



Tribunale di Monza
- Sezione II Civile -

Il Giudice Unico dott. Maria Francesca Chiuri, a scioglimento della riserva formulata all'udienza del 12 luglio 2018 ha pronunciato la seguente

ORDINANZA
EX ARTT. 702-BIS SEGG. C.P.C.

nella causa civile iscritta al numero di ruolo generale sopra riportato

TRA

Parte_1 (CF *C.F._1*), *Parte_2* (CF *C.F._2*), *Parte_3* (CF *C.F._3*, *Parte_4* [...]) (CF *C.F._4*, *Parte_5* (CF *C.F._5*), *Parte_6* (CF *C.F._6*), *Parte_7* (CF *C.F._7*), *Parte_8* (CF *C.F._8*, [...]) *Parte_9* (CF *C.F._9*), (CF *C.F._*), rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] ed elettivamente [redacted] 2, presso lo studio dell'Avv. [redacted] in forza di procura in atti

E

Controparte_1 (P.I. *1*, rappresentata e difesa, anche in via tra loro disgiunta, dagli Avv.ti [redacted] e [redacted] con studio in Milano, [redacted] presso lo studio dei quali è elettivamente domiciliata, in forza di procura in atti

IN FATTO

I ricorrenti hanno dedotto che:

- a.** in data 07.02.2014 *Persona_1* veniva ricoverato presso la UO di *Org_1* di *CP_1* con diagnosi di ingresso di “anulectasia aortica” e in data 10.02.2014 sottoposto a un intervento di plastica valvolare aortica e della radice aortica; in seguito ad un decorso post-operatorio regolare, il paziente veniva dimesso in data 24.02.2014.
- b.** in data 21.03.2014 il *Pt_2* veniva ricoverato presso la *Organizzazione_2* del *CP_1* di *CP_1* con diagnosi di “*aneurisma dell’arco aortico e aneurisma toraco addomniale*” e, tre giorni dopo, precisamente in data 24.03.2014, veniva sottoposto ad aneurismectomia dell’arco aortico e aneurismectomia toraco – addominale, cui seguiva ricovero in Rianimazione. Nondimeno il decorso post-operatorio veniva complicato da un’infezione polmonare e da un ascesso della parete addominale che portava il *Pt_2* al [redacted]
- c.** che dopo aver accertato tramite loro consulenti (dottori *Persona_2* specialista in Medicina legale e delle Assicurazioni, *Persona_3* specialista in Chirurgia Vascolare, Dott. *Persona_4*, specialista in Anestesia e Rianimazione e Dott. *Persona_5* specialista in Malattia Infettive) l’inadeguatezza del management sanitario cui fu sottoposto il *Pt_2* sia per una errata pianificazione del trattamento chirurgico “*che se eseguito mediante un approccio combinato avrebbe ridotto l’impatto chirurgico e anestesilogico*”, sia



per una sottostima del rischio infettivo, nonché per l’omissione di accertamenti (quali, ad esempio, “*esami culturali sul materiale purulento della ferita addominale, ripetizione della profilassi antibiotica*”) che avrebbero permesso di adeguare la terapia antibiotica, avevano inutilmente richiesto il risarcimento dei danni al CP_1 di CP_1 e pertanto avevano proceduto con ricorso ex art. 696-bis c.p.c. nel corso del quale era stato conferito al collegio di CTU (composto dai dottori Persona_6 Persona_7 Persona_8 e Persona_9) l’incarico di accertare la sussistenza dei profili di colpa professionale prospettata dai ricorrenti, all’esito del quale il collegio medesimo aveva accertato:

- La sussistenza del nesso causale tra il decesso del Pt_2 e la condotta dei medici che lo ebbero in cura in quanto benché corretta la scelta del tipo di intervento chirurgico (open e non combinato come sostenuto dai ricorrenti) il post operatorio non era stato adeguatamente gestito dal CP_1.
- Evidenziavano infatti come, nonostante l’evidente sintomatologia infettiva (scariche meleniche, puntate febbrili, leucocitosi) i medici non avevano provveduto ad eseguire esami microbiologici, indici flogosi, indici infiammatori ed emocolture, accertamenti questi che avrebbero permesso di individuare la reale entità dell’infezione della ferita addominale e l’agente patogeno responsabile della sepsi (cfr. gli omessi controlli elencati a pag. 24 relazione CTU, all. 20 fascicolo ricorrente);
- Tali omissioni, rilevava il collegio, avevano indotto i medici a somministrare una terapia antibiotica inadeguata ed inefficace per il quadro clinico del paziente in quanto il trattamento con “*ciprofloxacina (...) è totalmente inadeguato per una setticemia, lo stesso dicasi per metronidazolo...e anche la successiva prescrizione di ceftazimide appare inadeguata*” (cfr. pag. 29 relazione CTU, all. 20 fascicolo ricorrente).

d. Tutto quanto premesso, gli odierni ricorrenti, con ricorso ex art. 702 bis, depositato in data 19.06.2017, hanno chiesto al Tribunale di “*condannare la società convenuta a risarcire in favore della Sig.ra Parte_1, moglie convivente del de cuius, a titolo di danno non patrimoniale iure proprio, la somma di euro 327.000,00//, nonché, in favore di ciascuna delle due figlie Parte_2 e Parte_3, a titolo di danno non patrimoniale iure proprio, la somma di euro 300.000,00// cadauna, ovvero, la maggiore o minore somma che sarà ritenuta di Giustizia a tale titolo, condannare la società convenuta a risarcire in favore della Sig.ra Parte_1 Euro 9.044,50// per spese funerarie ed Euro 1.151.66// per spese di successione, ovvero, la maggiore o minore somma che sarà ritenuta di Giustizia a tale titolo; condannarsi infine la società convenuta a risarcire a ciascuno dei sette fratelli del de cuius Parte_4, Persona_10, Parte_6, Parte_7, Parte_8, Parte_9 e Parte_10 la somma di euro 85.000,00// cadauno, a titolo di danno non patrimoniale iure proprio, ovvero, la maggiore o minore somma che sarà ritenuta di Giustizia a tale titolo.*”

