

**PROF. DOTT. AURELIO BONELLI**

*PROFESSORE ASSOCIATO *fr* di MEDICINA LEGALE  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE  
SPECIALISTA IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI*

**11 maggio 2023**

**IL RUOLO E IL PUNTO DI VISTA DEL COLLEGIO PERITALE  
(CTU MEDICO-LEGALE E SPECIALISTA)**

Ringrazio gli organizzatori per l'opportunità che è data alla categoria medica di confrontarsi con culture diverse, dovendo, da medico legale, vuoi come CTU, che, come CTP, rilevare che trascorsi ormai 6 anni dall'introduzione della L. n.24 dell'08.03.2017, a tutt'oggi, esistono discrasie operative le quali possono incidere e non poco sulla funzione e sul valore della consulenza tecnica preventiva, come dimostra questo corso e le analoghe iniziative culturali che negli ultimi tempi si stanno succedendo tra gli addetti, ove una spiegazione del problema è rintracciabile anche in un interessante articolo, di tutta attualità, pubblicato sul n. 4 del 2021 della Rivista Italiana di Medicina Legale dal titolo "*Articolo 8 della legge 8 marzo 2017/Accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c. e tentativo di conciliazione: i compiti del CTU*" in cui si evidenzia come pur a fronte di un dettato di legge propositivo ed innovativo, non essendo normativamente delineati con adeguate specifiche procedurali "*compiti e ruolo del CTU in ambito conciliativo*", viene favorita l'autonomia valutativa individuale, la quale non si accorda con l'oggettività richiesta per dirimere un contenzioso; Nell'articolo si auspica che il Legislatore fornisca ulteriori indicazioni operative valide per rendere omogenea l'attività del CTU e le figure coinvolte nel contraddittorio, sottolineando che una corretta valutazione tecnica può di fatto essere deviata da un non idoneo iter procedurale, con inevitabili ricadute sulle parti in causa.

Che l'accertamento della responsabilità professionale e, conseguentemente, quanto delineato nella legge 24/2017 sia oggettivamente rilevante per i cittadini a tutti i livelli nonchè per il SSN, basti pensare alle segnalate

negative ricadute sul PIL, è una innegabile realtà che necessita di verifiche procedurali al fine di una visione omogenea.

Al riguardo segnalò una recente ricerca realizzata dall'Eurispes in collaborazione con la XIII Sezione del Tribunale di Roma, composta da sedici magistrati che si occupano in via esclusiva di responsabilità professionale, l'Enpam e lo Studio legale Di Maria Pinò, dal titolo *“La legge Gelli-Bianco e l'accertamento tecnico preventivo. Un primo bilancio sull'accertamento della responsabilità sanitaria nel Tribunale di Roma”* ricerca basata sull'analisi di 1380 ATP effettuati da 336 medici legali nell'arco temporale 1° aprile 2017 (data di entrata in vigore della “legge Gelli-Bianco”) 31 dicembre 2021.

Dall'analisi delle 1.380 CTP esaminate emerge che quelle che si sono concluse **positivamente per il paziente sono il 65,3%**, mentre **per la struttura il 31,1%**; nel **29%** delle CTP vi è stata una chiamata in causa dell'assicurazione

Guardando alla tipologia del convenuto: il **40,4%** delle volte risulta trattarsi di una struttura pubblica, il **36,1%** di struttura privata e, nell'**11%** dei casi, di medico persona fisica/assicurazione. Analizzando il dettaglio dei **settori specialistici interessati**, emerge che il settore più spesso coinvolto è l'ortopedia (**16,3%**), seguito dalla chirurgia (**13,2%**) e dalla infettivologia (**11,7%**); nel complesso, dunque, il **41,2%** degli ATP interessa questi tre settori.

