REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Benevento, II Sezione civile
in persona del giudice monocratico Dr. [omissis] ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. [omissis] del R.G.A.C., avente ad oggetto: risarcimento danni da colpa medica

TRA

[omissis] **E** [omissis], rappresentati e difesi dall'avv. [omissis], come da procura in atti;

ATTORI

E

[omissis], rappresentata e difesa dall'avv. [omissis], come da procura in atti;

CONVENUTA

NONCHE'

[omissis], rappresentato e difeso dall'avv. [omissis], come da procura in atti;

[omissis], rappresentata e difesa dagli avv.ti Serena Paolini e Mario Michelangelo Paolini, come da procura in atti;

CHIAMATI IN CAUSA

E

[omissis] **E** [omissis], rappresentati e difesi dall'avv. [omissis], come da procura in atti;

INTERVENTORI

CONCLUSIONI

Quelle di cui all'udienza del 24.09.2026 sostituita da note scritte, qui da intendersi richiamate e trascritte.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, [omissis] e [omissis] [omissis], in proprio e nella qualità di eredi legittimi di [omissis], [omissis] ed ivi deceduto in data [omissis], esponevano che in data 22 novembre 2019 il compianto [omissis] eseguiva in [omissis], ove era residente, un esame TC addome, che evidenziava la presenza di una massa mesenterica. In particolare il referto –

scritto in francese – evocava in diagnosi differenziale le seguenti ipotesi: teratoma mesenterico cistico, mesiotelioma cistico, cisti da duplicazione o cisti enterica, consigliando un parere specializzato in merito. In data 25 novembre 2019 il [omissis] si recava pertanto presso la [omissis] [omissis] di Benevento, ove veniva sottoposto a visita dal dott. [omissis] . Il medico prendeva visione del referto suddetto, ma non delle immagini e, senza procedere ad ulteriori accertamenti diagnostici, consigliava il ricovero presso la struttura convenuta per procedere a intervento chirurgico di rimozione della massa. Il 26 novembre 2019 il [omissis] veniva ricoverato presso la struttura sanitaria convenuta e il 29 novembre 2019, alle ore 10,00 circa, veniva sottoposto a intervento chirurgico. La sera prima dell'intervento veniva regolarmente somministrata la cena al paziente. Prima dell'intervento veniva eseguito un esame ecografico dell'addome da parte del radiologo dott. [omissis] , presente in clinica, ma non un nuovo esame TC. Il paziente e i suoi familiari venivano rassicurati dal dott. [omissis] e dal dott. [omissis] circa la semplicità dell'intervento da eseguirsi e il suo certo esito positivo. I medici riferivano in particolare che si trattava di un intervento di routine, senza alcun tipo di postumo o conseguenza rilevante. Il ragazzo, dopo l'intervento, veniva riportato in stanza, con sondino naso gastrico e catetere vescicale, ma senza alcun drenaggio in addome. Da subito il paziente presentava temperatura corporea molto alta e forti dolori addominali, sintomi immediatamente riferiti al dott. [omissis] , nonché agli altri medici e al personale della clinica. Il dott. [omissis] tuttavia rassicurava nuovamente il [omissis] e i suoi familiari, disponendo soltanto la somministrazione di paracetamolo per far abbassare la febbre. Il giorno 2 dicembre 2019, nonostante i forti dolori e la febbre, il paziente veniva fatto alzare dal letto e gli veniva chiesto di camminare. Il pomeriggio dello stesso giorno, i familiari presenti notavano all'interno del sondino naso gastrico del liquido verde. Prontamente avvisavano il personale infermieristico presente in clinica, che tuttavia forniva rassicurazioni circa la normalità del decorso post-operatorio. La notte tra il 2 il 3 dicembre i familiari presenti notavano all'interno del sondino nasogastrico anche la presenza di sangue e pertanto contattavano nuovamente (e inutilmente) il personale della struttura. La mattina del 3 dicembre 2019, all'arrivo in clinica del dott. [omissis] (medico operante) e del dott. [omissis] (radiologo), veniva finalmente – e per la prima volta – disposto un esame TC, all'esito del quale il paziente veniva condotto d'urgenza in sala operatoria. Dopo il secondo intervento e l'apposizione di un drenaggio addominale sinistro, [omissis]

