



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di PARMA
SEZIONE SECONDA CIVILE**

Il Tribunale, in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott.ssa Cristina Ferrari, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al N. **5498/2019** R.G.

promossa da

[...]

[...]

Parte_1

[...]

tutti con il patrocinio dell'Avv. Laura Ferraboschi come da mandato in atti,

ATTORI

contro

Controparte_1

in persona del Direttore

generale e legale rappresentante pro tempore,

con il patrocinio dell'Avv. Michele Tavazzi come da mandato in atti,

CONVENUTA

con la chiamata in causa di

Controparte_2

, già Controparte_3 ,

con il patrocinio dell'Avv. Nicolò d'Elia come da mandato in atti,

TERZO CHIAMATO

OGGETTO: “Responsabilità sanitaria – Risarcimento danni”.

Conclusioni per parte attrice: *“Si insiste sempre, senza rinuncia alcuna, in tutto quanto chiesto e dedotto con le note di trattazione scritta del 05.01.2023 già depositate, con n. 2 allegati (stralcio Diario Infermieristico e Diario Clinico, ed Esami di Laboratorio), per la scorsa udienza cartolare del 10.01.2023, che qui si devono intendere integralmente riportate, richiamate e trascritte; - in subordine, conclude come in atto di citazione e*

successive memorie ed atti di causa (“- ritenere e dichiarare parte convenuta responsabile delle lesioni e successivo decesso del minore **Persona_1** avvenuto l'1.01.2008 e, conseguentemente, dei danni tutti, patrimoniali e non, subiti dagli attori, nelle spiegate qualità, sia iure proprio sia iure successionis pro quota, per le ragioni di cui in narrativa, in via principale a titolo di responsabilità contrattuale, in subordine a titolo di responsabilità aquiliana, anche concorrenti; - per l'effetto, condannare parte convenuta, in favore degli attori, nelle spiegate qualità, tutti iure proprio e iure successionis pro quota, al risarcimento dei danni tutti, patrimoniali e non, diretti ed indiretti, comprensivi anche del danno biologico, del danno morale e del danno esistenziale, come quantificati e liquidati in narrativa in via principale, o in via subordinata, nonché in estremo subordine, o infine quelle altre veriori somme, maggiori o minori, sia iure proprio che iure successionis pro quota, in favore degli odierni attori e comparenti, che risulteranno a seguito di espletanda ctu medica che si chiede sin da adesso disporsi, occorrendo o, in subordine, in via equitativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 1226 e/o 2056 c.c., ed oltre su ciascuna voce gli interessi ex art. 1284 comma IV c.c., o in subordine gli interessi legali, ed oltre la rivalutazione monetaria, dalla data dell'evento morte e ino all'effettivo soddisfo e pagamento; - condannare parte convenuta, in favore degli attori **Parte_1** e **Parte_1**, genitori del minore, nelle spiegate qualità, anche al risarcimento del danno da mancato consenso informato, che si liquida in euro 100.000,00 per ciascun attore, valutata la gravità dei fatti e l'evento del piccolo **Per_1** di l I mesi, o quella diversa somma, maggiore e/o minore, che il Sig. Giudice riterrà equa e giusta, anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1226 e/o 2056 c.c.; - condannare parte convenuta, ai sensi dell'ars. 8, comma 5, del D.Lgs. n. 28/2010, al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il presente giudizio, per non avere partecipato al procedimento di mediazione D.L.vo n. 28/2010 s.m.i., senza giustificato motivo. ...”).