Infine, i dati hanno evidenziato come nella realtà indagata sono presenti più **problemi di funzionamento delle strutture mediche e ospedaliere piuttosto che responsabilità dei medici**

Comunque, in ragione della norma che ci vede coinvolti, al fine di una corretta ed adeguata attività di CTP in ambito di responsabilità sanitaria non si può prescindere da quanto statuito

### **all' art 62 del CDM**

L'attività medico-legale, qualunque sia la posizione di garanzia nella quale viene esercitata,..... è subordinata all'effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.....Il medico legale, nei casi di responsabilità medica, si avvale di un collega specialista di comprovata competenza nella disciplina interessata; in analoghe circostanze, il medico clinico si avvale di un medico legale.

### **all'art 15 L. 24/2017**

#### **Nomina dei CTU**

«..... L' Autorità Giudiziaria affida l'espletamento della CT ad un medico specializzato in Medicina Legale e ad uno o più specialisti nella disciplina....»  
« .... e che i CTU ... siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione .....»

Trattasi di riferimenti normativo deontologici fondamentali che evocano il tema della **competenza delle figure professionali** chiamate a svolgere la funzione/l'attività di CTU

Al riguardo, per personale esperienza professionale quale CTU medico legale in realtà regionali diverse dalla Toscana, una qual certa criticità a tutt'oggi è talora rinvenibile, e sottolineo talora, nella formazione del collegio dei CCTTUU scelti tra gli iscritti agli albi presso i Tribunali, criticità inerente le reali capacità culturali metodologiche, anche di tipo mediativo-conciliativo, in primis del medico legale, ma anche dello specialista, i quali dovrebbero realmente comprovare di averne il possesso, tenuto conto , per esempio che, a tutt'oggi *non esiste una specifica formazione nelle scuole di specializzazione in Medicina Legale.*

Peraltro, pur a fronte della carenza normativo-procedurale gli Organi Giudiziari e gli Ordini Professionali si sono attivati.

Per esempio, del tutto recentemente a Palermo, Tribunale, Ordine dei Medici e Ordine degli Avvocati hanno firmato un protocollo di intesa che ridefinisce i requisiti e le modalità di gestione e controllo degli albi dei consulenti tecnici e dei periti

Sul tema non si può non ricordare come, nel comprensorio fiorentino, già dal 2019 esiste un **Protocollo di intesa tra Tribunale di Firenze, Corte di Appello di Firenze, Procura Generale di Firenze, Procura della Repubblica di Firenze, Ordine degli Avvocati di Firenze, Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Ordine delle ostetriche, Ordine degli Psicologi, Ordine delle professioni infermieristiche, Ordine dei biologi, Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, Confprofessioni Toscana avente ad oggetto le regole per iscriversi e permanere nella sezione speciale dell'Albo dei CTU del Tribunale di Firenze relativa ai professionisti interessati dall'art. 15 della Legge 24/2017**

La prova del possesso della Speciale competenza nella materia per la quale si chiede l'iscrizione nella sezione speciale è rigorosa e deve essere fornita in particolare allegando alla domanda:

- a) il curriculum vitae europeo
- b) il curriculum vitae europeo ad uso pubblicazione (privo dei dati personali);
- c) la certificazione del possesso del titolo di mediatore oppure la certificazione di aver seguito un corso di formazione tecnico giuridica, completa del programma del corso seguito (nel quale siano previste almeno dieci ore nella specifica materia della mediazione) dal quale risulti anche la dimostrazione di essere a conoscenza degli strumenti informatici connessi al PCT;
- d) prova del doveroso aggiornamento professionale periodico.

Giustamente nel sottoscritto protocollo si prevede ogni tre anni la revisione della sezione speciale, che avviene secondo due modalità: sistematica ed a campione.