Oltre interessi compensativi ad un tasso da stabilirsi in via equitativa e interessi legali dalla data dell’illecito sino alla liquidazione effettiva. In ogni caso, con vittoria di spese e compensi di lite, sia del presente giudizio (anche sotto il profilo di cui all’art. 96 c.p.c.) che del precedente procedimento di accertamento tecnico preventivo (RG 3037/2016 Tribunale di Monza), liquidate tenendo in considerazione il numero degli odierni ricorrenti (tra queste spese dovranno comprendersi, oltre alle anticipazioni, anche le somme erogate ai quattro consulenti tecnici di ufficio ed ai propri consulenti di parte per l’ammontare complessivo di euro 19.560,00//)”.



e. Fissata udienza di comparizione delle parti in data 16.11.2017 si costituiva parte resistente in data 03.11.2017 ed eccepiva:

- Che corretta era stata la scelta del trattamento chirurgico “open” in ragione del diametro raggiunto dai due aneurismi del Pt_2 coerentemente con le linee guida in materia di Chirurgia vascolare ed Endovascolare che raccomandano un intervento “open” su pazienti che presentino il quadro clinico del Pt_2
- Che corretta era stata sia la gestione della ferita addominale con la somministrazione antibiotica intraoperatoria e post operatoria proseguita fino al 27.03.2014 (cefazolina, affiancata dal 26.03.2014 da ciprofloxacina), sia la gestione della polmonite riscontrata con “positività del culturale del broncoaspirato per Pseudomonas Aeruginosa” e fronteggiata con somministrazione di ceftazimide;
- Che detta copertura antibiotica – a loro dire - forniva uno spettro protettivo antibatterico ampio e adatto al quadro clinico del paziente, alla luce soprattutto dell’assenza di materiale purulento nei drenaggi della ferita;
- Che, inoltre, a fronte di una richiesta di risarcimento danni per rottura del rapporto parentale non era stata fornita la prova concreta ed accurata della sofferenza patita dai familiari che ne chiedevano il risarcimento;
- Che, infine, come già avvenuto nel procedimento per accertamento tecnico preventivo, vi era la necessità di chiamare in causa il Dott. Per_11 libero professionista ed esecutore materiale dell’intervento chirurgico, responsabile di eventuali contaminazioni del campo di intervento.

f. Tutto quanto premesso la resistente chiedeva al Tribunale: *“Preliminarmente: autorizzare la chiamata in causa del Prof. Persona_12 A tal fine si rivolge istanza all’Ill.mo Sig. Giudice affinché provveda ex artt. 702 bis ultimo comma c.p.c. e 269 c.p.c. allo spostamento della prima udienza fissata il 16.11.2017, allo scopo di consentire la citazione del terzo nel rispetto del termine che verrà indicato. In via principale: rigettare tutte le domande promosse nei confronti del Controparte_1 in quanto infondate in fatto e in diritto. Con vittoria di spese di lite e competenze professionali oltre IVA, CPA e rimborso forfettario nella misura di legge. In via subordinata: nella denegata ipotesi che sia riconosciuta la responsabilità di Controparte_1 e la stessa venga condannata al risarcimento dei danni eventualmente accertati dalla espletanda istruttoria, ridurre la quantificazione del danno operata dai ricorrenti; accertare la quota di responsabilità del Controparte_1 rispetto alla quota di responsabilità del Prof. Persona_12 Condannare il Prof. Persona_12 a rifondere Controparte_1 quanto eventualmente versato direttamente ai ricorrenti. Con vittoria di spese di lite e competenze professionali oltre IVA, CPA e rimborso forfettario nella misura di legge”.*

g. All’udienza del 16.11.2017, fissata per la comparizione delle parti, i ricorrenti svolgevano richieste istruttorie affidate a note di udienza depositate in forma cartacea, il resistente insisteva nella chiamata di terzo e il giudice con ordinanza in data 16 novembre 2017 differiva l’udienza per la chiamata di terzo, mentre rigettava la richiesta istruttoria.

h. Nonostante la regolarità della notifica, il terzo chiamato non si costituiva e il Giudice con ordinanza del 21.03.2018 ne dichiarava la contumacia. Con la medesima ordinanza rigettava altresì le richieste istruttorie - che parte ricorrente in udienza aveva reiterato invocando

precedenti massime della Suprema Corte – valutando inammissibili le prove orali, sia perché relative a circostanze in ricorso non specificate, sia per la irrilevanza delle medesime ai fini del decidere.

h. All’udienza del 12.07.2018 questo Tribunale si è riservato e decide ora il ricorso con la presente ordinanza.

1. Le domande dei ricorrenti, nei limiti di cui si dirà nel prosieguo, sono risultate fondate e perciò vanno, negli stessi limiti, accolte.

Invero il collegio peritale **sul quesito n.3** posto dal giudice in sede di ATP che chiedeva di accertare “*se nell’operato dei sanitari curanti o della struttura siano ravvisabili profili di negligenza, imperizia o imprudenza, precisando se gli interventi eseguiti e/o le terapie praticate richiedessero soluzioni tecniche di speciale difficoltà*” ha così testualmente concluso: “*Nell’operato dei Sanitari curanti e della struttura sono ravvisabili profili di imperizia e negligenza*” come risulta dalla perizia (cfr. pag. 41 perizia) ove, analiticamente, il collegio ha descritto i singoli profili di colpa, così affermando:

“*I Sanitari curanti :*

- *errarono, per imperizia, a porre il Sig. Pt_2 in classe ASA 2, quando le sue condizioni lo dovevano fare ascrivere alla classe ASA 3 (tal errore, peraltro, non ha influito sul decorso post operatorio e non ha alcun nesso di causa, come si dirà in seguito, con il decesso del Paziente);*

- *non indagarono adeguatamente il quadro addominale presentato dal Sig. Pt_2 nel post operatorio* del secondo intervento omettendo di effettuare quelle indagini (angioTC addominale ed eventualmente colonscopia e gastroscopia) *che avrebbero potuto condurre ad identificare la causa del sanguinamento (melena) e a porre in atto gli opportuni interventi terapeutici;*

- *non affrontarono adeguatamente l’infezione della ferita addominale e la sepsi insorti* nel post-operatorio del secondo intervento omettendo l’esecuzione di esami microbiologici, di indici flogosi e di emocolture con conseguente somministrazione di terapia antibiotica inadeguata alle condizioni del Paziente che andarono così progressivamente peggiorando fino all’exitus in data [REDACTED]”

Hanno quindi concluso affermando che “*Alla Struttura resistente è ascrivibile, in termini di maggior probabilità che non, una responsabilità nell’insorgenza dell’infezione della ferita addominale e della sepsi* che hanno colpito il Sig. Pt_2 per non aver posto in atto adeguate procedure volte ad assicurare le necessarie condizioni di asepsi”.