[omissis] veniva riportato in camera, ma continuava ad avvertire forti dolori all'addome, accompagnati da febbre alta. Anche tali sintomi venivano prontamente riferiti ai medici e al personale infermieristico. Il dott. [omissis] [omissis] , interpellato direttamente dai familiari per chiarimenti al riguardo, non forniva alcuna spiegazione specifica, manifestando tuttavia, per la prima volta, la sua preoccupazione. Venivano disposte trasfusioni di sangue e plasma. La mattina del 4 dicembre 2019 il ragazzo accusava una crisi respiratoria e la situazione precipitava. Dopo un consulto tra il dott. [omissis] e altri medici presenti, veniva chiamato il servizio 118 e il ragazzo, oramai in condizioni gravissime, veniva intubato e trasportato in ambulanza presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale [omissis] di Benevento. La [omissis] [omissis] non consegnava al personale del 118, nell'immediatezza, la cartella clinica, né una relazione medica accompagnatoria. Né alcun medico della Clinica si premurava di accompagnare il paziente al Pronto Soccorso dell'Ospedale [omissis] . Una scarna relazione medica (priva di data) veniva fornita all'Ospedale [omissis] soltanto a distanza di giorni, su sollecitazione dei sanitari di tale ultima struttura e su richiesta dei familiari del paziente, che erano costretti a recarsi personalmente presso la Casa di Cura a ritirare la documentazione. Dal 4 dicembre [omissis] rimaneva ricoverato presso il reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale [omissis] di Benevento, ove veniva sottoposto a molteplici trattamenti sanitari (medicazioni seriate della ferita chirurgica in sala operatoria, monitoraggio continuo del paziente e ripetuti accertamenti strumentali), sino all'exitus sopraggiunto in data [omissis] per shock settico. Per tali motivi convenivano in giudizio la [omissis] , chiedendo al giudice di accertare e dichiarare la responsabilità della convenuta ai sensi degli artt. 1218, 1228, 2043 e 2049 cod. civ., in ordine al decesso di [omissis] e ai conseguenti danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dagli attori, iure proprio e iure hereditatis e, per l'effetto, condannarla al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, subiti dagli attori, che quantificavano in favore di [omissis] : in € 1.750,00 a titolo di danno patrimoniale/danno emergente; € 630.067,84 a titolo di danno patrimoniale/lucro cessante; € 326.405,00 a titolo di danno iure proprio da cd. recisione del vincolo parentale; € 100.000,00 a titolo di danno biologico iure proprio, oltre al danno da invalidità temporanea; € 18.556,00, iure hereditatis e pro quota, a titolo di danno non patrimoniale c.d. terminale subito dal de cuius [omissis] , ovvero le diverse somme ritenute di giustizia; in favore di [omissis] : € 326.405,00 a titolo di danno iure proprio da