Conclusioni per parte convenuta: “Voglia l'Ill.mo Giudice adito, contrariis reiectis, in via preliminare: - accertare l'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento dei danni iure proprio vantati dagli attori, sigg.ri **Parte_1** **Parte_1**, **Parte_1** e **Parte_1** e, per l'effetto, rigettare le domande ex adverso formulate; in via principale: - rigettare le domande avverse in quanto totalmente infondate in fatto e in diritto per tutte le ragioni di cui in narrativa; in via subordinata: - nella denegata ipotesi di rigetto delle domande formulate in via preliminare e principale, ridurre il quantum di risarcimento eventualmente dovuto a parte attrice limitatamente alle risultanze che dovessero emergere all'esito dell'attività istruttoria del presente giudizio e/o per tutti i motivi esposti in narrativa; in via di garanzia: - nella denegata ipotesi di riconoscimento di responsabilità di sorta in capo alla **CP_4** i **CP_1** e sempre nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande di parte attrice, accertare e dichiarare che la **Controparte_5** (già **Controparte_6**), in persona del legale rappresentante pro tempore, sia tenuta a garantire e manlevare l' **CP_4** di **CP_1** con conseguente condanna diretta della Compagnia a corrispondere (nel rispetto dei limiti, massimali, franchigie, ecc. di cui alla polizza in atti) le somme tutte dovute dall' **CP_1** assicurata a parte attrice, oltre rivalutazione ed interessi e alle spese legali del presente giudizio. In ogni caso con vittoria delle spese di lite, oltre accessori di legge”.

Conclusioni per il terzo chiamato: “Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis, Nel merito, in via principale, rigettare la domanda attorea proposta nei confronti dell'Assicurato in quanto infondata in fatto e in diritto e, conseguentemente, rigettare la domanda di manleva dello stesso avanzata nei confronti di **CP_2**. In via subordinata, nella denegata e non creduta ipotesi in cui questo Ill.mo Tribunale adito accolga la domanda di risarcimento formulata dagli attori, accertare e dichiarare i) la perdita del diritto alle spese di difesa e

resistenza dell'Ospedale e ii) l'applicazione della franchigia fissa di Eur 1,5 mil e la quota di spettanza in capo a CP_2 il tutto entro il massimale di Polizza, oltre che iii) i soggetti responsabili all'interno dell'Ospedale, eventualmente quantificandone la quota di responsabilità (anche tramite CTU). In via istruttoria, con ogni più ampia riserva di precisare o modificare le domande, le eccezioni e le conclusioni già svolte, nonché di produrre ulteriori documenti e formulare istanze istruttorie nei termini di rito. In ogni caso, con vittoria di spese, competenze ed onorari”.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto

Esperito infruttuosamente il tentativo di mediazione della controversia, Parte_1 Parte_1 e Parte_1, nelle rispettive qualità di padre, madre e nonni paterni di Persona_2 (nato a Palermo il 05.01.2007 e ivi deceduto il 01.01.2008), hanno citato in giudizio l' Controparte_1 (a seguire, solo CP_7 per essere risarciti *iure proprio* e *iure successionis* dei danni tutti sofferti derivati dalla prematura morte di Per_1, evento eziologicamente ricondotto all'operato dei medici dell' CP_1 convenuta durante la degenza iniziata il 29.01.2007, in particolare all'intervento chirurgico di distrazione mandibolare del giorno 02.02.2007 e trattamenti attuati nei giorni immediatamente successivi.

A supporto delle loro richieste, gli attori hanno portato le risultanze della consulenza del 28.02.2011 redatta dal medico-legale dott. Per_3 dalla quale emergerebbero due criticità durante il ricovero presso la Terapia Neonatale di CP_1 aventi un ruolo diretto con l'insorgenza della grave ipossia cerebrale, ritenuta causa della morte del bimbo.

Per il resto, l'atto introduttivo dà conto di giurisprudenza rilevante in tema di responsabilità medica e risarcimento del danno da perdita del congiunto e contiene quantificazione dei ristori a favore di ciascun genitore e nonno.

Costituendosi, l' CP_7 ha negato la responsabilità addebitatale e resistito alle domande, previa istanza di chiamata in causa del proprio assicuratore a fini di manleva e preliminarmente eccezione estintiva (prescrizione quinquennale) del diritto al risarcimento *iure proprio* della controparte.

