

**Abstract.** *In materia di responsabilità medica, la responsabilità della struttura sanitaria deve essere inquadrata in quella contrattuale ex art. 1218 c.c. poiché l'obbligazione del medico ancorché non fondata sul contratto ma sul "contatto sociale" ha natura contrattuale. Ne consegue che spetterà all'attore che agisce in giudizio per ottenere il risarcimento del danno allegare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto e la circostanza dell'inadempimento - che dovrà essere qualificato -; mentre il debitore è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo costituito dall'avvenuto adempimento. Nel caso di specie il Tribunale di Terni ha rigettato la domanda attorea poiché non correttamente formulata: infatti, la domanda di risarcimento del danno da perdita di chances non può ritenersi implicita nella richiesta generica di risarcimento di tutti i danni causati dalla morte della vittima ma deve essere formulata esplicitamente.*

\*\*\*

**TRIBUNALE DI TERNI**  
**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il Tribunale di Terni, in composizione monocratica, in persona del giudice dott.ssa B.D.G., ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

emessa nella causa iscritta al numero XXX del ruolo generale degli affari contenziosi civili nell'anno XXX, promossa da:

M.P.F., M.F., M.M., rappresentati e difesi dall'Avv. M.F., ed elettivamente domiciliati presso il suo studio, sito in Terni, via XXX, giusta delega a margine dell'atto di citazione;

**ATTORI**

**contro**

A.O.S.M. DI TERNI, rappresentata e difesa dall'Avv. L.Z., ed elettivamente domiciliata presso il suo studio, sito in Terni, via XXX, giusta delega in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

**CONVENUTO**

**CONCLUSIONI DELLE PARTI**

Come precisate o richiamate dalle parti all'udienza del 18.6.2012;

## FATTO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione regolarmente notificato M.P.F., M.F. e M.M. convenivano in giudizio dinanzi questo Tribunale l'A.O.S.M. di Terni, per sentirla condannare al risarcimento dei danni subiti *iure hereditatis* e *iure proprio* in conseguenza del decesso della loro congiunta F.L., asseritamente causata da inerzia e negligenza dei sanitari.

In particolare, parte attrice rappresentava che la signora F. veniva ricoverata nel reparto Chirurgia Generale dell'A.O.S.M. di Terni in data 23.1.2004 per dolori addominali. Veniva eseguita la radiografia praticatale che evidenziava "slargamento del mediastino all'altezza dell'arco aortico sostenuto verosimilmente da aorta ecstasica marcatamente a tipo aneurismatico nel tratto arcale discendente. Lieve slargamento del mediastino di dx all'altezza dell'arco aortico".

Il 27.1.2004 veniva eseguita ulteriore rx addome superiore che evidenziava una possibile dissecazione dell'aorta toracica. Seguiva un immediato intervento chirurgico d'urgenza. Dopo tre giorni la signora F. decedeva.

Orbene, ritiene parte attrice che una tempestiva diagnosi, alla prima radiografia, ovvero al 23.1.2004, e un immediato intervento chirurgico avrebbe scongiurato il decesso della paziente. In particolare sostiene parte attrice che già dalla prima radiografia era possibile valutare l'assoluta urgenza e necessità dell'intervento chirurgico.

L'A.O.S.M. di Terni, costituendosi in giudizio eccepiva il difetto di legittimazione attiva e nel merito contestava la responsabilità dei sanitari e chiedeva il rigetto della domanda.

La causa veniva istruita mediante produzione documentale e CTU e all'udienza del 18.6.2012 le parti rassegnavano le rispettive conclusioni ed il Giudice tratteneva la causa in decisione concedendo alle parti i termini di legge per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

Deve osservarsi che la responsabilità della struttura sanitaria va inquadrata, come espresso dalla giurisprudenza di legittimità costante, nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (Cass. n. 1698 del 2006; Cass. n. 9085 del 2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316).

A sua volta anche l'obbligazione del medico dipendente dalla struttura sanitaria nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha

natura contrattuale (Cass. 22 dicembre 1999, n. 589; Cass. 29.9.2004, n. 19564; Cass. 21.6.2004, n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006).

Per diverso tempo tale legame contrattuale è stato interpretato e disciplinato sulla base dell'applicazione analogica al rapporto paziente-struttura delle norme in materia di contratto di prestazione d'opera intellettuale vigenti nel rapporto medico-paziente, con il conseguente e riduttivo appiattimento della responsabilità della struttura su quella del medico. Da ciò derivava che il presupposto per l'affermazione della responsabilità contrattuale della struttura fosse l'accertamento di un comportamento colposo del medico operante presso la stessa.

