

TRIBUNALE DI ROMA - Sezione XIII – sentenza del 30 aprile 2015

RESPONSABILITÀ MEDICA: NO AD AZIONI GENERICHE

Per chiedere il risarcimento di un danno per presunta colpa del medico, non basta al paziente o al suo familiare affermare che c'è una responsabilità generica in capo ai sanitari e dire che il risultato non è adeguato alle loro attese, ma occorre mettere il giudice in grado di trovare l'inadempimento causa di danno altrimenti si apre "un varco sempre più grande all'ingresso di azioni giudiziarie infondate o di natura esplorativa". Con questa sentenza in materia di Rc medica il Tribunale di Roma apre una breccia nel dispositivo tradizionale che rovescia sul medico tutto l'onere di provare il proprio adempimento e/o la propria estraneità ai danni causati. I giudici capitolini hanno prosciolto una struttura convenuta e hanno disposto una consulenza d'ufficio verso un'altra, rigettando la richiesta di condanna a risarcimento da parte dei parenti di un paziente defunto per bronco pneumopatia aggravata da infezioni contratte durante la degenza. È vero - ragionano i giudici - che al paziente spetta solo di provare l'esistenza di un contratto con la struttura e di un danno nei suoi confronti ma, affinché l'assunto giurisprudenziale funzioni, oltre a dimostrare che non si è guariti o ci si è aggravati, si deve specificare che c'entrano il medico e la struttura con il danno o il mancato risultato patito; e il giudice deve verificare se, cambiando il medico, le cose sarebbero andate meglio.

TRIBUNALE DI ROMA SEZIONE - SEZIONE TREDICESIMA

Il Giudice dott. cons. Massimo Moriconi nella causa tra Ro.Ma., Da., Fa. e Si.Ri. (avv.ti Gi.Ma. e Cl.Fa.) attrice

E

Ospedale "Ma.Va." I.F. di Sa. in persona del suo legale rappresentante pro tempore (avv.ti St.Ro. e Al.Ca.) convenuta

E

Azienda Sanitaria Locale Roma C in persona del suo legale rappresentante pro tempore (avv.ti Ba.Be., Ga.Ma., Ma.Ta.) convenuta

ha emesso e pubblicato, ai sensi dell'art. 281 sexies c.p.c., alla pubblica udienza del 30.4.2015 dando lettura del dispositivo e della presente motivazione, facente parte integrale del verbale di udienza, la seguente

SENTENZA

INDICE

1. I fatti, 2
2. La riserva, 3
3. L'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di responsabilità medico sanitaria: premesse, 4
4. Il nesso causale, la responsabilità, oneri ed allegazioni, 7
5. Attuale stato dell'arte, 14
6. Trasposizione dei principi al caso concreto, 15

letti gli atti e le istanze delle parti,

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

- 1 - I fatti

Espongono gli attori che Fa.Re. affetto da bronco pneumopatia cronica ostruttiva in trattamento con ossigenoterapia domiciliare non veniva curato come doveroso presso l'Ospedale Ma.Va. dove si era recato (al PS) il 13.1.2005 a causa di difficoltà respiratorie.

In particolare lamentavano gli attori che i sanitari del nosocomio avevano effettuato l'intubazione del paziente con grave ritardo, solo dopo che era andato in arresto cardiorespiratorio ed era in stato di coma postanossico (invero solo in data 16 gennaio il Regoli veniva trasferito presso il Reparto di Rianimazione e solo il 27 gennaio veniva effettuata la tracheotomia).

In questo reparto il paziente contraeva infezioni non adeguatamente diagnosticate e curate.

E solo in data 29 giugno veniva trasferito presso l'Ospedale Sa. di Roma.

Dove, ancora, secondo gli attori, si scontrava con condotte inadeguate e carenti del personale medico.

Decedeva, infine, in data 20.07.2005.

Lamentavano la insufficienza e l'inadeguatezza del consenso informato.