Durante il processo è stato dato ingresso alla CTU, affidata a Collegio composto da medico legale e specialista in pediatria e neonatologia. All'esito di tale accertamento e sua integrazione, la causa è stata (ri)assegnata alla scrivente per la precisazione delle conclusioni e rimessa sul ruolo per ricevere i chiarimenti riportati nel verbale di udienza del 21.11.2025; da ultimo è stata posta in decisione nella data anzi indicata, senza concessione dei termini ex art. 190 c.p.c., avendo i legali già depositato comparse e repliche conclusionali.

Le domande di Parte_1 Parte_1 Parte_1 e Parte_1 seppur esaminabili nel merito poiché infondata l'eccezione di prescrizione di CP_7 sono risultate infondate e da respingere.

Occorre brevemente premettere che, in tema di richiesta di risarcimento danni avanzata dai prossimi congiunti di un paziente deceduto, qualora questi facciano valere nei confronti della struttura ospedaliera il danno patito *iure proprio* da perdita del rapporto parentale, deve escludersi che l'azione esercitata sia riconducibile alla previsione dell'art. 1218 c.c., atteso che il rapporto

contrattuale (o da “contatto sociale”) è intercorso solo tra il paziente e la struttura ospedaliera; non può applicarsi, nei loro confronti, la figura del contratto con effetti protettivi nei confronti dei terzi (utilizzata solo con riguardo al contratto della gestante con l'ospedale per riconoscere effetti protettivi nei confronti del nascituro e del relativo padre) aventi un interesse identico a quello della stipulante che viene, quindi, coinvolto dall'esecuzione del contratto (in questi termini Cass. civ. 15.09.2020 n. 19188). Sempre la giurisprudenza, ormai da tempo, afferma che il diritto che i congiunti vantano, autonomamente sebbene in via riflessa, ad essere risarciti dalla medesima struttura dei danni direttamente subiti a causa dell'esito infausto dell'operazione cui è stato sottoposto il danneggiato principale si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale e pertanto è soggetto alla prescrizione quinquennale prevista dall'art. 2947 c.c., non potendo essi giovare del termine più lungo del quale gode la vittima primaria in virtù del diverso inquadramento, contrattuale, del rapporto tra la stessa ed il soggetto responsabile (così Cass. civ. 20.03.2015 n. 559).

Nel caso in esame, il termine quinquennale non è decorso poiché documentato e pacifico che il decesso di *Persona_2* - evento dal quale origina la richiesta risarcitoria in proprio dei congiunti per perdita del rapporto parentale - sia avvenuto il 1.01.2008, che nel 2012 gli attori abbiano inviato, tramite i loro legali, Avv.ti Milazzo e Cannata, (doc. 5) una prima diffida ad adempiere all'Azienda ospedaliera e abbiano attivato un primo tentativo di mediazione (doc. n. 21) entrambi esitati negativamente. Nel 2016, dunque entro il quinquennio dal precedente atto interruttivo, risulta che abbiano nuovamente chiesto il ristoro all' *CP_7* come attestato dalla risposta dell' *CP_I* del 19.10.2016 (doc. 13): si leggono, nell'oggetto, il riferimento agli Eredi *Pt_I* e il numero identificativo del sinistro, mentre nel testo è dato riscontro al sollecito del 26 settembre u.s., già portato a conoscenza del Commissario liquidatore.

Sempre entro il quinquennio dal 2016, vi è stato altro infruttuoso accesso al procedimento di mediazione, nel 2018 (doc. n. 12), quindi l'instaurazione del presente contenzioso civile nel 2019 con ulteriore effetto interruttivo, e altresì sospensivo, del termine prescrizione quinquennale.

Sulla base dei precedenti rilievi in diritto e in fatto, l'eccezione di prescrizione del credito risarcitorio attoreo iure proprio va respinta.