cd. recisione del vincolo parentale; € 18.556,00, iure hereditatis e pro quota, a titolo di danno non patrimoniale c.d. terminale subito dal de cuius [omissis] [omissis] , ovvero le diverse somme ritenute di giustizia.
Si costituiva in giudizio, la [omissis] , la quale deduceva che i germani del sig. [omissis] avevano depositato denuncia penale presso la locale Procura della Repubblica, affinchè fosse accertata la causa della morte del fratello e nel relativo procedimento contro ignoti rubricato al RGNR n. [omissis] , veniva espletata una prima CT del PM con il medico legale dott. [omissis] ed il chirurgo d'urgenza dott. [omissis] e una secondo CT con il dott. [omissis] , chirurgo generale e la dott.ssa [omissis] , medico legale. Allegava che il primo collegio di consulenti del PM avevano scritto che "i linfangiomi sono considerati delle anomalie congenite del sistema linfatico" omissis difficilmente si giunge ad una diagnosi di certezza prima dell'atto chirurgico. La presentazione clinica è polimorfa, potendo variare dalla scoperta accidentale di una cisti addominale, di solito sintomatica perché di grosse dimensioni, fino ai sintomi dell'addome acuto, con dolore addominale acuto e chiusura dell'alvo a feci e gas" argomentando che "il golden standard del trattamento del linfangioma cistico mesenterico è quello chirurgico. Benchè questo tipo di lesioni siano contraddistinte da benignità biologica, sono invece caratterizzate da malignità clinica ... l'asportazione totale di una lesione che invade le strutture intraddominali potenzialmente resecabili è tecnicamente possibile, ma espone il paziente a rischi elevati che diventano insostenibili qualora il LCM invadesse strutture vascolari"; per cui concludevano che l'atto chirurgico, tecnicamente corretto, fu compromesso da due eventi avversi, che erano insiti nella complessità dell'intervento, sia per la classificazione della patologia sia per le aderenze che la massa da asportare aveva contratto con le strutture contigue e con i vasi mesenterici, di fatto eventi prevedibili, ma non evitabili e/o prevenibili, affermando che l'intervento fu effettuato nel pieno rispetto delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica e affermando che la mancanza di una propria struttura di rianimazione non aveva interferito con l'evoluzione della patologia, che poi ha innescato quella progressione di eventi che avevano determinato l'exitus del [omissis] .
Aggiungeva che anche il secondo collegio aveva confermato che seppur l'LCM (linfangioma cistico mesenterico) avesse natura benigna e si fondasse su un difetto genetico su base embrionale, la patologia aveva di pee sé un elevatissimo grado di pericolosità, per l'altissima percentuale di morbilità dei pazienti affetti da linfoangioma, ritenendo inoltre che la diagnosi fosse

corretta, giusto l'approccio chirurgico – terapeutico, anche funzione diagnostica concludendo che "i sanitari hanno posto in essere la corretta valutazione preoperatoria e operato la scelta terapeutica più idonea, gold standard terapeutico, ovverosia l'intervento chirurgico a cielo aperto". Alle luce di tali conclusioni (il linfangioma cistico mesenterico è patologia genetica grave e temibile; l'intervento era necessario e fu correttamente eseguito; l'essere stato effettuato presso la [omissis] non aveva comportato alcuna conseguenza per il decorso post operatorio purtroppo risultato infausto) la convenuta chiedeva nel merito il rigetto della domanda e in via preliminare la sospensione del giudizio civile in attesa della definizione del procedimento penale, nonchè di essere autorizzata a chiamare in garanzia sia la [omissis] I, presso il Rapp.te Generale per l'Italia, con la quale aveva stipulato la polizza convenzione RCT/O – R.C. PROFESSIONALE per danni a terzi, sia il dott. [omissis] , medico primo operatore chirurgo, in virtù di contratto di collaborazione libero professionale stipulata tra quest'ultimo e la [omissis] , per essere tenuta indenne dalla conseguenze patrimoniali dell'eventuale accoglimento della domanda.