Più recentemente, invece, dalla giurisprudenza il suddetto rapporto è stato riconsiderato in termini autonomi dal rapporto paziente-medico, e riqualificato come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di ospedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria) al quale si applicano le regole ordinarie sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c.

Ebbene parte attrice lamenta e pone in condizione di efficienza causale con il decesso di F.L. specifici inadempimento asseritamente posti in essere dalla Azienda convenuta. Di ciò è l'attore che deve dare prova nei limiti di seguito indicati.

Sotto il profilo dell'onere probatorio, infatti, deve rilevarsi che la pronuncia delle Sezioni Unite del 30.10.2001 n. 13533 aveva enunciato il principio, in relazione al riparto dell'onere probatorio, derivante dai principi vigenti in materia contrattuale, secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento. Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, rilevando che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

In pratica gravava sull'attore (paziente danneggiato che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria) oltre alla prova del contratto, anche

quella dell'aggravamento della situazione patologica o dell'insorgenza di nuove patologie nonché la prova del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione del debitore e tale evento dannoso, allegando il solo inadempimento del sanitario. Restava poi a carico del debitore (struttura sanitaria) l'onere di provare l'esatto adempimento, cioè di aver tenuto un comportamento diligente (Cass. n. 12362 del 2006; Cass. 11.11.2005, n. 22894; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 3.8.2004, n. 14812).

Il più recente orientamento della Corte di Cassazione ha superato tale orientamento che risentiva implicitamente della distinzione tra obbligazioni di mezzi ed obbligazioni di risultato, dogmaticamente superata.

In particolare, il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale (in conformità a criteri di ragionevolezza per identità di situazioni probatorie, di riferibilità in concreto dell'onere probatorio alla sfera di azione dei singoli soggetti e di distinzione strutturale tra responsabilità contrattuale e da fatto illecito) è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, *ex art. 1453 c.c.*, sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, *ex art. 1218 c.c.*, senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato.

Va comunque sottolineato che 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. Nella fattispecie, quindi, l'attore ha provato il contratto relativo alla prestazione sanitaria (ed il punto non è in contestazione) ed il danno assunto (decesso della signora F.L.), ed ha allegato che la azienda convenuta ed i medici si sarebbero resi inadempienti per aver sottovalutato la patologia di cui era affetta la paziente e per aver ritardato il trattamento cardiocirurgico.

Ciò posto compete al convenuto fornire la prova che tale inadempimento non vi era stato, poiché non vi era stato errore dei sanitari, oppure che, pur esistendo l'inadempimento, esso non era eziologicamente rilevante nell'azione risarcitoria proposta, per una qualunque ragione. Nello specifico, al fine di accertare se vi è stato un errore rilevante e determinante

rispetto al decesso di F.L. da parte dei medici dell'O. di Terni, occorre procedere ad un esame della cartella clinica e delle elaborazioni fornite dai consulenti.

Dalla documentazione versata in atti risulta che il 23.01.2004 alle ore 2,41 la sig.ra L.F., di anni 64, accedeva alle ore 02.41 del 23.1.2004 presso il Pronto soccorso dell'O. di Terni, per una sintomatologia addominale del tutto aspecifica costituita da dolori "localizzati all'epigastrio, nausea e conati di vomito".

Veniva obiettivato "addome trattabile in tutti i quadranti, presente laparocèle ombelico pubico dolente all'epigastrio. Peristalsi torpida, non segni di perdonismo".

Veniva richiesta visita cardiologica ed esame elettrocardiografico così refertati "Ecg nei limiti della norma. Obiettività cardiaca normale PA: 150/70 F.c. 64".

La F. veniva ricoverata presso il reparto di chirurgia endocrina ove veniva sottoposta a terapia sintomatica e, in data 24.1, sottoposta ad esame rx del torace che evidenziava la presenza di "Ispessimento della pleura apicale a destra. Accentuazione della trama vascolo bronchiale più accentuata alle basi. Aia cardiaca nei limiti e slargamento del mediastino all'altezza dell'arco aortico sostenuto verosimilmente da aorta ectasica marcatamente a tipo aneurismatico. Nel tratto arcale e discendente lieve slargamento del mediastino di destra all'altezza dell'arco aortico" ovvero un quadro radiografico indicativo del sospetto di un aneurisma dell'aorta.

Tale sospetto imponeva, per una migliore precisazione diagnostica, l'effettuazione di un esame tac che veniva richiesto il giorno successivo (25.1.04). Richiesta poi ribadita il giorno 26.1.