Nel merito, occorre subito puntualizzare, per quanto attiene all'onere probatorio a carico dei danneggiati, che esso include la dimostrazione della relazione causale tra l'operato dei medici e l'evento-dannoso, prova che deve essere fornita non in termini di certezza bensì secondo lo standard probatorio del “più probabile che non“ (cfr. Cass. civ. n. 8461/2019, Cass. civ. n. 122/2020). Ciò comporta che il giudice dapprima elimini, dal novero delle ipotesi valutabili, quelle meno probabili e poi analizzi le rimanenti ipotesi ritenute più probabili, selezionando, infine, quella che abbia ricevuto, secondo un ragionamento di tipo inferenziale, il maggior grado di conferma dalle circostanze di fatto acquisite al processo, in ogni caso esercitando il proprio potere di libero apprezzamento di queste ultime tenendo conto della qualità, quantità, attendibilità e coerenza delle prove disponibili, dalla cui valutazione complessiva trarre il giudizio probabilistico (v., ex multis, la recente Cass. civ. Sez III 05.03.2024 n. 5992, Cass. civ. 29315/2017, n. 3704/2018, n. 20812/2018).

Nel caso che ci occupa, ritiene il Giudicante che la ricostruzione dell'iter clinico di **Per_2** [...] – riferito in modo piuttosto lacunoso negli atti difensivi della parte interessata –, se compiuta sulla base della documentazione sanitaria in fascicolo e degli accertamenti medici effettuati dal Collegio dei periti d'ufficio, non fornisca dimostrazione del nesso causale nei termini suddetti e non soddisfi affatto la regola di giudizio enunciata.

Può al contrario essere affermato che non siano stati dimostrati l'inadempimento o profili di responsabilità colpevole dei sanitari nei primi giorni del febbraio 2007, rispetto al decesso di **Per_1** avvenuto quasi un anno dopo, una volta rientrato il bambino a Palermo da molti mesi, con suoi documentati ricoveri presso il nosocomio locale, eventi certamente rilevanti sui quali non sono stati offerti precisi elementi valutativi dagli attori.

Dalla documentazione medica disponibile, dalla CTU ed anche dalla consulenza di parte prodotta da **Pt_1**, **Pt_1** e **Pt_1** come doc. 3, risulta che **Persona_2** sia nato a Palermo e trasferito dopo ventiquattro giorni di vita a **CP_1** perché affetto da patologia polimalformativa (c.d. Sindrome di Stickler).

I CCTTU hanno chiarito che si tratta di patologia congenita del connettivo caratterizzata da problematiche oculari (miopia non progressiva, cataratta e distacco retinico), sordità di tipo sia conduttivo che neurosensoriale (fino 40% dei casi con vario grado di profondità), iposviluppo facciale (*flat midface* per ipoplasia zigomi e mandibola, radice nasale depressa) schisi del palato, displasia spondiloepifisaria di vario grado, osteoartropatie anche a precoce insorgenza e prollasso mitralico.