Da ciò deducevano la responsabilità dei convenuti, in particolare assumendo che

1. la natura routinaria delle prestazioni;
2. la circostanza che le prestazioni erogate dalla struttura sanitaria anziché migliorare le condizioni del paziente le aveva peggiorate;
3. che il principio affermato dalla giurisprudenza in materia di risultato della obbligazione sanitaria (contratto di ospitalità) era quello secondo cui era esigibile il risultato normalmente raggiunto dalla prestazione ove eseguita con la necessaria struttura organizzativa e con la comune diligenza prudenza e perizia;
4. che avendo gli attori depositato la cartella clinica avevano con ciò, essendo stato l'esito della prestazione sanitaria ben diverso dal quello normale, esaudito pienamente al loro onere probatorio non dovendo null'altro provare, oltre al danno;

Senza invertire l'onere della prova, elencavano le seguenti carenze:

- sottovalutazione da parte dei sanitari del Va., delle condizioni cliniche del paziente all'ingresso del PS;
- la mancata adozione di cautele in relazione alle condizioni specifiche del paziente in punto intolleranze;
- inadeguato monitoraggio del paziente;
- inappropriato e tardivo trattamento della insufficienza respiratoria;
- mancato tempestivo trasferimento in terapia intensiva e/o rianimazione;
- collocazione del paziente in ambienti non sterili e contrazione di infezione;
- omissione dei sanitari del Sant'Eugenio di adeguata diagnosi e terapia nonché di attività dirette a curare lo stato settico del paziente ancora in atto alla data del decesso.

In particolare sull'onere della prova gli attori evidenziavano che essendo il risultato positivo la conseguenza fisiologica della prestazione professionale diligente, al creditore (cioè agli attori),

non incombeva provare null'altro se non il contratto ed il danno, mentre la sussistenza del nesso causale fra l'inadempimento dell'ospedale e le lamentate lesioni alla stregua del più probabile che non, salva la prova certa dell'esattezza della prestazione ed il caso fortuito, a carico del debitore (il nosocomio).

Sviluppando tali concetti nelle memorie di cui agli artt. 1183 c.p.c. ed in particolare ribadendo che gli attori avevano esaustivamente dedotto e provato l'inadempimento qualificato e l'anomalo risultato della prestazione sanitaria rinvenibile nel peggioramento delle condizioni cliniche del paziente esito ben diverso da quello di regola raggiunto attraverso un'adeguata e tempestiva attività informativa, assistenziale e curativa, si opponevano fermamente all'effettuazione di una CTU medico legale in tema di an debeatur.

Si costituivano i convenuti (ospedale e ASL) contestano in radice le avverse deduzioni e richieste. In particolare l'Ospedale "Ma.Va." contestava in modo dettagliato e reciso ciascuna delle affermazioni degli attori relative alle presunte carenze, omissioni ed errori del personale medico - sanitario e ai deficit strutturali del reparto di rianimazione dell'Ospedale Va.

A fortiori, essendo nel frattempo, e all'atto del trasferimento ivi, le condizioni di Fa.Re. decadute ulteriormente, l'Ospedale Sant'Eugenio (rectius: la Azienda Sanitaria Locale Roma C nel quale è inquadrato) contestava in toto le lagnanze degli attori.

- 2 - La riserva

Sciogliendo la riserva, all'esito dell'esame delle memorie ex art. 183 c.p.c., il Giudice così argomentava:

va considerato che gli attori non solo non hanno richiesto consulenza medico legale diretta ad accertare la conformità alle buone regole dell'arte medica dei percorsi sanitari approntati nei confronti di Fa.Re. (ovvero le relative omissioni), ma si sono recisamente opposti ad una eventuale consulenza siffatta;

il ragionamento che sta alla base di tale strategia difensiva è, nella sostanza, di carattere processuale dove per processo si intende la regola dell'onere della prova;

ritengono quindi gli attori di avere dedotto quanto è onere che facessero, senza che sia stata neppure attivata prima della causa, al fine di acquisire un supporto, un parere tecnico, in una materia - quale quella medico - sanitaria - che pure essendo permeata di aspetti giuridici come lo sono del resto la maggior parte degli ambiti della esistenza degli uomini, è senza alcun dubbio molto specialistica e complessa tanto che sovente accade che gli stessi specialisti, all'esito dell'esame della medesima documentazione sanitaria (cartelle cliniche etc.), giungono a divergenti, ma non per questo di per sé assurde, conclusioni;

va altresì considerato che l'ammissione della consulenza tecnica di ufficio è nella discrezionalità del Giudice, ma ciò non toglie quanto segue:

è necessario stabilire, prima ancora dell'attribuzione delle conseguenze della richiesta (o mancata richiesta) di un mezzo istruttorio (nel quale, sia pure latu sensu rientra la consulenza tecnica di ufficio), il confine, il discrimine fra una deduzione di responsabilità medico - sanitaria che abbia sufficienti elementi di riscontro allo stato degli atti e quella che sia meramente esplorativa. Seguendo una possibile opinione secondo la quale per la declaratoria di responsabilità siano sufficienti due soli elementi, il risultato non adeguato alle aspettative (e l'aggiunta del sostantivo

"normale" non aggiunge nulla di specifico, per la sua ovvia valenza soggettiva e relativistica e quindi tautologica) del paziente e la mera enunciazione della esistenza di una responsabilità medico - sanitaria, occorrerebbe coerentemente convenire che si dovrebbe dare ingresso a qualsiasi azione giudiziale di tale genere anche, e non si vuol dire che lo sia quella in esame, meramente esplorativa.

Si reputa pertanto necessario approfondire, con efficacia di giudicato, le questioni che precedono.

- 3 - L'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di responsabilità medico sanitaria: premesse

E' utile ed opportuno premettere, per quanto possibile sinteticamente, il quadro giurisprudenziale al riguardo.

Si tratta di un percorso, ben lungi dall'essere concluso, ondivago e tormentato, collocato in un contesto sociale in fase di trasformazione, nel quale l'opinione pubblica si è andata sempre più sensibilizzando alle problematiche afferenti alla tutela della salute, anche sulla scia di eventi e casi gravi ed eclatanti, portati alla ribalta dai media, nei quali disfunzioni, ritardi ed errori delle strutture e degli operatori sanitari hanno contribuito ad alimentare un clima di crescente sospetto sul funzionamento e sulla affidabilità del sistema sanitario del Paese.

Con la conseguenza di un sospetto generalizzato avverso la sanità in particolare pubblica, un pregiudizio che ha accomunato indistintamente il vero ed il falso, il bene ed il male, il prevedibile e l'imprevedibile, l'evitabile e l'inevitabile, fin quasi a propugnare l'esistenza di una responsabilità oggettiva degli operatori sanitari, con la comparsa di fattori anomali fra i quali, il numero straordinario di cause civili fondate su consulenze di parte non infrequentemente superficiali, l'agitarsi di soggetti che propugnando la difesa contro la c.d. malasànità propagandano, quando non incentivano, anche con spot pubblicitari su giornali, internet e televisioni, con fini che poco hanno di nobile ed ideale, l'assistenza giudiziaria nelle promuovende cause contro medici ed ospedali. In tale contesto, nel quale Governi e Legislatori sono rimasti per lo più assenti (se non quando hanno apportato ulteriore confusione, come nel caso del c.d. decreto Ba. e l'ambiguo richiamo all'art. 2043 c.c. che ha suscitato incerti dibattiti sul se si sia voluto ricondurre per legge, la responsabilità del medico - non dell'ospedale - nell'alveo della responsabilità aquiliana. Verosimilmente l'intento - che avrebbe sicuramente meritato più organico approccio e più raffinata tecnica normativa - era proprio quello, vista la paradossale situazione alla quale si è pervenuti nei confronti dei medici che temono ormai le incombenti denunce penali e cause civili ad ogni piè sospinto, finendo per trovare usbergo nella c.d. medicina difensiva); la giurisprudenza non poteva non avere un ruolo determinante nel delineare regole e criteri afferenti ai diritti dei pazienti, ed ai doveri del personale medico - sanitario, degli ospedali e delle case di cura.