Nel prosieguo, **al quesito n.4** posto dal giudice in sede di ATP in ordine al nesso causale tra decesso ed operato colposo dei sanitari, il collegio ha così, testualmente, concluso: “*Sussiste, in termini di maggior probabilità che non , nesso di causa fra il decesso del Paziente e i rilevati profili di responsabilità professionale dei Sanitari curanti e della Struttura resistente , dovendosi ascrivere il decesso* del Sig. Persona_1 con ogni probabilità, *al concorre di una sepsi e di una patologia addominale* (probabilmente su base ischemica ma non meglio precisabile per i motivi innanzi segnalati)”, ovvero per la mancata indagine.

2. A fronte degli accertati errori diagnostici e terapeutici ascrivibili ai sanitari, nessun pregio può riconoscersi agli argomenti difensivi svolti dal Controparte_1, come emerge dal dettagliato esame delle singole inadempienze.

Va innanzitutto rilevato come dei tre profili di colpa allegati dai ricorrenti [errata pianificazione del trattamento chirurgico; Inadeguata indagine sui tre profili infettivi (polmonite, infezione della ferita addominale, sepsi) e Somministrazione di terapia antibiotica inadeguata ed inefficace rispetto al quadro clinico del paziente] il primo profilo di colpa sia stato escluso dai CTU.

Al riguardo mentre i ricorrenti hanno sostenuto che l’approccio combinato, in luogo dell’intervento open (prescelto ed seguito invece dal CP_1) avrebbe ridotto l’impatto chirurgico e anestesilogico (in quanto l’intervento combinato consiste in un intervento di rivascolarizzazione extra anatomica dei vasi viscerali generalmente a partenza dall’aorta addominale o dagli assi iliaci,

seguito poi, dall'esclusione endovascolare dell'aneurisma con endoprotesi) il collegio peritale nominato in ATP ha chiarito che *“per il trattamento di una lesione così complessa possono essere valutate differenti tecniche ciascuna delle quali può offrire vantaggi e svantaggi rispetto alla tecnica alternativa. La decisione di adottare uno specifico trattamento deve inoltre tener conto dell'esperienza personale dell'operatore. La scelta del tipo di intervento chirurgico adottato in un caso così complesso pare quindi ragionevolmente corretta”*.

Tali considerazioni (da questo giudice condivise in quanto coerenti, logiche e congruamente spiegate e motivate) sgombrano il campo da qualsiasi possibile rimprovero a titolo di colpa nei confronti del CP_1 con riferimento alla tecnica di intervento prescelta.

3. La seconda inadempienza allegata dai ricorrenti attiene alla negligenza del personale sanitario nell'indagine effettuata **in ordine alle tre patologie infettive** che in progressione cronologica e anche di gravità si sono manifestate, ovvero la polmonite, l'infezione della ferita addominale e poi la sepsi.

Mentre per la gestione della polmonite (riguardo alla quale i ricorrenti hanno lamentato l'omissione di esami spirometrici completi con gas analisi, ecotomografia, broncoscopia, cfr. p. 4 ricorso) il collegio peritale ha concluso che *“nessuna responsabilità può essere ascritta alla struttura di ricovero per questa infezione che comunque venne gestita in maniera adeguata”* (cfr. p. 28 perizia allegata sub 20 parte ricorrente) riconducendo l'insorgere della polmonite post-operatoria allo stato di *“defedamento generale”* conseguente alla *“intubazione”*, per le altre due infezioni¹ il collegio peritale ha ravvisato evidenti profili di colpa in capo al CP_1, sia con riferimento alla causazione delle stesse patologie, sia con riferimento agli accertamenti di cui le stesse avrebbero necessitato al fine di scegliere la terapia antibiotica corretta.

Testualmente infatti i CTU hanno affermato che **“l'infezione di ferita chirurgica certamente comportò una falla nei sistemi di prevenzione. Essendo infatti l'intervento avvenuto su un sito sterile (aorta), deve ammettersi una contaminazione del campo operatorio, oppure una successiva penetrazione del battere dalla cute attraverso la soluzione di continuità non mantenuta in condizioni di sterilità”** ed hanno precisato come pur in assenza di un accertamento microbiologico *“in ogni caso, essendosi manifestata l'infezione molto precocemente, è da riconoscersi una responsabilità generica da parte della struttura per avere causato questa infezione, **responsabilità in ogni caso aggravata anche da una gestione non adeguata alle indicazioni di “good clinical practice” in quanto si omise di effettuare gli opportuni accertamenti microbiologici**”* (cfr. pag. 29 CTU allegato 20 ricorrente).

Quanto all'insorgenza della sepsi, anche in questo caso i CTU hanno concluso che **“l'infezione è certamente di origine nosocomiale”**(cfr. sempre pag. 29 CTU) dovendosi attribuire, secondo l'esperienza del CTU, (una volta esclusa quale origine l'infezione polmonare, visto che *“la radiologia fino al giorno prima del decesso risultò negativa per addensamenti flogistici rilevanti”*) o *“a infezione di catetere venoso centrale o a progressione dell'ascesso addominale o infine anche a infezione delle vie urinarie con probabilità decrescente fra i tre sopra indicati”*.

4. Stabilita l'origine nosocomiale va certamente rimarcata la grave omissione degli accertamenti microbiologici in ordine alla ferita e la mancata esecuzione degli indici infiammatori (cioè della

¹ Riguardo alla ferita addominale e alla sepsi i ricorrenti hanno allegato *“l'assenza di esami colturali sul materiale purulento della ferita addominale” e “la mancata effettuazione della coltura sul drenaggio della raccolta ascessuale in addome (30.03.2014), che avrebbe permesso di individuare il germe responsabile della sepsi”* (cfr. pag.10 All. 13 fascicolo ricorrente) alla luce soprattutto delle scariche di melena che affliggevano il paziente e delle puntate di febbre; al riguardo il CP_1 ha eccepito da un lato, la mancanza di segnali di infezione della ferita addominale e sepsi, argomentando dalla *“assenza di febbre (temperatura alle ore 16,00 pari a 36.6°”* (all. 23 comparsa di costituzione) e dal fatto di aver eseguito *“il controllo della PCR non appena si è osservato un aumento significativo dei globuli bianchi”*. Ha eccepito infine il Policlinico che del tutto irrilevanti ed inutili sarebbero stati esami colturali ulteriori considerata la terapia antibiotica che nel contempo veniva somministrata al paziente la quale quindi avrebbe impedito l'evidenza di batteri.



