dell'obbligato l'onere di provare l'esatto adempimento, con la conseguenza che la distinzione fra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non vale come criterio di ripartizione dell'onere della prova, ma rileva soltanto ai fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, spettando, al sanitario la prova della particolare difficoltà della prestazione, in conformità con il principio di generale "favor" per il creditore danneggiato cui l'ordinamento è informato"* (Cass. Sez. III, Sentenza n. 22222 del 20/10/2014; analogo principio, in tema di generale responsabilità del professionista, è stato ribadito da Cass., Sez. III, Sentenza n. 15732 del 15/06/2018).

Nella specie, l'attività svolta dai sanitari non rivestiva i caratteri della speciale difficoltà (si veda la risposta dei c.t.u. ad apposito quesito n. 3), ma ciò che rileva è la verifica in ordine alla esistenza di inadempimenti dei sanitari, ai quali sia causalmente riconducibile il decesso della paziente.

Nel ricorso introduttivo, gli attori non contestano che il ricovero della C. disposto dai sanitari dell'Ospedale del Delta rispondesse alle raccomandazioni di riferimento previste dal NICE; tuttavia, allegano che la successiva condotta dei sanitari in costanza di ricovero presentava alcune criticità, relative alla gestione del setting assistenziale e all'inquadramento diagnostico-terapeutico che il monitoraggio clinico della paziente. In particolare, contestano che i medici curanti avrebbero dovuto valutare la gravità clinica del caso per la scelta del setting di cura e, soprattutto, del trattamento antibiotico.

Sostanzialmente, non sarebbe stata valutata la gravità clinica della paziente, utilizzando lo score specifico necessario, indispensabile per la programmazione delle terapie da somministrare alla paziente. Secondo gli attori, i sanitari avrebbero colpevolmente omesso ogni valutazione medica nel lasso di tempo compreso tra le ore 19,00 del 30/12/2017 e le ore 14,00 del 1/1/2018; inoltre elencano le omissioni dei sanitari a seguito dell'aggravamento delle condizioni generali in data 1/1/2018.

Il tema della causalità in tema di diagnosi tardiva è stato di recente esaminato dalla Suprema Corte, anche alla luce dei principi fissati dalla giurisprudenza comunitaria.

La Cassazione ha avuto modo di chiarire che *"in materia di responsabilità per attività medico-chirurgica,*

*l'accertamento del nesso causale in caso di diagnosi tardiva - da compiersi secondo la regola del "più probabile che non" ovvero della "evidenza del probabile", come pure delineata dalla Corte di Giustizia dell'Unione Europea nella sentenza del 21 giugno 2017 in causa C-621/15 in tema di responsabilità da prodotto difettoso, in coerenza con il principio eurounitario della effettività della tutela giurisdizionale - si sostanzia nella verifica dell'eziologia dell'omissione, per cui occorre stabilire se il comportamento doveroso che l'agente avrebbe dovuto tenere sarebbe stato in grado di impedire o meno, l'evento lesivo, tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto nella loro irripetibile singolarità, giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa), ma anche all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica)". (Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 21530 del 27/07/2021).*

All'esito del procedimento per accertamento tecnico preventivo, svolto quale condizione di procedibilità della domanda, il c.t.u. dott. Moreni aveva indicato la causa della morte in una miocardite virale da Coxsackie B anziché in una polmonite massiva bilaterale come certificato nel referto autoptico; concludeva quindi per l'esclusione di qualsivoglia nesso causale tra la condotta dei medici curanti e l'evento morte della Sig.ra C..

Visto il contrasto tra il referto autoptico e gli esiti dell'accertamento tecnico preventivo (in considerazione del fatto che la causa del decesso indicata dal dott. Moreni non emergeva neanche dalle difese della Azienda in fase di ATP), si è ritenuto opportuno sottoporre il caso ad un collegio peritale composto dal medico legale dott. Piergiovanni Rocchi e dallo specialista infettivologo dott. Marco Borderi.