L'obiettivo che la giurisdizione riesca a mantenere un ruolo di saggio e prudente equilibrio (nel bilanciamento degli legittimi interessi dei malati e degli utenti della sanità da una parte e del lavoro e dell'attività dei medici e delle strutture sanitarie pubbliche e private dall'altra), nel dettare tali regole ed in particolare nella redazione di un coerente ed armonico - quanto realistico - statuto della disciplina della responsabilità medico - sanitaria, è lontano dal raggiungimento.

La scienza medica è fra le più complesse, e colpe e responsabilità vanno punite quando sussista non realmente in tutte le sue componenti oggettive e soggettive, senza quindi accedere, più o me-

no inconsapevolmente, in massimalismi che non hanno alcuna ragion d'essere specialmente in relazione all'eccellente livello qualitativo della sanità pubblica italiana (che non va dimenticato offre più o meno gratuitamente prestazioni sanitarie a tutti, italiani e stranieri).

Tale aspirazione di giusto equilibrio riguarda non solo il diritto sostanziale, ma anche le regole che presiedono all'onere della prova, le quali, in mancanza di norme derogatrici, sono contenute nell'art. 2697 c.c..

Né compete al giudice creare nuove regole, in materia di onere della prova, spettando tale compito al legislatore.

In tale contesto, problematico, sono state enunciati dalla giurisprudenza (della S.C.) numerosi principi dichiaratamente ispirati al favore per il danneggiato e per quanto ci riguarda in materia di responsabilità medico - sanitaria, sia dal punto di vista del diritto sostanziale che da quello processuale - probatorio, quali la delineazione del contratto sociale o di ospedalità al fine di rafforzare la responsabilità, verso il paziente, della struttura ospedaliera con quella del medico che vi opera, la natura non aquiliana del rapporto paziente - medico e ospedale, la vicinanza della prova al medico che vi è quindi onerato, la natura di risultato della obbligazione sanitaria, la responsabilità solidale della struttura sanitaria con quella del medico verso il paziente a prescindere dal rapporto fra questi ultimi, il carico delle conseguenze (probatorie nel merito) sul medico - ospedale della incompletezza della cartella clinica ed altro ancora....

È interessante la lettura di tale percorso nel sintetico riassunto che in modo icastico ne fa Cassazione civile, sez. III, 19/05/2004, n. 9471, che peraltro riconosce in modo piano come la posizione del medico, in subiecta materia, sia di presso quella di una responsabilità oggettiva (sic).

- 4 - Il nesso causale, la responsabilità, oneri ed allegazioni

L'analisi che segue, diretta in particolare a focalizzare lo stato dell'arte sul nesso causale cioè quello che è uno dei punti nodali dell'indagine giurisprudenziale, non ha l'intento di contrastare il frutto degli autorevoli arresti della Suprema Corte, il cui ruolo nomofilattico è di tale importanza da meritare, allorché si assuma un atteggiamento critico, ben più approfondite riflessioni, quanto di mettere in evidenza e rendere chiare e attuabili sul piano pratico le conseguenze di tali enunciazioni.

Il tutto con il dichiarato obiettivo di contemperare la tutela del paziente, quel favor di cui si è detto, con la cautela con la quale va giudicata quell'attività fondamentale per la società, che è l'atto medico e le prestazioni dei professionisti della sanità.

Ciò in considerazione che se ai diritti del paziente non può non fare riscontro il dovere di diligenza del medico, nondimeno non deve essere rimossa l'ovvia e pur talvolta obliterata verità che la scienza medica non ha sconfitto né la malattia, né le sofferenze né la morte, potendo solo farvi fronte molto meglio che in tempi passati.

Contemperamento necessario se si vuole evitare (o quanto meno ridurre) il ricorso da parte degli operatori sanitari a quella medicina difensiva (per altro verso non minor iattura degli errori veri e propri) di cui si è tanto scritto e parlato che non vale ricordarne il significato e le implicazioni. Secondo una giurisprudenza datata nel tempo per la sussistenza della responsabilità professionale del medico ospedaliero, a seguito di intervento chirurgico, era necessario preliminarmente,

secondo i principi generali di cui all'art. 2697 c.c., che il paziente dimostrasse il nesso di causalità tra l'evento lesivo della sua salute e la condotta del medico.