PCR) non solo dal 31 marzo, come hanno affermato i CTU, ma, a giudizio di questo Tribunale, già dal 29 marzo 2014, data in cui era ben evidente il quadro infettivo essendovi già evidenza di tre fattori significativi, ovvero, il sanguinamento dalla medicazione della ferita addominale, una raccolta ascessuale in sede di ferita chirurgica ed una temperatura corporea pari a 37,4 gradi centigradi². Già in questa data quindi i sanitari avrebbero dovuto eseguire tamponi sul drenaggio dell'ascesso addominale (visto che nello stesso giorno è stata effettuata la revisione della ferita chirurgica e riscontrata la "raccolta ascessuale in sede di ferita" e già a questa data avrebbero dovuto eseguire sia gli indici infiammatori (tanto più che l'esame della PCR, come sottolinea il CTU ha il minimo costo di € 1,7 circa) sia le indagini microbiologiche.

Gli indici forniti dalla PCR, contrariamente a quanto sostenuto dai Consulenti di Parte del Policlinico - secondo i quali sarebbe da giudicarsi corretta l'avvenuta esecuzione della PCR solo dopo l'innalzamento dei globuli bianchi - avrebbero consentito ai sanitari di valutare l'efficacia della terapia antibiotica - che era già in atto - e quindi, come hanno affermato i CTU "il verificarne la risalita" (si intende della PCR, ovvero degli indici infiammatori, n.d.r.) prima della comparsa della leucocitosi (ovvero dell'innalzamento dei globuli bianchi, n.d.r.) avrebbe potuto suggerire ai medici di CP_1 che forse la terapia prescritta tanto adeguata non lo era, inducendoli a modificare la terapia antibiotica prima della comparsa di franchi segni di sepsi. L'averla controllata dopo la comparsa di una evidente leucocitosi, sinceramente, non pare abbia aggiunto rilevanti informazioni sulla presenza di uno stato settico" (cfr. risposte CTU alle osservazioni di controparte, allegato 20A, seconda pagina del dr. Per_8).

5. Infine, va osservato come alla descritta poco approfondita indagine microbiologica e al mancato monitoraggio della efficacia della terapia antibiotica è seguito un altrettanto inadeguato trattamento antibiotico, che in verità, molto probabilmente, dopo le descritte omissioni, era diventata conseguenza ormai inevitabile.

Al riguardo i CTU hanno affermato che la gestione del trattamento antibiotico è stata inadeguata certamente a partire dal giorno 1 aprile 2014, ovvero dal momento in cui "il paziente aveva tutti i segni caratteristici della sepsi" (procalcitonina elevata, importante leucocitosi, significativo incremento della PCR) e i sanitari hanno continuato a somministrare farmaci (quali ciprofloxacina, metronidazolo e ceftazidime) che in alcun modo potevano contrastare una sepsi in quanto la "ciprofloxacina è presidio batteriostatico con indicazioni a infezioni delle vie aeree e cistiti, ma è totalmente inadeguato per una setticemia". (cfr. doc. 20, p. 29, fascicolo ricorrente). Lo stesso dicasi di metronidazolo che nella sepsi trova indicazione come antibiotico di supporto a farmaci batteriolitici quali i betalattamici a spettro allargato o addirittura i carbapenemici. Ed hanno ancora precisato i CTU che "Anche la successiva prescrizione di ceftazidime appare inadeguata" atteso che, ha uno spettro orientato esclusivamente sui gram negativi mentre il paziente aveva in corso una sepsi con probabile origine da catetere venoso centrale che nella maggior parte dei casi è sostenuta da stafilococchi che sono gram positivi".

Né il dedotto "allargamento della terapia" antibiotica, affiancando alla ciprofloxacina (mirata su Parte_11 il metronidazolo, estendendo così lo spettro d'azione del trattamento antibatterico anche ai batteri anaerobi" che parte convenuta ha cercato di sostenere (cfr. doc. 23 p. 3 fascicolo resistente) può ritenersi adeguato alle condizioni cliniche del paziente Pt_2 per il quale ben altro i sanitari avrebbero dovuto fare se avessero seguito le linee guida, come ben precisato dai CTU a pag. 29 e 30 della perizia ove testualmente si legge: "La scaletta che i medici di reparto avrebbero dovuto seguire secondo le linee guida internazionali per la gestione della

² Cfr. cartella clinica ove si legge: "29.03.14 (5° giornata po): ore 9.00 ..arti inferiori caldi perfusi, polsi presenti, debole peristalsi. Ore 10.00 piccolo sanguinamento dalla medicazione della ferita addominale. Si contatta il Dr. Per_13 Visita chirurgica vascolare: raccolta ascessuale in sede di ferita chirurgica addominale. Si rimuovono i punti e si drena abbondante liquido purulento...si lava...si zaffa . Osservazioni della notte: addome sempre teso, ma trattabile H 24: stabile...T=37.4°C".



sepsi avrebbe dovuto essere, riscontrata l'importante leucocitosi e l'incremento degli indici infiammatori:

- 1) Sospendere i due predetti antibiotici (inutili),
- 2) Effettuare non meno di 3 sets di emocolture
- 3) Iniziare terapia antibiotica con presidio a largo spettro quale piperacillina/tazobactam o ampicillina/sulbactam
- 4) Monitorare giornalmente indici infiammatori e gli altri parametri clinici (febbre, pressione arteriosa etc) Se dopo 24/36 ore non si otteneva una riduzione significativa in particolare di PCT e PCR
- 5) Aggiungere il glicopeptide (in alternativa daptomicina), nel sospetto di uno stafilococco meticillino resistente ed eventualmente sostituire piperacillina/tazobactam con carbapenemico. Scelta questa che avrebbe potuto essere operata sin dall'inizio qualora l'epidemiologia locale indicasse un elevato rischio di ceppi ESBL cioè resistenti ai betalattamici protetti
- 6) Attendere l'esito delle emocolture la cui eventuale negatività può essere definita dopo 7 gg di incubazione e mirare sull'antibiogramma del battere eventualmente isolato".