A comprova del rilievo e delle ricadute processuali dell'attività di cui oggi si discute segnalo una recente sentenza del Tribunale di Milano, la n 2132 del 15.03.23 commentata tramite SIMLA WE da cui risulta che “ ***In ipotesi di accertamento della responsabilità medico-chirurgica, attesa l'innegabilità delle conoscenze tecnico specialistiche necessarie non solo alla comprensione dei fatti, ma alla loro stessa rilevabilità, la CTU presenta carattere percipiente, sicché il Giudice può affidare al consulente non solo l'incarico di valutare i fatti accertati, ma anche quello di accertare i fatti medesimi, ponendosi pertanto la consulenza, in relazione a tale aspetto, come fonte oggettiva di prova..***”

Quindi, di tutta evidenza, sempre più la necessità di un doveroso, obbligatorio e continuo aggiornamento di chi è chiamato a svolgere questa delicata funzione, sia il medico legale che lo specialista, ove, per esempio, il riferimento ai 50 crediti ECM annuali ottenuti, cioè l'Educazione Continua in Medicina, strumento che dovrebbe monitorare le competenze individuali, stante anche le reali modalità di acquisizione, forse non è il miglior strumento per **dimostrare preparazione, esperienza e pratica clinica, qualità individuali che, per contro, sono il pabulum della competenza professionale**, in specie dovendo affrontare casi di responsabilità sanitaria, pabulum che, ricordo, deve essere proprio del Collegio dei CTU ma anche dei CTP di parte ricorrente.

Quale ulteriore segnale della doverosa necessità di qualificazione professionale ricordo che la Società Italiana di Medicina Legale, accogliendo i suggerimenti proposti dalla Riforma Cartabia, relativamente alla collaborazione attiva delle Società Scientifiche di riferimento nel processo di iscrizione agli Albi dei Periti e dei CTU la SIMLA sarà “*Certifying Board Society*” offrendo ai propri Soci la possibilità di effettuare un esame

professionalizzante, che attesterà il possesso di una elevata competenza e conoscenza ed il primo **Board Certified** riguarderà proprio l' "**Esperto in valutazione del danno alla persona**" che garantirà la possibilità di rientrare nell'elenco degli esperti accreditati SIMLA e di ottenere il relativo logo di certificazione, spendibile per la richiesta di nuova iscrizione all'Albo dei Periti e dei Consulenti Tecnici d'Ufficio. Quindi l'apporto delle Società Scientifiche nel promuovere attività a fine valutativo medico legale da parte dei migliori specialisti del settore, è un'auspicabile e valida opportunità operativa nell'ambito della CTP e non solo.

Quindi sempre più cogente la necessità di una CTP affidata ed espletata da figure competenti, perchè ogni evento verificatosi in ambiente medico sanitario e percepito come avverso dal cittadino non è automaticamente giustificativo di un risarcimento, da cui necessariamente consegue che la connessa richiesta di risarcimento deve poggiare ed essere sostenuta solo in presenza di **qualificati pareri specialistici e medico legali**, realtà professionale che non può prescindere dalla tumultuosa evoluzione delle conoscenze scientifico cliniche

## **CULTURA PROFESSIONALE E COMPLESSITA' IN CTP**

### *RITARDO DIAGNOSTICO DI UN TUMORE MAMMARIO*

Le recenti vicissitudini in tema di tutela della salute dovute alla pandemia da COVID-19 hanno favorito e sensibilizzato ricercatori e scienziati, a livello mondiale, a valutare la perdita di chance in termini di sopravvivenza di pazienti che hanno dovuto ritardare lo screening mammografico oppure la diagnostica senologica o, addirittura, la chirurgia del tumore o ridurre gli schemi chemioterapici, configurandosi scenari di ritardo assistenziale che ben possono essere mutuati in ambito di responsabilità professionale oncologica che frequentemente è affrontata in ambito di CTP

All'inizio della pandemia, cioè a partire dal 2020, si è registrata - per esempio negli Stati Uniti e in Europa - una riduzione nella diagnostica

senologica di screening fino all'80% dei casi; inoltre, si è manifestato un ritardo dell'applicazione dei protocolli chirurgici, clinici e terapeutici.

L'impatto di questa interruzione/ritardo diagnostico senologico sulla mortalità a lungo termine è stato oggetto di diversi studi e pubblicazioni.