Chiamato in causa, si costituiva in giudizio [omissis] , il quale deduceva che alcuna responsabilità gli era addebitale, in quanto, anche alla luce delle consulenze espletate nel penale, era risultato che: a) il paziente era affetto da un linfangioma cistico mesenterico ovvero un tipo di lesioni che sebbene sia contraddistinta da benignità biologica, è però caratterizzate da malignità clinica, perché invade le strutture intraddominali; b) il golden standard del trattamento è quello chirurgico attraverso una asportazione totale che reca in sé il concreto rischio – trattandosi di lesione che invade le strutture intraddominali potenzialmente resecabili – di lesioni alle strutture intraddominali; c) l'atto chirurgico tecnicamente corretto veniva compromesso da due eventi avversi, che erano insiti nella complessità dell'intervento, sia per la classificazione della patologia sia per le aderenze che la massa da asportare aveva contratto con le strutture contigue e con i vasi mesenterici, di fatto eventi prevedibili, ma non evitabili e/o prevenibili; d) l'intervento veniva effettuato nel pieno rispetto delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica come affermato dai consulenti della Procura; e) i sanitari avevano posto in essere la corretta valutazione preoperatoria e operato la scelta terapeutica più idonea, gold standard terapeutico, ovverosia l'intervento chirurgico a cielo aperto. Per tali motivi

chiedeva il rigetto della domanda attore e di quella di manleva proposta dalla [omissis] .

Si costituiva in giudizio anche la compagnia assicurativa chiamata in causa, la [omissis] , la quale chiedeva in via preliminare, dichiarare, ex art. 295 la sospensione del giudizio civile in attesa della definizione di quello pregiudiziale penale; nel merito, in via principale, rigettare la domanda rilevando l'assoluta infondatezza dell'azione proposta, atteso che alcuna responsabilità è addebitabile all'assicurata struttura sanitaria e/o dei medici ivi operanti nella determinazione e/o aggravamento dei danni ex adverso paventati in quanto l'intervento era di notevole complessità ed erano state seguite tutte le linee guida e buone pratico clinico assistenziali, come consulenze in atti; nel merito, in via gradata, accertare e dichiarare la eventuale esclusiva responsabilità medica in capo al Dr. [omissis] , quale medico prescelto direttamente dal [omissis] , che ne aveva curato la presa in carico, e, per l'effetto, condannarlo a tenere indenne la [omissis] [omissis] da qualsiasi somma dovesse essere condannata a pagare in favore della parte danneggiata; in via ulteriormente gradata, accertare e dichiarare che, in virtù della sussistenza della c.d. SIR e del sotto-limite per il caso di dolo o colpa grave, il quantum indennizzabile al quale, astrattamente, poteva essere condannata essa compagnia ammontava ad € 750.000,00; in ogni caso dichiarare la concludente [omissis] tenuta al risarcimento dei danni liquidati secondo le emergenze istruttorie, esclusivamente per l'importo eccedente € 250.000,00 di SIR contrattualmente prevista.

Con comparsa depositata in data 17.06 2025 intervenivano nel giudizio [omissis] e [omissis] , germani di [omissis] , il quali riportandosi a quanto dedotto dagli attori, chiedevano al giudice di accertare e dichiarare la fondatezza della domanda come formulata dagli intervenienti e pertanto la responsabilità della convenuta [omissis] e del terzo chiamato in causa dott. [omissis] , ai sensi e per gli effetti degli artt. 1218, 1228, 2043 e 2049 cod. civ., in ordine al decesso di [omissis] [omissis] e ai conseguenti danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dagli intervenienti, iure proprio e iure hereditatis, come sopra precisati e, per l'effetto, condannare la convenuta [omissis] e i terzi chiamati in causa dott. [omissis] e [omissis] , anche in solido tra loro, al risarcimento di tutti i danni, patrimoniali e non patrimoniali, subiti dagli intervenienti, iure proprio e iure hereditatis, che quantificavano per [omissis] , a titolo di danno non patrimoniale da cd.