Invece, come hanno accertato i CTU (cfr. elaborato peritale allegato sub 20 fascicolo ricorrente), "Nulla di ciò venne fatto e il **paziente rimase come sopra accennato 48 ore con una terapia antibiotica totalmente inadeguata**, e quando ci si decise a potenziarla si ricorse a un presidio mirato sull'unico isolamento disponibile, peraltro privo di significato clinico in quanto lo pseudomonas isolato da broncoaspirato in assenza di segni radiologici di consolidamento, avrebbe dovuto essere considerato un colonizzante le vie aeree. **Queste inadeguatezze diagnostiche terapeutiche consentirono alla sepsi di progredire fino ad assurgere al ruolo di cofattore nel decesso di un paziente già molto defedato a seguito di complicanze post chirurgiche, non adeguatamente approfondite sul piano diagnostico (melena, la cui origine mai venne indagata)**.

6. A fronte degli accertati e plurimi errori diagnostici e terapeutici ascrivibili ai sanitari che i CTU hanno ribadito e confermato anche in sede di risposta alle osservazioni del CP_1, nessun pregio può riconoscersi agli argomenti difensivi svolti dal Controparte_1, atteso che non ha fornito né la prova di avere correttamente eseguito la propria obbligazione, né quella della insussistenza di un nesso causale tra la sua inesatta prestazione e l'evento dannoso.

E' notoinfatti, come, per consolidata giurisprudenza della Suprema Corte (Cass. civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. civ. 30 settembre 2014 n. 20547; Cass. civ. 12 dicembre 2013, n. 27855; Cass. civ. 12 settembre 2013, n. 20904; Cass. civ. 21 luglio 2011, n. 15993) da questo Tribunale condivisa, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria di responsabilità professionale da contatto sociale del medico "ai fini del riparto dell'onere probatorio, mentre l'attore deve provare l'esistenza del contratto, o il contatto sociale, e l'insorgenza ovvero l'aggravamento della patologia ed allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare, quale causa o concausa efficiente, il danno lamentato, resta a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno" (Sezione 3, Sentenza n. 27855 del 12/12/2013 (Rv. 629769).

Il convenuto quindi nella fattispecie in esame - ove è comprovato l'inesatto adempimento della prestazione, avendo il CP_1 più volte violato le Linee Guida - avrebbe dovuto "per andare esente da responsabilità, provare **l'insignificanza, sul piano eziologico, del suo inadempimento, id est, l'intervento di un fattore autonomo ed estraneo al suo operato, da solo idoneo a produrre l'evento** (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 18497 del 2015, così pure Cass. civ. 6 maggio 2015, n. 8989; Cass. civ. 30 settembre 2014, n. 20547).

In mancanza della detta prova, va affermata la responsabilità del Controparte_1 in quanto la morte di Persona_1 è certamente derivata dalla negligenza ed imperizia del convenuto istituto ospedaliero.

E pur essendo vero che “*il rischio zero in tema di infezioni non è perseguibile in assoluto*”, come affermato in comparsa dal Policlinico, diversa sarebbe stata la valutazione e probabilmente alcun rimprovero sarebbe stato mosso laddove il Policlinico avesse provato di aver eseguito tutte le indagini e di aver somministrato la corretta terapia antibiotica in conformità alle indicazioni delle linee guida applicabili al caso di specie.

7. Nessuna responsabilità invece può ascriversi, ancora una volta perché il CP_1 non ne ha fornito la relativa prova, al dr. Per_11 terzo chiamato in causa in manleva dal CP_1.

Invero quest'ultimo pur avendo chiamato in causa il dr. Per_11 verso il quale alcuna domanda ha rivolto parte ricorrente, chiedendo al Tribunale di 1) “*accertare la quota di responsabilità del Controparte_1 rispetto alla quota di responsabilità del Prof. Persona_12*” e di 2) “*Condannare il Prof. Persona_12 a rifondere Controparte_1 quanto eventualmente versato direttamente ai ricorrenti*”, non ha poi allegato e ancor meno provato, alcun fatto sintomatico della pretesa quota di responsabilità del dr. Per_11 in ordine agli specifici profili di colpa accertati in giudizio.

Vero è che che il Prof. Per_11 libero professionista legato alla struttura sanitaria da un contratto di collaborazione professionale, con la clausola di cui all'art.7 del contratto si è obbligato a manlevare il Controparte_1 da ogni domanda risarcitoria promossa nei confronti della struttura da pazienti, o eredi di pazienti, “*in conseguenza dell'attività medica da Lei (ovvero dal dr. Per_11 n.d.r.) svolta all'interno del Controparte_1*” (cfr. art.7 contratto prodotto dal Policlinico sub 1), ma questo non solleva il CP_1 dall'onere di provare che il decesso del Pt_2 costituisce “*conseguenza dell'attività medica svolta da Per_11 all'interno del Policlinico*.”

Invece il Policlinico si è limitato, tautologicamente, a ricondurre al dr. Per_11 tutte le condotte che i CTU hanno contestato al Policlinico e ai sanitari che il Policlinico to intervenire, senza contestualizzare gli ambiti fattuali riconducibili a colpa del dr. Per_11 se non in termini astratti in funzione di un allegato – ma non provato - ruolo di capo equipe e tutor che Per_11 avrebbe rivestito nell'intervento del Pt_2