In particolare sono stati utilizzati 3 modelli indipendenti prognostici di simulazione del National Cancer Institute's - Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET): model D (Dana-Farber Cancer Institute), model G-E (Georgetown University-Albert Einstein College of Medicine), and model W-H (University of Wisconsin-Madison and Harvard Medical School) In tutti e tre i modelli si presumeva, naturalmente, che un ritardo diagnostico di 6 mesi, oppure la perdita dello screening annuale (12 mesi), potesse far migrare in peggioramento il tumore.

Dall'effettuata analisi matematica dei dati di proiezione statistica fino al 2030, includendo come variabili il ritardo di screening, la mancata o ritardata diagnosi entro i 12 mesi o la riduzione dei dosaggi di chemioterapia, è emerso che l'incremento di mortalità per tumore al seno dovuto al ritardo diagnostico di 6-12 mesi si attesta, nello specifico, intorno all'1% o di poco superiore, risultando come il numero di morti attese nella decade 2020-2030, per tumore mammario negli Stati Uniti, risulta incrementato solo in maniera modesta, anche combinando ritardo diagnostico o perdita dello screening annuale, rispetto alla mortalità attesa se non si fosse manifestata la pandemia

I risultati internazionali, ad oggi, hanno dimostrato che la prognosi di recidiva e/o di sopravvivenza è determinata primariamente dalle iniziali caratteristiche intrinseche biologiche tumorali del tumore mammario al suo esordio (Luminali versus Non-Luminali e, poi, diversificazione tra Luminale A e B) derivandone -in base al razionale oncologico, - che i cancri più aggressivi dall'esordio si manifestano in maniera tumultuosa nella vita reale anche entro i 12 mesi che intercorrono tra la cadenza delle

mammografie annuali. Questa loro biologia ne determina la sottostante mortalità e la ridotta responsività ai trattamenti successivi oncologici.

Trattasi di oggettiva realtà clinico-scientifica che non può non essere considerata in corso di CTP ma in specie nella CT che la introduce, anche se, chiaramente, ogni caso deve essere affrontato nella sua specifica singolarità

**Sempre in riferimento alla complessità della CTP** e stante la ricorrente casistica vorrei disquisire sulla recente<sup>18</sup> sentenza 6386/2023 del 3 marzo 2023, ove la Corte di Cassazione, Sezione III (Presidente Travaglino, Relatore Rubino) torna ad occuparsi dell'infezioni ospedaliere ribadendo la posizione di rapporto contrattuale tra paziente e struttura con tutti gli oneri probatori che ne derivano a seconda del tipo di ricorrenti.

Nella sentenza si ricorda come devono essere rispettati il **criterio temporale** (*“il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale “*) il **criterio topografico** (*“insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. “probabilità prevalente “*) e, infine, il **criterio clinico** ovvero ***quali tra le necessarie misure di prevenzione era necessario adottare***

i Supremi Giudici elencano **ben 13 oneri probatori** gravanti sulla struttura sanitaria per attestare che le misure di prevenzione siano state rispettate:

- a) L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
- b) L'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
- c) L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami
- d) Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;



- e) Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
- f) La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;
- g) L'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica;
- h) L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;
- i) Le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali;
- j) L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;
- k) La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;
- l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti a comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;
- m) L'indicazione dell'orario dell'effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

**Inoltre, la Cassazione indica anche gli oneri soggettivi nell'ambito della prevenzione**, i quali attesterebbero, di conseguenza, in loro mancanza, prospettazioni di elementi colposi anche in tema di responsabilità contabile

**Il dirigente apicale** avrà l'obbligo di indicare le regole cautelari da adottarsi ed il potere-dovere di sorveglianza e di verifica (riunioni periodiche/visite periodiche), al pari del CIO;