Dal giorno 24.1 risultano in diaria valori pressori elevati: 170/90 (24.1), 190/85 (25.1), 180/90 (26.1), 180/90 (27.1).

Le condizioni della paziente rimanevano stabili fino alle ore 19.00 del giorno 27.1 quando compariva dispnea. Veniva subito dopo sottoposta a videat internistico che segnalava "difficoltà respiratorie di recente insorgenza, anamnesi di bronchite cronica non meglio definita per l'attuale dispnea, dolori vaghi alle basi toraciche. PA 120/70 - FC 140 b/m - Frequenza Respiratoria 40 a/m". Con tale quadro clinico ed emodinamico veniva richiesto un esame EGC, un esame emogasanalitico (EGA) e somministrato terapia medica con Ami nomai e steroidi.

Alle ore 20.40 il chirurgo di guardia descriveva quanto segue: "riferisce dolore continuo al fianco destro irradiato al dorso iniziato in maniera improvvisa circa un ora fa. Sempre da

un'ora dispnea a riposo. PA 110/70 FC 140 b/m. Paziente cosciente, orientata, risponde alle domande. Cute pallida e sudata. Polso periferico sottile con modesto iposfigmia al polso radiale di destra. Non turgore delle vene giugulari. All'obiettività toracica, gli emitoraci si presentano simmetrici, espansibili. FVT (fremite vocale tattile) assente a destra dove si apprezza diffusa ipofonia e silenzio respiratorio".

Venivano richiesti emocromo urgente, che rileva uno stato anemico con G.R. 3.06 ed Hb 9.3. L'esame radiografico del torace evidenziava "opacamente di tipo pleurico dell'emitorace di destra risalente a camicia fino all'apice. Lieve spostamento verso sinistra dell'ombra cardio-mediastinica. Immagine come da addensamento parenchimale in retro cardiaca sinistra".

Veniva effettuato esame TAC Toraco-Addominale Urgente, con il rilievo di "Flap intimale che si estende dall'arco subito dopo l'origine della succlavia di sinistra fino poco al di sopra dell'emergenza del Tripode celiaco. Il profilo aortico destro all'altezza di un piano passante poco sotto la carena tracheale è sfumato come per fessurazione parietale. Concomita emitorace massivo a destra e minore a sinistra ed emomediastino con atelectasia compressiva del parenchima basale bilateralmente".

Alle 22.30 veniva effettuata: consulenza cardiocirurgia così refertata "paziente con evidente dissezione di tipo B di Stanford con fessurazione medio toracica ed emitorace massivo (diagnosi TAC). In considerazione della relativa stabilità clinica con regressione dello stato di *Shock* ipovolemico emorragico presentato all'esordio, ed in considerazione dell'elevato rischio chirurgia) di morte durante l'intervento, si decide di soprassedere temporaneamente a qualsiasi tentativo di correzione chirurgica. L'atteggiamento attuale è quello di trasferire la paziente in rianimazione, mantenendola in pressione controllata e di monitorizzare l'evoluzione clinica. La stabilizzazione è intesa ad offrire la migliore possibilità di sopravvivenza durante la fase acuta, per permettere una eventuale fase chirurgica in seconda istanza". Quindi, la paziente veniva trasferita in Rianimazione con la diagnosi di dissezione aorta toracica. Si era quindi in presenza di una "Dissezione Aortica di Tipo B". È questo un processo patologico causato da un'improvvisa lacerazione di uno strato (intima) della parete del vaso arterioso, tale da formare un falso lume nello spessore della parete del vaso distruggendo uno strato (tunica media) della stessa. La dissezione, qualora interessi il tratto discendente dell'arteria aorta, viene classificata di tipo B, con

rischio di mortalità in assenza di trattamento, che si aggira fra il 36% ed il 72% nelle prime 48 ore dall'evento acuto e del 62-91% alla prima settimana.

La dissezione aortica acuta esordisce nel 96% dei casi con dolore toracico intenso e lancinante che nel 72% dei pazienti è improvviso. La sede del dolore può essere predittiva del tipo di dissezione e la sua migrazione riflette il propagarsi della malattia dal punto di origine. Il quadro clinico da solo non è sufficiente a fare diagnosi di dissezione ma sono necessari esami strumentali quali la TAC.

Il trattamento di scelta della dissezione di tipo B (aorta discendente) non complicata è la terapia medica. Studi internazionali raccomandano il trattamento medico nella dissezione dell'aorta discendente basato sull'utilizzo di beta-bloccanti combinati a vasodilatatori al fine di controllare la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa. La dissezione acuta ha una mortalità chirurgica che oscilla tra il 35% ed il 75%, sebbene attualmente la mortalità è diminuita, continua ad essere particolarmente elevata in presenza di ischemia viscerale preoperatoria da sindrome da malperfusione.