È fondamentale la ricostruzione dei risultati cui è giunto il nominato Collegio peritale, che questo giudice ritiene di dover integralmente richiamare e condividere in quanto immuni da vizi logici e suffragati da opportuni richiami alla letteratura medica, soprattutto con riferimento alle cause del decesso, relativamente alle quali i consulenti d'ufficio hanno evidenziato *che "il dettaglio dell'esame istologico conseguente al riscontro autoptico mostra pressoché ovunque l'associazione di infiltrati mononucleati e polimorfonucleati, indice della probabile compartecipazione di agenti sia virali sia batterici alla genesi del quadro finale terminale. Il riscontro positivo della sierologia per Coxsackie B è suggestivo per infezione in atto, ed è compatibile soprattutto con il primo quadro radiologico e con gli infiltrati mononucleati; diversamente, l'evoluzione dell'imaging radiologico, gli infiltrati polimorfonucleati, l'ipoglicemia, il processo broncopneumonico a focolai multipli confluenti e i focolai di ascessualizzazione, depongono invece più per una sovrainfezione batterica, sulla cui origine (in mancanza di riscontro eziologico) non è possibile in alcun modo esprimersi".*

Sul punto, la consulenza svolta in questa sede ha permesso di chiarire il punto.

Il Collegio rileva che la mancata esecuzione di emocolture o di broncoaspirato nell'ultima fase non ha permesso la definizione dell'origine dell'infezione, ma ha escluso il nesso di causalità di tale omissione con il decesso, dal momento che *"i referti degli esami colturali sarebbero comunque pervenuti post-mortem, come è stato per la sierologia per Coxsackie B".*

Ne deriva che l'eventuale cambiamento/potenziamento della terapia antibiotica in data 1/1/2018 non avrebbe con ogni probabilità avuto il tempo di modificare l'iter evolutivo già innescato.

Il Collegio peritale ha chiarito la corretta interpretazione delle risultanze della relazione svolta nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c., evidenziando come sia in conclusione *"verosimile che ad una iniziale infezione da Coxsackie B, favorita dalla necessaria somministrazione di steroidi, si sia sommata una sovrainfezione batterica, sulla cui eziologia non è possibile esprimersi in alcun modo. L'ipotesi di una infezione da Coxsackie e di una sovrainfezione batterica non sono affatto mutuoescludentesi a vicenda ma, viceversa, trovano entrambe riscontri documentali validi e plausibili, oltre che oggettivi, e ciò abbia condotto all'exitus della paziente".*

Ciò posto in ordine alle cause del decesso, i consulenti hanno concluso che gli interventi clinico-diagnostici e terapeutici eseguiti in occasione del ricovero dal 30/12/2017 al 02/1/2018, appaiono tempestivi, congrui sufficienti ed adeguati.

I consulenti chiariscono che, all'ingresso in Pronto Soccorso il 29.12.2017 la sintomatologia clinica,

l'obiettività e l'imaging polmonare sono suggestivi per un'infezione a carico delle vie respiratorie, insorta evidentemente in comunità; sulla base dei vari parametri, *"è stato corretto trattenere la paziente, eseguire emocolture, e posizionare terapia antibiotica empirica"*.

Con riferimento alla somministrazione di antibiotico prima dell'esecuzione delle emocolture, evidenziato dal consulente tecnico di parte attrice quale condotta non conforme alle linee guida, il Collegio ha evidenziato come, sebbene effettivamente non conforme alle linee guida, non ha inciso sull'esito delle emocolture stesse e ciò per una ragione tecnica, compiutamente spiegata anche in risposta alle osservazioni del consulente tecnico di parte, ossia considerando i tempi necessari all'antibiotico posizionato per raggiungere lo steady-state ed essere efficace.

Quanto alla gestione dell'evoluzione in data 1/1/2018, il c.t.u. rileva che l'omessa indicazione nel diario della frequenza respiratoria è superata dalla presenza della consulenza dell'intensivista, che indica nella sua consulenza l'assenza di dispnea, per cui in quel momento il quick SOFA score è sempre 1.

Si deve quindi escludere che vi sia stato l'abbandono colpevole della paziente descritto da parte attrice. Il collegio peritale rileva che *"sarebbe stato certamente indicato ripetere una diagnostica di imaging toracica ed eseguire esami colturali da sangue e da broncoaspirato per indagini microbiologiche, ma occorre osservare che i referti degli esami colturali sarebbero comunque pervenuti post-mortem"*; inoltre, *"la necessaria somministrazione di steroidi può certamente avere involontariamente favorito l'evoluzione di un'infezione virale in atto. Al momento del decesso la signora è indubbiamente settica, ma non shockata"*.