- **il direttore sanitario** quello di attuarle, di organizzare gli aspetti igienico e tecnico-sanitari, di vigilare sulle indicazioni fornite (art. 5 del DPR 128/1069: obbligo di predisposizione di protocolli di sterilizzazione e sanificazione ambientale, gestione delle cartelle cliniche, vigilanza sui consensi informati);

- **il dirigente di struttura (l'ex primario)**, esecutore finale dei protocolli e delle linee guida, dovrà collaborare con gli specialisti microbiologo, infettivologo, epidemiologo, igienista, ed è responsabile per omessa assunzione di informazioni precise sulle iniziative di altri medici, o per omessa denuncia delle eventuali carenze ai responsabili..

La Suprema Corte elenca poi quali siano i compiti del “medico legale” chiamato a decidere sia sul riconoscimento dell'infezione ospedaliera, sia sulla relazione causale tra le lesioni e le conseguenti menomazioni riportate dal paziente o sulla morte dello stesso.

**E qui lasciamo parlare direttamente la sentenza ove tra l'altro si indica che**

*Questi indagherà sulla causalità tanto generale quanto specifica, da un lato escludendo, se del caso, la sufficienza delle indicazioni di carattere generale in ordine alla prevenzione del rischio clinico, dall'altro evitando di applicare meccanicamente il criterio del post hoc – propter hoc, esaminando la storia clinica del paziente, la natura e la qualità dei protocolli, le caratteristiche del micro organismo e la mappatura della flora microbica presente all'interno dei singoli reparti: **al CTU andrebbe, pertanto, rivolto un quesito composito, specificamente indirizzato all'accertamento della relazione eziologica tra l'infezione e la degenza ospedaliera in relazione a situazioni***

- a) di mancanza o insufficienza di direttive generali in materia di prevenzione (responsabilità dei due direttori apicali e del CIO);
- b) di mancato rispetto di direttive adeguate e adeguatamente diffuse (responsabilità del primario e dei sanitari di reparto), di omessa informazione della possibile inadeguatezza della struttura per l'indisponibilità di strumenti essenziali (Cass. 6138/2000; Cass. 14638/2004), e di ricovero non sorretto da alcuna esigenza di

diagnosi e cura ed associato ad un trattamento non appropriato (C. app. Milano 369/2006).

**DUE PAROLE DI COMMENTO PERCHE' LA SENTENZA DELINEA UNO SCENARIO A DIR POCO COMPLESSO** tracciando un solco con le precedenti decisioni della Suprema Corte sul tema delle infezioni ospedaliere, in quanto entra direttamente a delineare quali sono gli oneri probatori indicandoli in modo preciso sulla base di vere e proprie direttive tecniche che imporranno, inevitabilmente, agli operatori di settore dei comportamenti in termini di produzione e valutazione della documentazione atta a sorreggere le loro ragioni.

Trattasi di cambiamento di paradigma che impatta certamente sull'operatività di tutta la filiera del contenzioso giudiziario.

Ad esempio, per dedurre che l'infezione sia correlata all'assistenza (se si volesse dar conto ad una procedura corretta non solo sotto il profilo tecnico delineato dalla sentenza ma anche etico nel senso di non produrre un contenzioso inutile) il soggetto presunto infettato dovrebbe richiedere all'ente ospedaliero ove il supposto fatto infettivo si sarebbe verificato, la produzione della documentazione atta a vagliare gli eventuali addebiti.

Se questa fosse prodotta dovrebbe esaminarla con un team di esperti in cui la competenza medico-legale sfuma a meno di preparazione assolutamente specifica (certamente allo stato difficilmente erogata presso una scuola di specialità) e forse più a carattere specialistico di tipo igienistico o infettivologico.

Oppure altro scenario, se parte ricorrente (cioè paziente, medico legale, avvocato) non effettuano la suddetta disamina e decide di ricorrere al 696 bis aprendo ugualmente un contenzioso, la struttura chiamata sarà costretta a produrre quella documentazione che, peraltro, certificherebbe eventualmente di aver agito sotto il profilo di una prevenzione di carattere generale, ma non certo di quella singola condizione infettiva verificatasi ove, magari, non si erano rispettate/documentate le più elementari norme

di comportamento di tipo preventivo,( operatori malati, lavarsi adeguatamente le mani).