La sera del 27.1 ci si trovava, quindi, di fronte ad un drastico ed imprevedibile cambiamento del quadro clinico: si era in presenza di una dissezione acuta di tipo B complicata da emotorace, per cui venivano allertate le competenze specialistiche.

Al momento della prima consulenza cardiocirurgia (dr. B.), in relazione allo stato clinico di relativa stabilità generale ed emodinamica veniva indicata una temporanea osservazione al fine di verificare la reale necessità di intervento chirurgico; intervento correlato di alto rischio di mortalità e morbilità.

Visto il progredire della instabilità emodinamica e respiratoria dovuta all'emotorace tamponante ed ai segni di sofferenza splancnica veniva posta indicazione ad intervento chirurgico, iniziato alle ore 8.30 del 28.1, di sostituzione della zona dissecata con un tubo protesico specifico con anastomosi termino terminale (v. atto operatorio allegato agli atti e descritto sopra).

Purtroppo nel decorso post-operatorio si avevano le complicanze più comuni (sanguinamento e sospetta ischemia splancnica), con conseguente *exitus* della paziente.

Relativamente alla condotta dei sanitari che ebbero ad affrontare il caso non si rinvennero elementi di censurabilità, perché la condotta diagnostica e terapeutica adottata trova pieno riscontro nella letteratura scientifica. La dissezione acuta B non complicata consigliava la

terapia medica e solo nel caso di dissezione acuta tipo B complicata si imponeva un intervento chirurgico.

L'indicazione chirurgica in acuto, scaturisce solo dalla presenza di sintomi clinici gravissimi e fatali complicanze quali la fessurazione/rottura della parete aortica e l'ischemia di organi vitali periferici poiché è corredata da alta mortalità rispetto alla terapia medica conservativa che va sempre perseguita in assenza di complicanze maggiori.

I CCTTUU hanno sottolineato che per quanto attiene il periodo antecedente, all'epoca del primo esame radiografico del torace non esisteva alcuna condizione per una indicazione chirurgica. Non si poteva prevedere l'infausta evoluzione verso la rottura dell'aneurisma toracico che doveva essere studiato e poi monitorizzato nel tempo prima di porre indicazione a correzione chirurgica a causa dell'alta mortalità e morbilità correlata a tale tipo di intervento.

Infatti, in letteratura si raggiungono percentuali di mortalità pari a 28%-65% con incidenza di paraplegia pari al 30-35%; nei dati pubblicati da Trimarchi, risulta che dall'esame del registro internazionale delle dissezioni aortiche acute si osserva una mortalità chirurgica del 29,3% e complicanze neurologiche del 23.2%, renali del 18.3% e di ischemia viscerale del 6.8%. In letteratura, allora, deve convenirsi che il trattamento medico conservativo (uso di ipotensivi sistemici e supporto cardiaco) è il trattamento di elezione, per pazienti non complicati. La chirurgia rimane riservata a pazienti con rapidi spandimenti del lume, rottura e/o mal perfusione di organi periferici che non possono essere trattati con tecniche percutanee.

Ebbene, in questo caso la paziente presentava una sintomatologia addominale del tutto aspecifica che non poteva certamente essere correlata all'aneurisma dell'aorta toracica ed il sospetto dell'esistenza di tale patologia scaturiva, del tutto incidentalmente, da un esame radiografico del torace richiesto quale accertamento routinario.

Si trattava di un sospetto di aneurisma che richiedeva la conferma tramite esame tac del torace che veniva richiesto ma la cui effettuazione, in ragione della situazione di stabilità delle condizioni cliniche e di una sintomatologia non specifica, non rivestiva il carattere di urgenza.

Né esistevano motivazioni perché la paziente venisse trasferita in un reparto diverso da quello chirurgico presso il quale era ricoverata.



Vi è comunque da rilevare che dal 24.1, ovvero dal secondo giorno di ricovero, la sig.ra F. mostrava valori tensivi elevati: 170/90 (24.1), 190/85 (25.1), 180/90 (26.1), 180/90 (27.1); detto rilievo di valori pressori elevati doveva comunque indurre i sanitari, già in relazione al sospetto di aneurisma dell'aorta toracica alla luce del reperto dell'esame radiografico, ad abbassarli mediante l'utilizzazione di farmaci vasodilatatori e beta bloccanti. Trattamento farmacologico questo che non risulta essere stato effettuato e che costituisce certamente un comportamento censurabile dei sanitari sotto il profilo della imprudenza.