Il Collegio ne conclude che *"dall'analisi degli interventi posti in essere nel breve lasso di tempo dalla rapida fenotipizzazione del fenomeno terminale, fatte le debite osservazioni già poste, non sembrano comunque riscontrarsi criticità maggiori tali da condizionare sfavorevolmente il decorso evolutivo da parte dei vari specialisti intervenuti, tra cui l'intensivista"*.

Sul punto, il Collegio risponde efficacemente alle osservazioni del consulente tecnico di parte attrice dott. Giancarlo Padovan, chiarendo che con riferimento al ritardo diagnostico e all'indicazione dell'inefficace trattamento della ipoglicemia come cause del decesso, che l'ipoglicemia sia stata la causa del decesso, oltre ad essere in contraddizione con quanto poco sopra affermato, è smentito dal referto autoptico, che individua le cause del decesso.

Anche con riferimento al mancato esame diretto dei preparati istologici, i consulenti hanno evidenziato che essi *"sono tutti singolarmente descritti nel referto N 18F000464-AD della Anatomia Patologica del Dipartimento Oncologico-Medico Specialistico di riferimento (quindi da colleghi con competenza tecnica sull'argomento per definizione ben superiore a quella dei CTU e dei CTP) del 3.1.2018 e presenti regolarmente agli atti"*.

Semmai parte attrice, la cui difesa ha insistito su questo punto anche in comparsa conclusionale, avrebbe dovuto contestare in maniera specifica tali descrizioni: in assenza di contestazioni su quei referti, il riesame diretto dei preparati istologici si palesa come superfluo, essendosi invece l'analisi dei consulenti d'ufficio correttamente svolta sulle risultanze di quei referti.

Come già rilevato poc'anzi in sede di ricostruzione delle cause del decesso, la mancata esecuzione di emocolture o di broncoaspirato nell'ultima fase non ha inciso sull'esito, in quanto le risultanze sarebbero pervenute comunque dopo la morte e, in ogni caso, l'eventuale cambiamento/potenziamento della terapia antibiotica in data 1/1/2018 non avrebbe con ogni probabilità avuto il tempo di modificare l'iter evolutivo già innescato.

Concludendo, i componenti del collegio peritale hanno concluso che *"non si è riscontrata inadeguatezza tecnica nell'operato dei Sanitari intervenuti nella vicenda"*.

Sotto il profilo giuridico, pur risultando talune condotte dei sanitari non perfettamente aderenti alle linee guida (come la somministrazione di antibiotico prima dell'esecuzione delle emocolture e la mancata esecuzione di emocolture o di broncoaspirato nell'ultima fase), appare accertato che il comportamento doveroso che l'agente avrebbe dovuto tenere non sarebbe stato in grado di impedire l'evento lesivo, tenuto conto di tutti gli elementi di conferma disponibili nel caso concreto, anche quelli verificati *post mortem*.

L'assenza di prova in ordine alla negligenza dei sanitari e al nesso causale incide anche con riferimento alla responsabilità della struttura per i danni causati a B. D. e B. G. *iure proprio*, in relazione alla quale l'onere probatorio posto a carico degli attori era quello più gravoso di cui all'art. 2043 c.c.: la Suprema Corte ha anche di recente ribadito che *"la responsabilità della struttura sanitaria per i danni da perdita del rapporto parentale, invocati "iure proprio" dai congiunti di un paziente deceduto, è qualificabile come extracontrattuale, dal momento che, da un lato, il rapporto contrattuale intercorre unicamente col paziente, e dall'altro i parenti non rientrano nella categoria dei "terzi protetti dal contratto", potendo postularsi l'efficacia protettiva verso terzi del contratto concluso tra il nosocomio ed il paziente esclusivamente ove l'interesse, del quale tali terzi siano portatori, risulti anch'esso strettamente connesso a quello già regolato sul piano della programmazione negoziale"* (Cass. Civ., Sez. VI-III, Ordinanza n. 21404 del 26/07/2021).

Conclusivamente la domanda attorea va respinta.

Parte convenuta, in sede di scritti conclusionali, ha chiesto la cancellazione di una serie di espressioni giudicate offensive. La domanda, formulata ai sensi dell'art. 89 c.p.c., non può essere accolta.

Difatti, le espressioni sconvenienti od offensive ai sensi di tale norma consistono in tutte quelle frasi, attinenti, o meno, all'oggetto della controversia, che superino il limite della correttezza e della convenienza processuale, espresse nei riguardi dei soggetti presenti nel giudizio, in violazione di tutti i principi posti a tutela del rispetto e della dignità della persona umana e del decoro del procedimento.