recisione del vincolo parentale o, in subordine, a titolo di danno da perdita di chance di godere del rapporto parentale, in € 146.028,00; iure hereditatis e pro quota, a titolo di danno non patrimoniale cd. terminale in € 21.801,50; in subordine, a titolo di danno da perdita di chance di sopravvivenza, ovvero, in ulteriore subordine, a titolo di danno da lesione del diritto all'autodeterminazione (in virtù del deficit informativo dovuto alla carenza di consenso informato), nella somma ritenuta di giustizia dal giudice anche in via equitativa; in favore di [omissis] , iure proprio, a titolo di danno patrimoniale, agli importi ritenuti di giustizia; iure proprio, a titolo di danno non patrimoniale da cd. recisione del vincolo parentale o, in subordine, a titolo di danno da perdita di chance di godere del rapporto parentale in € 146.028,00; iure hereditatis e pro quota, a titolo di danno non patrimoniale cd. terminale: € 21.801,50, ovvero il diverso importo ritenuto di giustizia; in subordine, a titolo di danno da perdita di chance di sopravvivenza, ovvero, in ulteriore subordine, a titolo di danno da lesione del diritto all'autodeterminazione (in virtù del deficit informativo dovuto alla carenza di consenso informato), la somma ritenuta di giustizia anche in via equitativa.

Espletata una ctu con il prof. [omissis] , medico legale, e il dott. [omissis] esperto di settore, assunta la prova testimoniale, la causa veniva rimessa in decisione e decisa all'esito delle memorie conclusionali.

La domanda attorea non è fondata e va pertanto rigettata.

Giova premettere che sulla base dei principi che regolano la responsabilità per inadempimento contrattuale, incombe sulla parte attrice provare il nesso di causalità tra le condotte asseritamente imprudenti, negligenti ed imperite dei medici e l'evento dannoso, mentre spetta alla parte convenuta provare che il suo inadempimento è stato determinato da una causa a lui non imputabile (artt. 1218 e 1176 comma 2 c.c.). In ogni caso va tenuto presente che i medici, come è noto, non sono tenuti a raggiungere un risultato necessariamente migliorativo delle condizioni del paziente, essendo nell'alea propria dell'arte medica, che non si raggiungano i risultati propostisi. La loro è un'obbligazione di mezzi e nell'adempimento della stessa devono usare la diligenza professionale che da essi ci si attende in base alle migliori pratiche sanitarie. La professione medica rientra tra quelle di speciale complessità per le quali sia in base alla normativa codicistica, sia per la legge Gelli-Bianco, il medico risponde solo per colpa grave e non anche per le ipotesi di imperizia lieve.

Ciò premesso, ben tre consulenze tecniche collegiali disposte dal PM in fase di indagini preliminari, prodotte in giudizio, che questo giudice condivide e

qui richiama per le motivazioni e le conclusioni, hanno portato all'esclusione di ogni responsabilità dei medici che operarono nell'ambito della [omissis] [omissis] e segnatamente del dott. [omissis] , indagato, unitamente al dott. [omissis] , radiologo della convenuta, in sede penale e per il quale risulta essere stata disposta l'archiviazione dal GIP del Tribunale di Benevento dott. [omissis] con ordinanza n. [omissis] del 24.06.2024, approfondita e rigorosamente motivata. Dalle consulenze del PM, con le quali si sono espressi in modo condiviso ben sei consulenti (riuniti in tre collegi peritali) emerge la correttezza ed adeguatezza delle scelte diagnostico-terapeutiche adottate dai sanitari della clinica convenuta, per i motivi sopra esposti nelle deduzioni difensive della convenuta e delle parti chiamate in causa. L'atto operatorio, secondo i ct del PM, fu condotto con assoluta perizia e rispetto dei canoni di radicalità chirurgica. La stessa valutazione risulta essere stata fatta per i successivi interventi. Risulta, infatti, che la successiva complicanza emorragica rientrava, per consolidata letteratura scientifica, nel novero degli eventi noti, imprevedibili e non prevenibili, non addebitabili ad imperizia nell'emostasi intraoperatoria e di cui il paziente era stato informato in modo scritto (c.d. consenso informato). Necessari furono quindi i successivi interventi, eseguiti anch'essi applicando i protocolli e le metodiche più avanzate per la gestione degli addomi complessi, per cui, applicando il criterio civilistico del "più probabile che non", i ct del PM esclusero il nesso causale diretto tra la condotta dei medici ed il decesso della paziente. I ct del PM attribuirono la morte della paziente unicamente alla Sindrome da Insufficienza Multiorgano (MOF) insorta su base settica a causa dell'estrema fragilità biologica del paziente, gravemente indebolita e compromessa dalla patologia tumorale di base. L'unico addebito attribuito dai ctu incaricati nel presente giudizio, prof. [omissis] e dott. [omissis] [omissis] , al personale sanitario che ebbe in cura il [omissis] risulta essere una asserita "carenza assistenziale" da parte della struttura [omissis] , da correlarsi causalmente ed in maniera diretta con il decesso poi sopravvenuto. Inoltre, riguardo all'operato del dott. [omissis] , i ctu del presente procedimento hanno censurato la diagnostica preoperatoria, ritenuta insufficiente, essendosi basato sulla sola TC (fatta in altra sede) e su ecografia. Una RM avrebbe con alte probabilità o indotto il chirurgo per la contiguità dei vasi mesenterici ed il coinvolgimento dell'area duodeno-digiunale a soprassedere all'intervento chirurgico con consiglio di ricovero presso struttura complessa o comunque consentito un approccio più programmato e sicuro. Tale addebito, unitamente alla mancata corretta