Si evince dai documenti sanitari personali che il bambino presentava gravi malformazioni del cavo orale, della lingua, del complesso maxillo facciale, della laringe, del rino-faringe edella trachea (tracheomalacia) e che veniva, pertanto, posta diagnosi clinica di sequenza di **Per_4** [...] in neonato con sindrome di Stickler. Le numerose e complesse malformazioni a carico di tutte le vie aeree provocavano al neonato gravissimi disturbi respiratori con crisi di apnea, per cui si rendeva indispensabile un trattamento chirurgico urgente. In data 2 febbraio 2007 veniva, quindi, sottoposto ad intervento di distrazione mandibolare presso la convenuta **CP_7** e rientrava nel comparto operatorio intubato e ventilato. La ventilazione assistita era mantenuta per quattro giorni fino a quando, per comparsa di ventilazione spontanea, preceduta da terapia cortisonica, era possibile effettuare l'estubazione. Circa tre ore dopo l'estubazione il neonato presentava insufficienza respiratoria; si rendeva necessario massaggio cardiaco e tracheotomia con applicazione di cannula tracheostomica. Il controllo radiologico evidenziava la presenza di pneumotorace laterale, risolto dopo posizionamento di drenaggio toracico. Il bimbo era ventilato con cannula tracheostomica e, in dodicesima giornata dall'intervento, si era verificata una crisi di insufficienza respiratoria e la ricomparsa di pneumotorace massivo a destra risolto con drenaggio toracico. La ventilazione meccanica veniva mantenuta per un periodo di diciannove giorni. L'edema a carico delle vie aeree superiori si risolveva lentamente; i controlli ecografici e radiologici delle emi-mandibole eseguite a circa cinque settimane dall'intervento evidenziavano una soddisfacente calcificazione ossea con allungamento dei capi ossei per un totale di 16 mm. I distrattori mandibolari erano rimossi dopo ventisette giorni dall'intervento. Alla trentunesima giornata di vita erano segnalate crisi comiziali che richiedevano trattamento farmacologico endovena con controllo della crisi. La terapia anticomiziale era progressivamente

ridotta sino ad essere sospesa il secondo mese di vita. I controlli ecografici cerebrali e la RMN cerebrale rilevavano elementi compatibili con quadro di severa encefalopatia multicistica in nato a termine.

Il bambino era alimentato, inizialmente, con latte materno, poi, nel decorso post-operatorio è stata necessaria la nutrizione parenterale totale. Data la difficoltà di suzione, il 12 aprile 2007, si è resa necessaria l'applicazione di gastrotomia per endoscopia con ripresa regolare dell'alimentazione. Erano effettuati anche plurimi controlli oculistici per sviluppo di edema palpebrale ed ectropion; all'esame del Fundus Oculi si rilevava la presenza di pupille ottiche di escavazione accentuata, mentre la tonometria oculare appariva nella norma bilateralmente.

Persona_5 veniva dimesso in condizioni stabili in aprile 2007, in modo definitivo.

A distanza di circa un anno dai fatti e dopo plurime degenze presso il Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale di Palermo, per completare le valutazioni diagnostiche ed essere indirizzato alla assistenza sanitaria al domicilio, si verificava il decesso: sono annotati nella relazione clinica del medico di parte un primo ricovero presso l'ospedale palermitano dal 3 al 21 maggio 2007 nel Reparto di terapia intensiva, una breve degenza dal 22 al 23 maggio 2007 in Pediatria, quindi nel luglio 2007 e da ultimo, sempre a Palermo, dal 5 dicembre 2007 al giorno del decesso il 1.01.2008, con accesso motivato da difficoltà respiratorie, febbre e vomito.

Il dato cronologico e quello relativo ai ricoveri di cui sopra presso l'Ospedale di Palermo incidono significativamente possibilità di ricondurre l'evento fatale ai trattamenti effettuati dai sanitari dell'**CP_7** la responsabilità di questi ultimi è stata esclusa in modo netto anche dal Collegio medico, a seguito di approfondita indagine dei dati documentali tempestivamente depositati dalle parti.

Rispetto agli eventi centrali, riguardanti l'operato dei medici dell'**CP_8** ossia quello dei giorni dal 2 febbraio 2007, di sottoposizione del bimbo ad intervento di distrazione mandibolare e rientro nel comparto operatorio intubato e ventilato, è stata ritenuta corretta la scelta dell'intervento chirurgico da parte dei CCTUU e dello stesso medico legale di parte dott. **Per_3** a pag. 23 della sua relazione.