Dunque, tale fattispecie è integrata in caso di espressioni eccedenti le esigenze difensive ed avulse dalla materia del contendere: nel conflitto tra il diritto a svolgere la difesa giudiziale nel modo più largo ed insindacabile ed il diritto della controparte al decoro ed all'onore, l'art. 89 c.p.c. ha, dunque, attribuito la prevalenza al primo, nel senso che l'offesa all'onore ed al decoro della controparte comporta l'obbligo del risarcimento del danno nella sola ipotesi in cui le espressioni offensive non abbiano alcuna relazione con l'esercizio del diritto di difesa. La Suprema Corte ha in particolare chiarito che *"in tema di espressioni offensive o sconvenienti contenute negli scritti difensivi, non può essere disposta, ai sensi dell'art. 89 c.p.c., la cancellazione delle parole che non risultino dettate da un passionale e incomposto intento dispregiativo, essendo ben possibile che nell'esercizio del diritto di difesa il giudizio sulla reciproca condotta possa investire anche il profilo della moralità, senza tuttavia eccedere le esigenze difensive o colpire la scarsa attendibilità delle affermazioni della controparte"* (Cass. Civ., Sentenza n. 21031 del 18/10/2016)

Non possono quindi essere qualificate offensive dell'altrui reputazione le parole che, rientrando seppure in modo piuttosto graffiante nell'esercizio del diritto di difesa, non si rivelino comunque lesive della dignità umana e professionale dell'avversario: tali devono essere ritenute le espressioni usate in comparsa conclusionale. Le espressioni non paiono connotate da carattere e volontà offensiva nei confronti della convenuta e neppure dei sanitari suoi dipendenti (comunque terzi rispetto alla struttura), ma motivata dall'esigenza di difesa consistita nel rappresentare, sebbene infondatamente, una condotta negligente.

Quanto alle spese di lite, va rilevato quanto segue.

Alla luce del fatto che il procedimento ex art. 696 bis c.p.c. è previsto come condizione di procedibilità della domanda giudiziale nonché degli esiti delle due consulenze tecniche, appare opportuna la compensazione nella misura di 1/3 delle spese processuali, in considerazione anche del rigetto della domanda ex art. 89 c.p.c. Va considerato, infatti, che, in via preventiva, l'accertamento tecnico appariva necessario, tenuto conto delle particolari circostanze del decesso della signora C. e che gli esiti dello stesso, comparati con le difese della stessa convenuta in fase preventiva, hanno reso necessario l'ulteriore approfondimento istruttorio in ordine alla verifica del nesso causale del decesso con talune condotte dei sanitari, rivelatesi comunque non del tutto aderenti alle linee guida.

Nella restante misura dei 2/3 le spese seguono la soccombenza di parte attrice e sono liquidate d'ufficio, tenuto conto, per quanto riguarda i compensi professionali, dei parametri previsti dal D.M. 55/2014, alla luce dell'attività complessivamente svolta e dello scaglione di riferimento (somme già ridotte ai 2/3: 1.900,00 per fase di ATP; per la presente fase: euro 1.000,00 per fase di studio, euro 700,00 per fase

introduttiva, euro 800,00 per fase istruttoria, euro 1.000,00 per fase decisorio).

Le spese delle due c.t.u. vanno poste per i 2/3 a carico degli attori e per 1/3 a carico della Azienda USL di Ferrara.

**P.Q.M.**

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa promossa da D. B. e B. G. nei confronti della AZIENDA USL DI FERRARA, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- rigetta le domande di parte attrice;
- rigetta la domanda ex art. 89 c.p.c. di parte convenuta;
- dichiara tenuti e condanna i signori D. B. e G. B. alla rifusione in favore della Azienda USL di Ferrara dei 2/3 delle spese di lite, che liquida per compensi professionali in euro 5.400,00 (comprensivi della fase del procedimento ex art. 696 bis c.p.c.), oltre rimborso per spese forfettarie nella misura del 15%, IVA e c.p.a. con aliquote di legge e se dovute;
- compensa nella restante misura di 1/3 le spese processuali della presente fase e di quella del procedimento ex art. 696 bis c.p.c.;
- pone spese delle due c.t.u. per i 2/3 a carico degli attori e per 1/3 a carico della Azienda USL di Ferrara.

Ferrara, 29/01/2022

Il Giudice  
Marianna Cocca