programmazione dell'intervento e al mancato trasferimento tempestivo alla comparsa della complicanza emorragica, che i ctu riconducono ad imprudenza e negligenza, appare però contraddittoria rispetto alla successiva valutazione di correttezza dell'approccio laparotomico adottato del dott. [omissis] [omissis] e alla valutazione che il caso in esame non implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (art. 2236 c.c.). Orbene delle due una: o la patologia, per la contiguità dei vasi mesenterici ed il coinvolgimento dell'area duodeno-digiunale si presentava complessa, tale da dover indurre i medici a soprassedere all'intervento chirurgico con consiglio di ricovero presso struttura complessa, o il caso in esame non implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (art. 2236 cc).
Invero le valutazioni fatte dai ctu del presente giudizio, si scontrano con quanto valutato e scritto sia dai vari ct del PM, sia da quanto esposto dagli stessi ctp degli attori. Invero, questo giudicante, quale peritus peritorum ritiene, invece che: 1) la situazione affrontata dai medici della convenuta fosse una situazione di "speciale difficoltà" tale da giustificare l'applicazione dell'art. 2236 c.c. ("se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave"). Nel caso di specie, la stessa documentazione di parte attrice e la stessa CTU riconoscono che il paziente era affetto da una patologia rara, voluminosa, pluridistrettuale, in strettissimo rapporto con strutture vascolari e pancreatiche. Tutte le consulenze prodotte in atti valutano l'intervento come tecnicamente "delicato e difficoltoso", proprio per i rapporti anatomici della massa con arteria mesenterica superiore, pancreas e tratto duodeno-digiunale, trattandosi di un raro linfangioma cistico pluridistrettuale ad elevatissimo rischio di morbilità insito nel trattamento; 2) l'emorragia post-operatoria, la lesione termica e la pancreatite, elevati dai ctu come espressione di cattiva programmazione e cattiva esecuzione chirurgica, non possono essere considerate malpractice, in quanto complicanze possibili e non prevenibili per la tipologia di intervento eseguita, per cui non generano di per sé, in base ad una valutazione ex post, una responsabilità, se non sia dimostrata la concreta violazione delle leges artis; 3) la presunta rassicurazione della tipologia di intervento come "di routine", che a volte i medici utilizzano per tranquillizzare i parenti del paziente, è contraddetta da quanto scritto nel documento di consenso informato sottoscritto dal [omissis] [omissis] , che, peraltro, liberamente ritenne di non affidarsi ad una struttura pubblica (evidentemente non valutata all'altezza della complessità dell'intervento) scegliendo il dott. [omissis] e la [omissis] ;