In realtà dall'esame della documentazione medica prodotta dal CP_1, nulla al riguardo risulta, e l'unica firma di Per_11 che si rinviene nella cartella clinica è quella relativa all'intervento operatorio ma, come innanzi già detto, nessuna inadempienza al riguardo ha riscontrato il collegio peritale³. Al di fuori di quel giorno, mai più si rinviene la citazione del nome o la firma di Per_11 negli stralci della cartella clinica prodotti dal Policlinico. Mentre, ripetutamente, si rinvencono le firme del chirurgo dr. Persona_14 (di talchè un ruolo di chirurgo di riferimento, forse, a quest'ultimo potrebbe ascriversi), poi risultano firme del dr. Per_11 e ancora delle dr.sse Per_16, Per_17 e Per_18 ma mai più di Per_11. Né qualcuno degli altri medici intervenuti ha mai scritto in cartella di aver, ad esempio, informato il dr. Per_11 delle condizioni cliniche del Pt_2. Conseguentemente, la tesi sostenuta dal CP_1, secondo la quale Per_11 in quanto capo equipe e tutor (ruolo che dagli atti, come innanzi già detto, non risulta) sarebbe responsabile non solo dell'atto operatorio ma anche del decorso post operatorio, benché in astratto plausibile, nella fattispecie concreta all'esame del Tribunale non è accoglibile in quanto nessun contributo causale risulta che Per_11 abbia apportato nel post-operatorio, né in termini commissivi, né in termini omissivi. Senza contare, sotto diverso profilo, che trattandosi di paziente degente in convenzione Org_3 (nessuno in causa ha dedotto che il Pt_2 fosse degente solvente, categoria per la quale il contratto riconosceva allo Per_11 una percentuale), alcun compenso retributivo Per_11 dovrebbe aver ricosso (per come risulta dal terzultimo capoverso dell'art. 4 del contratto di collaborazione professionale allegato sub 1). Mentre è indubbio che l'ampia responsabilità

³ Come già scritto prima a pag.5 il collegio peritale riguardo all'intervento chirurgico prescelto così ha risposto: “*per il trattamento di una lesione così complessa possono essere valutate differenti tecniche ciascuna delle quali può offrire vantaggi e svantaggi rispetto alla tecnica alternativa. La decisione di adottare uno specifico trattamento deve inoltre tener conto dell'esperienza personale dell'operatore. La scelta del tipo di intervento chirurgico adottato in un caso così complesso pare quindi ragionevolmente corretta*”.



prospettata dal CP_1 - che si estenderebbe dall'organizzazione della sala operatoria all'intervento chirurgico e a tutto il post operatorio di tutti i pazienti operati da Per_11 – a parte il dubbio sulla stessa esigibilità da una sola persona, dovrebbe in ogni caso trovare un corrispondente e congruo compenso economico che non si rinviene nel caso di specie se, come risulta, nessun compenso per contratto spettava al dr. Per_11 per l'intervento eseguito sul Pt_2

8. Acclarata quindi la responsabilità del Policlinico per il decesso del Pt_2 ai ricorrenti spetta il diritto a vedersi risarciti dei danni subiti, nei limiti di seguito indicati. Il danno invocato iure proprio dai ricorrenti attori ha il suo fulcro nel rapporto parentale; è questo il valore tutelato dall'ordinamento, che riconosce nelle relazioni umane, e segnatamente nelle più qualificate come appunto quelle familiari, un luogo privilegiato di scambio, condivisione, arricchimento e crescita al quale attribuisce un ruolo fondamentale per l'espressione e lo sviluppo della personalità individuale e sociale del cittadino (art. 2 Cost. anche in relazione all'art. 29 Cost.).

Il risarcimento oggetto di domanda ha quindi la funzione di ristorare il danneggiato dell'ingiusta privazione di un rapporto fondamentale nella sua esistenza; il danno è infatti costituito *“dal non potere più godere della presenza e del rapporto con chi è venuto meno e perciò nell'irrimediabile distruzione di un sistema di vita basato sull'affettività, sulla condivisione, sulla rassicurante quotidianità dei rapporti tra moglie e marito, tra madre e figlio, tra fratello e fratello, nel non poter più fare ciò che per anni si è fatto, nonché nell'alterazione che una scomparsa del genere inevitabilmente produce anche nelle relazioni tra i superstiti”* (cfr. Cass., sez. III, 9 maggio 2011, 10107). In origine, la giurisprudenza negava la risarcibilità di tali danni, in forza dell'art. 1223 c.c. secondo cui al danneggiante possono essere imputati solo i danni che sono conseguenza diretta e immediata della sua azione. Si sosteneva che i danni patiti dai parenti fossero un mero “riflesso” del danno cagionato al danneggiato e pertanto irrisarcibili. Successivamente (a partire dalle note sentenze gemelle n. 8827 e 8828 di Cass., sez. III, 31 maggio 2003) l'orientamento è cambiato, ammettendo la risarcibilità di quei pregiudizi, sottolineando l'atecnicità della nozione di “danni da riflesso o di rimbalzo”, in quanto l'omicidio del congiunto può ledere in maniera diretta anche i suoi parenti, andando a toccare la sfera degli affetti e del normale rapporto familiare. Tale tipo di illecito ha dunque le caratteristiche della plurioffensività (v. Cass, sez. III, 12 luglio 2006, n. 15760).

Proprio perché il danno non è collegato al mero status, ma all'alterazione della sfera esistenziale per la perdita di un rapporto personale giuridicamente qualificato, i **congiunti debbono provare il pregiudizio da loro subito a causa del fatto illecito del terzo** (v. Cass, sez. Lavoro, 25 luglio 2014 n. 17006: *“è dunque necessario che chi lamenta questo tipo danno allegghi e provi l'intensità del vincolo intercorrente tra lui e il defunto, la periodicità e la qualità della frequentazione e lo stravolgimento alle abitudini familiari causato dalla morte del suo congiunto”*).

E' stato altresì precisato (cfr. sentenza Sez. 3, n. 10527 del 2011) come, *“Trattandosi di pregiudizio (non biologico) a bene immateriale, particolare rilievo assume invero al riguardo la prova presuntiva (v. Cass., Sez. Un., 15/1/2009, n. 794; Cass., 19/12/2008, n. 29832). La prova del danno non patrimoniale da uccisione (o anche solo da lesione: v. Cass., 6/4/2011, n. 7844) dello stretto congiunto può essere invero data anche a mezzo di presunzioni (v. Cass., 31/05/2003, n. 8827; Cass., 31/05/2003, n. 8828; Cass., 19/08/2003, n. 12124; Cass., 15/07/2005, n. 15022; Cass., 12/6/2006, n. 13546), che in argomento assumono anzi “precipuo rilievo” (v. Cass., Sez. Un., 24/3/2006, n. 6572)”*.