Tant'è che **come medico legale ritengo di poter affermare che** le citate disposizioni incentrandosi su un concetto generale di prevenzione delle infezioni ospedaliere non avrebbero nulla a che vedere con il singolo e specifico caso. Ovvero se la sorveglianza sui dati microbiologici di una sala operatoria sono stati eseguiti due mesi prima dell'evento critico, questi non avrebbero alcun valore rispetto al manifestarsi di una forma settica in quel singolo paziente operato due mesi dopo.

Non affermo affatto che ragionando in simil guisa, allora, come in realtà oggi talora accade, si va incontro all'ammissione di una semplice responsabilità oggettiva dell'ente.

Comunque, per ulteriormente sottolineare la complessità della CTP in caso d'infezioni ospedaliere ricordo come abbastanza recentemente

Sono state pubblicate (2019), anche sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida, le "Linee guida sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" elaborate dalla **WHO (World Health Organization)** e tradotte dalla **IPASVI** di Torino.

In questo corposo e importante documento a pag. 40 si legge che secondo l'Associazione statunitense dei professionisti addetti al controllo e all'epidemiologia delle infezioni, non esiste "il metodo" o il "metodo giusto" per progettare o attuare la sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico.

In ogni caso, l'Associazione ha identificato dei requisiti minimi per garantirne la qualità: Un piano scritto che indica obiettivi, oggetti ed elementi del processo di sorveglianza.

- Rigore costante dell'intensità della sorveglianza.
- Coerenza negli elementi della sorveglianza (ad esempio, definizioni, metodi di calcolo).
- Risorse umane adeguate (professionisti formati in epidemiologia).

- Servizi informatici, supporto informatico.
- Metodi di valutazione.

Quello che si vuol dire è che per la “scienza medica” – sto generalizzando – non esiste un metodo certo.

Ma adesso ce lo fornisce la Cassazione quindi ce lo abbiamo? perché ce lo dà la Cassazione?

Naturalmente quanto ho fin qui esposto ha carattere provocatorio ma è certo che l'eventuale valutazione dei protocolli richiesti non potrà passare al vaglio del solo specialista in medicina legale, per lo meno di uno che ha la mia formazione, il quale sarà costretto, nell'ambito di queste consulenze, ad associarsi con altri specialisti forse non solo di tipo infettivologico (microbiologi, igienisti, esperti di *risk management*). Da cui consegue che quanto suggerito dalla Cassazione impone una responsabilità ed una operatività di enorme complessità sia per le parti pubbliche – sia per i ricorrenti che dovrebbero mettere in opera modelli operativi, certamente assai costosi, per adeguarsi alle richieste e alla contrapposizione in merito a questo tipo di oneri probatori

Probabilmente, per quanto riguarda le infezioni ospedaliere, il passaggio ad un sistema indennitario sul modello francese, incardinato da norme estremamente rigide e controllate di prevenzione, sarebbe un passaggio corretto. Ma occorrerebbero fondi, che purtroppo stante i perduranti tagli al Sistema Salute non sono facilmente reperibili a meno di richiederli, ancora una volta, direttamente ai cittadini della Repubblica.

**Quanto ho fin qui illustrato o forse tediato** richiama un altro rilevante aspetto quello della documentazione acquisibile in corso di CTP.