4) nelle controversie di responsabilità sanitaria, il nesso causale va accertato secondo il criterio civilistico del "più probabile che non", per cui il giudice deve verificare se la condotta alternativa lecita avrebbe evitato quello specifico evento con probabilità logica prevalente. Rispetto aa quanto concluso dai ctu del presente giudizio, tutti gli altri ausiliari che ebbero ad occuparsi del caso in sede penale, non hanno dato alcuna rilevanza causale alla mancata RM e al trasferimento del paziente, non ritenuto tardivo. Manca, infatti, nella CTU una dimostrazione scientificamente argomentata che l'effettuazione di una RM avrebbe mutato con sufficiente probabilità la strategia operatoria e manca anche una dimostrazione che tale diversa strategia avrebbe evitato la lesione termica, l'emorragia o la pancreatite. Né è dimostrato che il trasferimento anticipato del paziente al [omissis] avrebbe, con probabilità prevalente, impedito l'innesco dello shock settico e il successivo esito mortale, avvenuto peraltro a circa un mese di distanze e di cure da pare dell'ospedale pubblico; 5) l'intervento deciso e operato dal dott. [omissis] risulta essere stato da tutti i ct del PM come "indicato" in ragione della volumetria e della sintomaticità della massa, qualificata come "gold standard" e una RM non avrebbe modificato il timing, l'approccio o l'indicazione chirurgica al punto da evitare il decorso successivo; 6) la mancanza di una terapia intensiva interna non equivale, di per sé, a inidoneità della struttura; peraltro è notorio che la clinica si trova in prossimità con l'Ospedale [omissis] e comunque le terapie intensive "non correggono solo la disfunzione degli organi ma creano il contesto e danno il tempo che gli organi possano recuperare la loro funzione", il che dimostra che il tema va letto in rapporto al tempo clinico e alla dinamica delle complicanze, non in modo astratto. Quindi, il giudizio dei ctu, di "carenza assistenziale", non appare collegato ad alcuna dimostrazione di quando esattamente il trasferimento avrebbe dovuto essere disposto e quale trattamento alternativo immediato sarebbe stato praticabile in altra sede e in che termini tale diversa gestione avrebbe evitato il decesso con probabilità prevalente; 7) tutte le consulenze collegiali espletate nel procedimento penale hanno escluso profili di colpa, definendo l'intervento come scelta "gold standard". Orbene, riguardo a tale ben diverse valutazioni svolte dai precedenti collegi peritali in sede penale, i ctu del presente giudizio nulla hanno detto per confortare le loro ben diverse valutazioni medico legali.

La CTU in atti, pur autorevole, non è idonea quindi a fondare un'affermazione di responsabilità nei termini richiesti dall'ordinamento, perché minimizza la speciale difficoltà del caso, nonostante la rarità della

patologia e l'alta complessità operatoria; trasforma complicanze note e insite nel rischio chirurgico in presunzioni automatiche di colpa; non sviluppa un giudizio controfattuale rigoroso secondo il "più probabile che non"; attribuisce efficacia causale decisiva alla mancata RM senza dimostrare che essa avrebbe cambiato l'esito clinico; formula un addebito organizzativo generico alla struttura senza prova specifica della carenza causale; non si confronta adeguatamente con il materiale tecnico di segno contrario allegato dalla convenuta.

Riguardo alle spese di giudizio, la particolarità della vicenda e le diverse conclusioni dei vari specialisti di parte e di ufficio, inducono a ritenere la sussistenza di giusti motivi per compensare integralmente tra tutte le parti le spese del giudizio, ivi comprese quelle di ctu.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza, difesa, eccezione e conclusione disattesa, così provvede:

1) Rigetta ogni domanda
2) Compensa tra le parti le spese di giudizio.

Così deciso in data 05.11.2026

Il Giudice

Dott. [omissis]