Secondo tale giurisprudenza l'onere di provare tale nesso è, sulla base dei principi generali (art. 2697 primo comma c.c.), ed indipendentemente dal grado di difficoltà dell'intervento medico chirurgico, a carico dell'attore: "come del resto, questa Corte ha avuto occasione di affermare, in motivazione, e proprio con riguardo ad un trattamento di non difficile esecuzione, con sentenza del 15 gennaio 1997 n. 364, la quale si inserisce nello stesso indirizzo, sopra richiamato, e testualmente osserva che il paziente "assolve all'onere probatorio che gli incombe dimostrando: a) l'aggravamento delle sue condizioni o l'insorgenza di nuove patologie; b) il rapporto causale tra le stesse ed il trattamento o l'intervento"

Tale giurisprudenza è stata via via superata attraverso alcuni passaggi chiave effettuati dalla S.C. consistenti nel predicare:

1. la natura contrattuale del rapporto ospedale - paziente e di quello medico (dipendente dell'ospedale) - paziente; giustificato, quanto al primo dal c.d. contratto di ospedalità (nota 8) e quanto al secondo, dalla figura del contratto sociale
2. la individuazione di forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trovano invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente
3. la rivisitazione della distribuzione degli oneri di prova nell'ambito del contratto quale che siano le censure (totale inadempimento - inesatto adempimento) e le richieste (risoluzione, danni) del creditore danneggiato (espressamente in tal senso Cassazione civile, sez. un., 30/10/2001, n. 13533);
4. il superamento della storica distinzione fra obbligazioni di mezzo e obbligazioni di risultato
5. la svalutazione della portata dell'art. 2236 c.c. attraverso la tranciante affermazione di Cass. 13/04/2007, n. 8826, che svalutandone la portata, afferma il principio dell'art. 2236, quale norma implicante "solamente una valutazione della colpa del professionista in relazione alle circostanze del caso concreto"
6. la svalutazione di ogni profilo di interesse (con riferimento al nesso causale) dell'aspetto soggettivo (colpa) dell'autore del danno, radicandosi la prova della esistenza del nesso etiologico (nell'ambito civile) laddove sia più probabile (che non) che la condotta oggetto di censura sia stata la causa (normale) del danno materiale Dall'inquadramento dell'intero rapporto (sia dell'ospedale che del medico) nei termini sub 1 (natura contrattuale) discendono rilevanti conseguenze, specialmente per quanto riguarda l'onere della prova.

In particolare, si è affermato che:

- a. è applicabile in siffatta situazione il principio della vicinanza della prova secondo cui il creditore che agisca in giudizio per l'inesatto adempimento del debitore deve solo fornire la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto (ed eventualmente del termine di scadenza), limitandosi ad allegare l'inesattezza dell'adempimento costituita dalla violazione dei doveri accessori, dalla mancata osservanza dell'obbligo di diligenza o dalle difformità qualitative o quantitative dei beni, posto che incombe sul debitore convenuto l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento dell'obbligazione. E' importante sottolineare che la Corte stabilisce che il creditore

che agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve soltanto provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto ed il relativo termine di scadenza, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo dell'altrui pretesa, costituito dall'avvenuto adempimento"; estendendo tale principio all'ipotesi in cui il creditore deduca l'inesatto inadempimento;

b. - è stata ripudiata la distinzione, rilevante in termini di distribuzione dell'onere della prova, fra interventi di facile esecuzione ed interventi routinari non poche volte utilizzata dalla giurisprudenza, affermandosi per contro che la distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non rileva quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, bensì quale criterio per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione sia di particolare difficoltà (così Cassazione civile, sez. III, 28/05/2004, n. 10297, nonché Cass. 2007/8826).

La più vistosa e rilevante conseguenza derivata da tale opzione ermeneutica è stato il progressivo alleggerimento (fino quasi all'annullamento) degli oneri probatori a carico del (presunto) danneggiato. Tale percorso ha visto affermare il principio che in base all'art. 1218 c.c. il paziente ha l'onere (solo) di allegare il contratto ed il relativo inadempimento o inesatto adempimento, non essendo tenuto a provare né la colpa del medico né quella della struttura.