Con riguardo agli eventi critici del giorno 5 febbraio 2007, essi sono stati così attestati:

Alle h 15:20 si registra: *“comparsa di apnea e bradicardia (saturazione 40% e FC 60). Si tenta intubazione orotracheale. Esteso edema che impedisce l'individuazione del piano glottico. Si inizia ventilazione con pallone e maschera e massaggio cardiaco esterno. La satO2 sale al 70%...si contattano collega di guardia e chirurgo maxillo-facciale. Si effettua bolo con adrenalina ev 0.1 mg ev. Si tenta intubazione con maschera laringea che fallisce.”*

- **Alle h 15:40** i registra: *“arrivano i collegi rianimatori. Tentativo di intubazione mediante laringoscopia fallito. Si continua ventilazione con pallone e maschera e massaggio cardiaco esterno...”*

- **Alle h 16:00** si registra *“arriva collega maxillo-facciale che effettua tracheotomia.”*

Per l'intera durata dell'evento sono riportati in grafica saturazioni comprese tra 40 e 64% e frequenza cardiaca mai superiore a 60 b/m.

A ventilazione stabilizzata attraverso la cannula tracheostomica viene effettuata correzione con HCO₃ in due dosi successive (h 16:00 e h 16:20)

Il Collegio medico peritale ha sostenuto convincentemente, sulla base di accurato accertamento e con metodo scientifico che la condotta dei sanitari sia stata corretta: *“Tenuto conto delle*

considerazioni fin qui espresse si può concludere che, pur fallite, le procedure messe in atto dai sanitari erano quelle attese in uno scenario siffatto e risultano sostanzialmente coerenti nella sequenza ed in linea con le raccomandazioni in essere all'epoca dei fatti".

Altro fatto nodale – posto in necessaria evidenza dal Collegio medico - è il tempo intercorso tra la grave desaturazione delle h 15:20 e il posizionamento finale della cannula tracheostomica (h16:00): in una frazione temporale di meno di 45 minuti i sanitari si sono trovati nella necessità, intercettata la grave desaturazione, di stabilire in continuo (o tentare di stabilire) una ventilazione e output cardiaco efficaci, gestire i tentativi seriati di intubazione (tre a giudicare dal diario clinico), attuare il tentativo.

I Consulenti medici d'ufficio hanno così schematicamente concluso:

1. esistevano ex ante le condizioni cliniche sufficienti, necessarie ed opportune per considerare l'estubazione.

Il mantenimento della terapia con oppioidi in drip (comunque entro il range di dosaggio raccomandato) non ha avuto ruolo causativo sugli accadimenti post-estubazione.

Le modalità in termini di timing e dosaggio di somministrazione del cortisone non trovano riscontro in letteratura come profilassi dell'edema post-estubazione tanto da rendere poco verosimile che questo fosse il reale intendimento dei sanitari. Tuttavia all'epoca dei fatti, se esisteva relativo consenso sull'efficacia della profilassi cortisonica, non esistevano raccomandazioni univoche sullo schema terapeutico da adottare sia in termini di dosaggio che di timing delle somministrazioni.

2. Si rileva criticità laddove i sanitari omettono di procedere ad estubazione protetta. Tale procedura, descritta nelle linee guida di riferimento all'epoca dei fatti, trovava prudente indicazione tenendo conto che in funzione della patologia di base (la sPR) e dell'intervento chirurgico pregresso, il piccolo **Per_1** poteva certamente essere considerato un soggetto a rischio di reintubazione. Come detto tuttavia la forza delle evidenze per tale pratica risulta assai debole e tale da non poter essere considerata raccomandazione cogente.

3. Una volta configuratosi lo scenario CICV, risultano messe in atto tutte le misure attese e coerenti con la buona pratica e le raccomandazioni in essere al tempo dei fatti. La condotta clinica di assistenza neonatologica appare realisticamente adeguata e consona alla speciale complessità e severità del quadro clinico, né poteva realisticamente, *ex ante*, essere esigibile che potessero essere attuate procedure diverse sia nei tempi che nei modi.