Tuttavia, sotto il profilo causale, i CCTTUU evidenziano che non sono in grado di stabilire se, e in quale misura, la ipertensione arteriosa abbia potuto determinare ovvero inserirsi nel meccanismo fisiopatologico che portò alla dissecazione del grosso vaso arterioso.

Sul punto va sottolineato che l'accertamento del legame eziologico tra la condotta illecita del medico, commissiva o omissiva e la lesione in concreto patita dal paziente, è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, con la precisazione che nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio" (Cass. sentenza 9 ottobre-29 novembre 2012, n. 21245).

Quindi è certamente ravvisabile nell'operato dei sanitari una condotta negligente che costituisce errore medico consistito nell'aver omesso la correzione della ipertensione arteriosa, ma i CCTTUU non riescono ad esprimersi sulla correlazione causale tra tale comportamento e la morte della paziente.

Sul punto, certamente essenziale per la configurazione della responsabilità dell'Azienda, appaiono di ausilio le note critiche redatte dal dr. C., le quali evidenziano che il razionale impiego della terapia anti-ipertensiva è quello di diminuire la forza che viene esercitata perpendicolarmente alle pareti del vaso. In altri termini a valori pressori elevati corrisponde una maggiore "spinta" del sangue sulle pareti della aorta, già di per sé sfiancata, con conseguente aumento della tensione di parete, in accordo alla legge di Laplace. Naturalmente la forza esercitata dalla colonna di sangue, che è direttamente proporzionale alla pressione sanguigna, tende a farsi strada laddove trova una minore resistenza, con tutte quelle complicazioni che ne conseguono.

Tali argomentazioni, supportate da adeguata bibliografia, appaiono condivisibili.

Sulla base di studi riportati dal dr. C., risulta che la mortalità dei pazienti affetti da aneurisma dissecante di tipo B non trattati con terapia anti-ipertensiva è da 10 a 20 volte maggiore.

Alla luce di tali dati, deve ritenersi che il non aver sottoposto ad una immediata terapia anti-ipertensiva la paziente ha privato la F. di ottime *chances* di sopravvivenza.

Va però rilevato che la domanda per perdita di *chances* è ontologicamente diversa dalla domanda di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato, perché in questo secondo caso l'accertamento è incentrato sul nesso causale, mentre nel primo oggetto dell'indagine è un particolare tipo di danno, e segnatamente una distinta ed autonoma ipotesi di danno emergente, incidente su di un diverso bene giuridico, quale la mera possibilità del risultato finale. In questo caso, gli attori hanno domandato esclusivamente il risarcimento del danno per la morte del loro congiunto, conseguente ad assunto errore diagnostico ed omesso intervento chirurgico, di talché il giudice di merito avrebbe dovuto valutare se esisteva siffatto errore ovvero un'omissione del comportamento dovuto sulla base dei normali protocolli di cura e, in caso positivo, se, in assenza di tanto, la paziente, aveva ragionevoli probabilità di salvezza.

Nell'atto introduttivo del giudizio gli attori hanno chiesto il risarcimento di tutti i danni derivati dalla morte del loro congiunto: ma, a ben vedere, la domanda di risarcimento danno da perdita di *chances* non rappresenta un *minus*, in quella volta a far valere il pregiudizio derivante dal mancato raggiungimento del risultato sperato.

La domanda di risarcimento danni da perdita di *chances* è allora domanda diversa che gli attori non hanno proposto e quindi sulla quale il Giudice non può pronunciarsi (Cass. sentenza n. 21245 del 29/11/2012). La domanda di risarcimento del danno da perdita delle *chances* di guarigione di un prossimo congiunto, in conseguenza d'una negligente condotta del medico che l'ebbe in cura, deve essere formulata esplicitamente, e non può ritenersi implicita nella richiesta generica di condanna del convenuto al risarcimento di "tutti i danni" causati dalla morte della vittima.

In definitiva, dunque, la domanda, per come proposta dagli attori, va rigettata.

Le spese di giudizio sono interamente compensate in considerazione della riscontrata sussistenza di errore sanitario.

Le spese della CTU sono definitivamente poste a carico solidale delle parti.

**P.Q.M.**

Il Tribunale di Terni, ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione disattesa, definitivamente pronunciando, così provvede:

rigetta la domanda proposta da M.P.F., M.F. e M.M. nei confronti dell'A.O.S.M. di Terni;

compensa interamente tra le parti le spese del giudizio;

pone il costo della CTU definitivamente a carico solidale delle parti.

Così deciso in Terni, il 4 giugno 2013.

Il Giudice