Si è spostata quindi l'attenzione sul risultato della prestazione medica affermandosi che il medico e l'ente siano contrattualmente impegnati a realizzare il risultato dovuto, ovvero il risultato conseguibile secondo criteri di normalità, da apprezzarsi in relazione alle condizioni del paziente, alla abilità tecnica del medico e alla capacità tecnico - organizzativa della struttura. Tale enunciato è stato raffinato e circoscritto da Cassazione civile, sez. un. 11/01/2008 n. 577 secondo cui l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno.

Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenersi ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno.

Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno.

- 5 - L'attuale stato dell'arte

Sono molteplici ed ancora irrisolte non poche criticità che da tali enunciazioni ed arresti derivano. In particolare, un punto pratico, maggiore è quello di favorire l'apertura di un varco sempre più grande all'ingresso di azioni giudiziarie infondate o di natura meramente esplorativa.

Ed invero non essendo il presunto danneggiato gravato da alcun onere probatorio (occorre chiedersi con quanta compatibilità con la immutata regola dettata dal legislatore nell'art. 2697 c.c.) - non potendo definirsi tale quello della prova del contratto, per la evidente ragione che il contratto o è in re ipsa secondo le ricordate ricostruzioni giurisprudenziali -, c'è da chiedersi se sia ragionevole apprestare contro i medici un tale apparato, all'esito dell'utilizzo massiccio del quale

si intravede l'esponenziale crescita della c.d. medicina difensiva (per non parlare della quantità di cause infondate destinate ad intasare ancor più i tribunali).

Dal punto di vista strettamente giuridico non poche perplessità suscita l'individuazione di quale sia il "risultato normale", concetto piuttosto fumoso ed incerto, sicuramente idoneo ad amplificare a dismisura la conflittualità.

Infine, l'ultimo (allo stato) arresto, quello testé ricordato, di Cassazione civile, sez. un. 11/01/2008 n. 577.

La sentenza contiene (migliorando certamente la vaghezza di Cass. S.U. sent. n. 13533/2001) un principio di utile contenimento all'azionabilità incontrollata delle pretese in questa materia, laddove avverte che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno.

Da questo principio derivano importanti implicazioni (talune, peraltro, problematiche per il presunto danneggiato):

- l'attore dovrà allegare in modo preciso e specifico i profili di inadempimento; ed è in relazione a tali profili - e solo a tali profili - che si porrà un onere del medico e della struttura di dimostrare che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno;

- nella grande complessità, vastità e difficoltà delle problematiche afferenti all'attività medico-sanitaria (ed in particolare chirurgica), per l'attore potrà rivelarsi non sempre agevole, come invece in eclatanti casi di scuola ad es. un attrezzo medico lasciato in situ, un intervento sull'organo sbagliato..., individuare con la richiesta precisione e specificità i profili di inadempimento (che non potrà essere dedotto genericamente) da allegare con la domanda giudiziale;

- non saranno da ammettere nella causa consulenze tecniche che pongano al medico legale ed allo specialista quesiti omnicomprensivi e generali, vale a dire diretti ad accertare se nell'attività del medico (quale essa sia stata) siano rilevabili errori;

Traendo ulteriori conclusioni, si deve precisare quanto segue:

- a. dal punto di vista della dicotomia adempimento - inadempimento, l'attore (presunto danneggiato) deve allegare specificamente la mancata guarigione o l'aggravamento della patologia di ingresso ed i profili di inadempimento del medico e/o della struttura nosocomiale;

- b. il medico e/o la struttura hanno l'onere della prova che l'inadempimento non vi è stato affatto o se vi è stato, non è dipeso da causa ad essi imputabile ovvero non è stato causa del danno;

- c. dal punto di vista del nesso causale, ove il giudice non sia in grado di accertare in modo certo e pieno, in base al principio del libero convincimento, la derivazione del danno dalla condotta del medico e/o della struttura, occorrerà verificare se in mancanza della condotta sanitaria censurabile (ovvero in presenza di una condotta più appropriata ed omessa) i risultati (in termini di normalità applicata alla singola e complessiva fattispecie) sarebbero stati diversi e migliori (per il paziente) secondo il principio del più probabile che non.