4. Nulla da rilevare sulle azioni tese a risolvere i problemi immediatamente successivi all'evento ipossico-ischemico come il pneumotorace bilaterale o le manifestazioni comiziali. Tali azioni appaiono tempestive, efficaci ed applicate secondo buona pratica.

5. Parimenti non sono configurabili profili di responsabilità in merito alle azioni messe in atto nei giorni successivi di degenza fino alla dimissione e consona alla speciale complessità e severità del quadro clinico, né poteva realisticamente, *ex ante*, essere esigibile che potessero essere attuate procedure diverse sia nei tempi che nei modi.

Più estensivamente, il ritardato conseguimento del risultato (il ripristino di ventilazione efficace) non costituisce, a parere dei CCTUU, un inadempimento /una inadeguatezza della prestazione professionale in quanto i sanitari hanno operato in uno scenario di particolare ed

elevata complessità con azioni realisticamente congrue e adeguatamente indirizzate ad ottenere un risultato favorevole per il paziente.

Nulla da rilevare sulle azioni tese a risolvere i problemi immediatamente successivi all'evento ipossico-ischemico come il pneumotorace bilaterale o le manifestazioni comiziali.

Tali azioni appaiono tempestive, efficaci ed applicate secondo buona pratica. Parimenti non sono configurabili profili di responsabilità in merito alle azioni messe in atto nei giorni successivi di degenza.

Condivisibili e ben motivate anche le repliche integrative alle osservazioni critiche dei CTP attori, repliche supportate dalle grafiche dei parametri vitali di *Per_1* tempestivamente acquisite al fascicolo di causa che non evidenziavano la “grave e seria condizione di instabilità” riferita dalla parte attrice: non è risultato dunque che nei giorni dal 2 al 5 febbraio 2007 *Per_1* abbia avuto necessità di aumentato supporto ventilatorio.

Su tali basi è stata ritenuta l'esistenza ex ante di condizioni sufficienti ed opportune per procedere a svezzamento dal respiratore.

Sulla scorta degli elementi documentali valutabili, resi oggetto di qualificata e approfondita valutazione dei consulenti medici, non vi è margine per accogliere le richieste attoree, e tra esse nemmeno quelle finalizzate alla rinnovazione della CTU e alla valutazione degli allegati alle note di trattazione scritta del 05.01.2023, poiché trattasi di documenti tardivamente prodotti (stralcio Diario Infermieristico e Diario Clinico, ed Esami di Laboratorio).

L'esame della domanda di manleva resta assorbito dal rigetto della richiesta di *Pt_1* e altri.

Si reputano sussistenti gravi motivi per disporre l'integrale compensazione delle spese di lite tra tutte le parti, individuati nella peculiarità e drammaticità della vicenda che ha coinvolto gli attori, supportati nella loro iniziativa giudiziale dagli esiti della relazione di parte prodotta con l'atto introduttivo; inoltre, la chiamata in causa della compagnia assicurativa da parte dell'Azienda convenuta non presenta profili di pretestuosità.

Infine, le spese di CTU già liquidate in corso di causa, stante l'indispensabilità dell'accertamento medico, sono da ripartire tra tutte le parti in egual misura; la quota parte di cui sono gravati gli attori resta definitivamente a carico dell'Erario.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa promossa da *Parte_1* *Parte_1* *Parte_1* e *Parte_1* nei confronti dell'*Controparte_1* con la chiamata in causa di *[...]*

CP_2, così decide:

- rigetta le domande di *Parte_1* *Parte_1* *Parte_1* e *Parte_1*;
- compensa interamente le spese di lite e pone quelle della CTU medico legale, già liquidate in corso di causa, a carico di tutte le parti nella misura paritaria di un terzo ciascuna, con la precisazione che la quota di 1/3 attorea resta a carico dell'Erario.

Parma, 27 gennaio 2026

IL GIUDICE
Cristina Ferrari