Va altresì osservato, sempre in punto di diritto, come più avanti, nella stessa sentenza la Corte precisa che attraverso il ricorso alle presunzioni il giudice potrà sopperire alla carenza di prova *“ma non anche al mancato esercizio dell'onere di allegazione, concernente sia l'oggetto della domanda che le circostanze in fatto su cui la stessa si fonda (cfr., da ultimo, Cass., Sez. Un., 6 marzo 2009, n. 6454)”*.

Ciò chiarito in punto di diritto, va rilevato come nella fattispecie in esame i ricorrenti abbiano, in buona sostanza, allegato soltanto lo stretto rapporto familiare⁴, fatto che i ricorrenti hanno giudicato esaustivo al fine di ottenere la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale, nella misura da loro richiesta e nei confronti di tutti i ricorrenti.

In realtà, se ciò vale nei confronti della moglie, non può valere nei confronti delle figlie e ancor meno nei confronti dei sette fratelli.

Merita infatti accoglimento la domanda spiegata da Parte_1 per il risarcimento del danno da perdita di rapporto parentale da questa subito. E' pacifico che Parte_1 e Persona_1 erano sposati da moltissimo tempo (dal 12.04.1975); tale circostanza, unitamente alla loro età avanzata e all'intervenuto allontanamento da casa delle figlie, autorizza il Tribunale a ritenere che i due coniugi fossero diventati, l'uno per l'altra, un punto di riferimento non solo affettivo, ma più in generale esistenziale, anche in termini di gestione e condivisione della quotidianità di talchè è evidente la gravità della perdita subita dalla Parte_1 che ha perso il compagno con cui condivideva la sua vita da quasi quaranta anni.

Tutti questi elementi supportano quindi l'esistenza di un danno da perdita di rapporto parentale in ragione del quale alla Parte_1 va riconosciuta la somma di 250.000,00 euro, coerente con i valori delle "Tabelle Milanesi", laddove si consideri l'avanzata età della coppia e la conseguenziale riduzione della aspettativa di vita e quindi di godimento del rapporto anticipatamente interrotto.

8.1 Diversa la posizione di Parte_2 e Parte_3 figlie di Persona_1 rispettivamente di anni 38 e di anni 33, entrambe non conviventi le quali, benché come allegato in ricorso tuttora abitino "*nei pressi dell'abitazione dei genitori*" risulta dagli atti allegati al ricorso (cfr. docc. sub 3 e 4 ricorso) sono coniugate la prima dal 1998 (data del matrimonio 20.06.98) e la seconda, Parte_3 è coniugata dal 01.05.2009.

L'allegazione circa il loro rapporto con il padre è assolutamente carente. Invero, pur volendo ritenere provate le telefonate quotidiane e i pranzi domenicali a casa dei "*propri genitori*" (e si sottolinea "*dei propri genitori*", non del padre) manca l'allegazione di uno stravolgimento esistenziale, come richiesto dalla configurabilità della lesione del rapporto parentale. Gli scritti difensivi si limitano a indicare la parentela intercorrente tra di loro e il Persona_1 come se il danno derivasse semplicemente dal loro *status* di figlie e dal fatto che si tratta di una famiglia che il difensore definisce, genericamente, "*molto unita*". A conferma vi è la circostanza che i capitoli di prova offerti sono assolutamente generici e privi di significato riguardo al rapporto con il padre, limitandosi a parlare di generiche telefonate quotidiane e di regolari pranzi a casa dei "*propri*

⁴ Si riportano per agevolare il lettore, per intero e testualmente, le relative deduzioni in ricorso: "*Alla Sig.ra Parte_1 ed alle due figlie Pt_2 e Parte_3 dovrà essere riconosciuto il diritto al risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio per la perdita del proprio caro. La giurisprudenza non esige alcun tipo di prova sull'esistenza di tale pregiudizio, non perché il danno sia in re ipsa, ma perché il Giudice, dal fatto noto che tra defunto e superstiti esisteva uno stretto rapporto familiare risale al fatto ignorato della sussistenza del danno e ciò sulla base dell'innegabile legge di natura secondo la quale la perdita di un familiare innegabilmente provoca un grave dolore ai congiunti superstiti. A tal proposito, si specifica come il rapporto tra il Sig. Pt_2, la moglie e le due figlie fosse particolarmente intenso e tipico di una famiglia molto unita. Il Sig. Pt_2 e la moglie erano sposati da quarant'anni e le due figlie abitano tuttora nei pressi dell'abitazione dei genitori. Essendo il defunto genitore e coniuge delle attrici, possono operare le presunzioni operate dall'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano per la liquidazione del danno non patrimoniale da perdita per la morte del congiunto.*

Alla luce di tali criteri, si ritiene equo liquidare alla moglie convivente la somma di Euro 327.000,00 ed alle due figlie la somma di euro 300.000,00 cadauna. Per quanto riguarda i sette fratelli, nessuna rilevanza dovrà attribuirsi all'assenza di un rapporto di convivenza tra le parti e il de cuius, poiché, "*anche in mancanza di un rapporto di convivenza, ricorre un danno non patrimoniale dei superstiti per la perdita del congiunto purché sia dimostrata la sussistenza di un legame affettivo tra le parti, non necessariamente riconducibile ad un ristretto nucleo familiare. Non può ritenersi determinante il requisito della convivenza, poiché attribuire a tale situazione un rilievo decisivo porrebbe ingiustamente in secondo piano l'importanza di un legame affettivo e parentale la cui solidità e permanenza non possono ritenersi minori in presenza di circostanze diverse (Cass. Penale 4.6.2013 n. 29735)*". Sempre sulla base dell'innegabile legge di natura, la perdita di un familiare stretto quale un fratello innegabilmente provoca un grave dolore ai congiunti superstiti. Alla luce di tali criteri, si ritiene equo liquidare a ciascuno dei sette fratelli la somma di Euro 85.000,00 ciascuno a titolo di danno non patrimoniale per la perdita del proprio congiunto" (cfr. ricorso pagine 8 e 9)

genitori”, così riconducendo ad una relazione riguardante la coppia genitoriale nel suo insieme, senza alcun tratto distintivo rispetto al genitore defunto e incentrate su occasioni canoniche di incontro come le festività domenicali.