- 6 - Trasposizione dei principi nel caso concreto

Applicando i suesposti principi e conclusioni al caso concreto consegue che:

In merito al primo ricovero (Ospedale Ma.Va.) sono state soddisfatte dagli attori le condizioni di cui alla lettera a) che precede. Non può però essere condivisa la linea logica (che è una pretesa senza fondamento) degli attori secondo cui avendo essi allegato quanto dovuto, la responsabilità dei medici ed il nesso causale sarebbero dimostrati.

Si tratta di una palese aporia idonea ad alterare il corretto utilizzo delle regole relative all'onere della prova.

Che gli attori (alla stregua della giurisprudenza attuale) non abbiano altri e particolari oneri è un conto; è invece inaccettabile postulare che ciò possa addirittura precludere al giudice di accertare la verità iuxta alligata et probata partium nonché utilizzando strumenti (come la C.T.U.) che non appartengono alla esclusiva disponibilità delle parti.

Men che meno che ne vengano private le parti che sono gravate da quegli oneri di prova e che avanzino richieste istruttorie (anche di CTU).

Va pertanto disposta, con separata ordinanza, consulenza tecnica di ufficio.

In merito al secondo ricovero (presso l'Ospedale Sant'Eugenio) NON sono state soddisfatte le condizioni di cui al punto a che precede.

Invero è stato affermato che il paziente non avrebbe ricevuto un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico.

Si tratta di allegazione priva di specificità e che non soddisfa il necessario onere del presunto danneggiato di indicare non genericamente quale sia l'inadempimento qualificato che si addebita al medico e/o alla struttura nosocomiale.

Peraltro, tali affermazioni di stile, sono erranee e smentite documentalmente, risultando al contrario, dalla cartella clinica prodotta dalla ASL Roma C la dettagliata e analitica indicazione e descrizione, come evidenziato dalla convenuta nelle pagine quattro e cinque della comparsa di risposta della ASL.

Appena sufficientemente mirata ma del tutto infondata (evidentemente obliterante l'attenta lettura della cartella clinica) è l'allegazione degli attori secondo cui i sanitari del Sant'Eugenio avrebbero omesso qualsivoglia attività volta a curare lo stato settico del paziente (cfr. in particolare foglio pag. 009 "Consulenze").

Al contrario tale generica lagnanza, rectius allegazione (che non consente, in punto di diritto, proprio per la sua NON specificità, di indagare sull'adeguatezza del contenuto degli interventi che invece risultano concretamente posti in essere in questo ambito dai medici) risulta smentita dalla cartella clinica dalla quale risulta che è stata effettuata una particolare attenzione proprio alle condizioni settiche del paziente, con consulenza infettivologica e prescrizioni.

La relativa domanda va pertanto rigettata.

Le relative spese di causa (che vengono regolate secondo le previsioni - orientative per il giudice che tiene conto di ogni utile circostanza per adeguare nel modo migliore la liquidazione al caso concreto - della L. 24 marzo 2012, n. 27 e del D.M. Ministero Giustizia 10.03.2014 n. 55) seguono la soccombenza e vengono liquidate a carico solidale dell'attori.

La sentenza è per legge esecutiva.

P.Q.M.

NON definitivamente pronunciando, salvo che per il capo 1 che segue, ogni contraria domanda eccezione e deduzione respinta, così provvede:

1. RIGETTA le domande di Ro.Ma., Da., Fa. e Si.Ri. nei confronti della ASL Roma C;
2. CONDANNA Ro.Ma., Da., Fa. e Si.Ri. in solido al pagamento delle spese di causa che liquida in favore della ASL Roma (...) in persona del legale rappresentante pro tempore per compensi in complessivi Euro 2.700,00 oltre IVA, CAP e spese generali;
3. DISPONE con separata ordinanza per il prosieguo;
4. SENTENZA esecutiva.

Così deciso in Roma, il 30 aprile 2015.

Depositata in Cancelleria il 30 aprile 2015.