A mio modesto avviso, quale medico legale, non certo in possesso di cultura giuridica, non rilevando rigide preclusioni processuali ex art. 8 L.24/2017, ritengo si possa procedere con una elasticità necessariamente superiore rispetto a quella prevista per la CTU in un giudizio di merito

A conforto di questa impostazione ricordo un articolo del 16 Giugno 2022 pubblicato su IUS di Giuffrè dal titolo “La CTU medico legale e la recente giurisprudenza delle Sezioni Unite: nuova luce o nuove ombre?” di Mastroroberto e Pizzorno ove secondo gli Autori la complessità delle questioni tecniche da affrontare, dovrebbe consentire al consulente del giudice una più ampia libertà di indagine, in quanto le SS UU sembrano propendere per la giustizia sostanziale per garantire, attraverso una pronuncia sul merito della contesa, l'interesse delle parti al conseguimento di una decisione per quanto più è possibile giusta e ciò deve ritenersi ancora più appropriato per la CTP stante la precipua finalità conciliativa di cui all'art. 8 della L. Gelli.

Sul tema vi riporto quanto affermato dal Consigliere di Cassazione Marco Rossetti al convegno del 25 febbraio 2023 della STML, il quale in riferimento all'argomento ed alla sentenza delle sezioni unite n 3086 del 2022 ha affermato

sezioni unite. sentenza n. 3086 del 2022 io consulente mi posso prendere tutti i documenti che voglio, anche quando sono già maturate le preclusioni, con una sola eccezione: non mi posso prendere di mia iniziativa o da una delle parti i documenti dimostrativi ancora una volta del fatto costitutivo della pretesa, del fatto primario, cioè quel fatto provato per il quale la domanda è accolta

In ultimo una breve riflessione sulla **difficoltà e sulla complessità dell'attività conciliativa**, stante anche le varie componenti risarcitorie che talora sono richieste e che, nella prassi, è di norma demandata al medico legale, attività che presuppone un approccio delle parti e dei rispettivi legali serio, ragionevole e veramente compositivo affinché un accordo

preventivo sia e possa diventare sempre più importante per l'originario obiettivo deflattivo perseguito dal legislatore e per venire incontro in tempi veloci alle esigenze di giustizia dei cittadini.

Inoltre, per sfruttare al meglio questo valido strumento ritengo che in certe fattispecie, non sia incongruo, anzi sia auspicabile, anche per superare posizioni talora solo formalmente divergenti, un recupero attivo della figura del Giudice.

Infatti, il Giudice può decidere di non rimanere silente dopo il conferimento dell'incarico e di affiancare il collegio peritale per il tentativo di conciliazione, magari fissando un'udienza in corso di operazioni peritali (cfr. come accennato in un lavoro della dott. Stefania Tassone sull'esperienza della IV sez. civile Tribunale di Torino edito da IUS Giuffrè a febbraio 2019).

Talora in ragione delle possibili valutazioni giuridiche da compiere nel corso del tentativo di conciliazione, può ben essere lo stesso Collegio a sollecitare l'intervento del Giudice con apposita istanza, preferibilmente all'esito del primo incontro con le parti e dopo aver visitato il danneggiato.

Utilizzando un termine oggi di moda i **giudici più proattivi**, (a Firenze ne abbiamo qualche illustre figura, oggi presente) i quali tentano di dare impulso e velocità alle procedure giudiziarie previste, fissano un'udienza successiva al deposito della relazione finale, **integrando l'attività istruttoria se utile e/o formulando proposte conciliative a norma dell'art.185bis cpc.**

#### A CONFORTO CITO SEMPRE ROSSETTI

*È pur vero che il giudice più proattivo (in particolare con la proposta conciliativa a norma dell'art. 185bis cpc) si muove completamente al di fuori di quanto previsto dall'art.696bis cpc.: lo può fare? Qui la legge tace ma io in questo caso non credo che questa sia un'attività illegittima, quello sempre giudice è, e l'ATP sempre processo resta, dunque teoricamente anche un*

*processo cautelare che non si conclude con il giudizio, come l'ATP, è comunque una diatriba nel contraddittorio fra le parti: se dunque ci sono due parti contrapposte e c'è un giudice, io credo che nessuna regola del codice civile e del codice di procedura civile, impedisca al giudice di tentare la conciliazione delle parti.*