Troppo poco perché il Tribunale riconosca loro un danno da perdita parentale, trattandosi di circostanze che non sono sintomatiche di una effettiva e significativa ripercussione (in radice) sulle abitudini di vita e sul cambiamento esistenziale degli anni che seguiranno alla perdita, anche considerando la ineludibile circostanza di una diversa prospettiva di vita connessa alla loro età e al fatto che da decenni hanno costituito un loro nucleo familiare, come innanzi detto, e precisamente, **Pt_2** dal 1998 e **Parte_3** dal 2009.

Se dunque non è possibile riconoscere alle sorelle **Pt_2** alcunché a titolo di risarcimento del danno da perdita di rapporto parentale, è invece possibile riconoscere e liquidare in loro favore il danno morale: queste due voci di danno possono essere riconosciute solo in via alternativa, perché per giurisprudenza consolidata costituisce *“duplicazione di risarcimento la congiunta attribuzione del danno morale, nella sua rinnovata configurazione, e del danno da perdita del rapporto parentale, 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 ed unitariamente ristorato”* (cfr. Cass, SSUU, 11 novembre 2008, n.26972).

Gli elementi addotti per supportare la richiesta di risarcimento del danno da perdita di rapporto parentale sono tali da evidenziare la sussistenza di un danno morale, un danno da lutto, che sorge nel momento stesso in cui è percepita la perdita. Tale tipo di danno si configura come un dolore temporaneo per la grave perdita subita che, con il passare del tempo, tende a diminuire e che non si alimenta a causa della mancanza del rapporto affettivo con il proprio parente.

Per questi motivi va riconosciuta a **Parte_2** e a **Parte_3** la somma equitativamente determinata di 50.000 euro a testa.

8.2 Quanto alla domanda di risarcimento presentata dai sette fratelli, trattasi di parenti che vanno al di là della cd. “famiglia nucleare”, peraltro non conviventi ed anzi addirittura residenti in regione italiana diversa, con i quali il congiunto intratteneva rapporti che andavano da più volte all’anno ad un massimo di più volte al mese e solo per mangiare insieme (circostanze che se davvero fossero sufficienti per dedurre un danno parentale legittimerebbero la richiesta di risarcimento danni per lesione del rapporto a qualunque amico del **Pt_2** .

E’ evidente che manca l’allegazione di fatti che permettano di delineare un rapporto qualificato tra di loro e il de cuius in quanto la circostanza degli incontri regolari e stereotipati che i ricorrenti avrebbero voluto provare (e che il Tribunale ha valutato irrilevanti ai fini del decidere con l’ordinanza del 07.03.2018) non possono fondare né un danno da perdita parentale, né un danno morale risarcibile. Va rammentato che nessun automatismo può riconoscersi al mero status di consanguineo perché ci sono fratelli che portano avanti conflitti per una vita intera, così come ci sono fratelli che per una vita intera vivono in simbiosi. Orbene, nella fattispecie in esame, è emerso dal processo che i fratelli ricorrenti non solo vivevano in altra regione italiana (e quindi non vi era la convivenza, fatto dal quale il giudice può dedurre una intensità di rapporto e di vincolo affettivo), ma è anche emerso che i fatti caratterizzanti l’intensità del rapporto sarebbero limitati ad incontri che andavano da più volte all’anno ad un massimo di più volte al mese e solo per mangiare insieme. I ricorrenti non hanno dedotto alcuna circostanza suggestiva di un significativo rapporto con il



defunto fratello (che in astratto ben può sussistere tra due fratelli, anche e nonostante la distanza) e quindi suggestiva di un patimento conseguente alla perdita del fratello.

Data la mancanza di elementi fattuali idonei a *qualificare* il loro rapporto con il defunto, a costoro quindi non può essere riconosciuto neppure il danno morale (o danno da lutto).

9. Il Policlinico va altresì condannato a rifondere *Parte_1* della somma di € 8.678,50 per spese funerarie (sub doc. 21 parte ricorrente) e della somma di € 1.151,66 per spese di successione (sub doc. 22 ricorrente) e così complessivi € 9.830,16 oltre agli interessi legali dalla data del pagamento delle spese de quibus da parte della *Parte_1* sino al saldo effettivo (cfr. Cass. n. 4185/1998).

Parimenti il Policlinico dovrà rifondere le spese sostenute da *Parte_1*, da *Parte_2* e da *Parte_3* per i consulenti di parte che in base alla documentazione in atti corrisponde alla somma di € 7.970,00, compresa la fattura allegata sub 27 da parte ricorrente.

Le spese di lite, liquidate come in dispositivo tenuto conto che pur essendo mancata la fase decisionale, trattandosi di ordinanza ex art.702 bis c.p.c., diverse diversificate erano le posizioni dei dieci ricorrenti, seguono la soccombenza.

Vanno infine poste definitivamente a carico del *Controparte_1* le spese di CTU sostenute dai ricorrenti per il procedimento di ATP R.G. n. 3037/2016 e liquidate in complessivi € 10.000 oltre accessori di legge (decreto 24.04.2017 del dott. *Persona_19* allegato al ricorso sub 23).

P.Q.M.

visto gli artt. 702-bis segg. c.p.c.,

- 1) condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di [...] *Parte_1* della somma di € 250.000,00 e in favore di *Parte_2* e di *Parte_3* della somma di € 50.000,00 a ciascuna, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal dovuto al saldo effettivo;
- 2) condanna *Controparte_1* al rimborso in favore di *Parte_1* [...], *Parte_2* e *Parte_3* delle spese sostenute per i consulenti di parte per complessivi € 7.970,00 e al rimborso in favore di *Parte_1* della somma di € 9.830,16 per spese funerarie e di successione, oltre interessi dall'avvenuto pagamento al soddisfo;
- 3) condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di [...] *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3* delle spese processuali per il procedimento di ATP R.G. n. 3037/2016 che liquida in € 870,00 per spese, € 9.525,00 per onorari, oltre spese generali al 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge;
- 4) condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di [...] *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3* delle spese processuali del presente processo che liquida in € 843,00 per spese ed € 11.472,00 per onorari, oltre spese generali al 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge.
- 5) pone definitivamente a carico di *Controparte_1* le spese di C.T.U., come liquidate in € 10.000,00 oltre accessori con decreto in data 24.04.2017 Dott. [...] *Per_19* nel giudizio di ATP R.G. n. 3037/2016.



Ordinanza per legge esecutiva
Si comunichi.
Monza, 19/10/2018

Il Giudice Unico
Dott. Maria Francesca Chiuri