

Civile Sent. Sez. 3 Num. 32124 Anno 2019

Presidente: TRAVAGLINO GIACOMO

Relatore: SCARANO LUIGI ALESSANDRO

Data pubblicazione: 10/12/2019

SENTENZA

sul ricorso 3078-2016 proposto da:

- *ricorrenti* -

contro

2019

1495

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

di modulo
dattiloscritto
con aggiunte
a penna
preceduta da
una serie di
incontri con
il chirurgo
con disamina
delle
condizioni
della
paziente,
della
necessità di
procedere
all'intervento,
dei rischi e
delle
possibili
conseguenze,
anche
infettive -

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

- **controricorrente** -

Rep.

nonchè contro

Ud. 02/07/2019

PU

- **intimato** -

avverso la sentenza n. 4223/2015 della CORTE
D'APPELLO di MILANO, depositata il 05/11/2015;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica
udienza del 02/07/2019 dal Consigliere Dott. LUIGI
ALESSANDRO SCARANO;

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore
Generale Dott. ALESSANDRO PEPE che ha concluso per il
rigetto di tutti i motivi di ricorso;

udito l'Avvocato I

udito l'Avvocato

udito l'Avvocato I

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con sentenza del 5/11/2015 la Corte d'Appello di Milano, respinto quello in via principale interposto dai sigg.ri | , in accoglimento del gravame in via incidentale proposto dall'Azienda Ospedaliero Universitaria e dal sig. e in conseguente riforma della pronunzia Trib. Milano 27/6/2013, ha rigettato la domanda dai primi nei confronti di questi ultimi proposta di risarcimento dei danni rispettivamente lamentati -in proprio e nella qualità- in conseguenza del decesso della congiunta sig. all'esito dell'operazione (effettuata dopo un intervento di trapianto del rene subito nell'agosto del 2004) di rimozione di <<una voluminosa ernia discale calcificata dorsale>> effettuata il 9/12/2004 dal i, seguita -<<a causa dell'insorgere di una sintomatologia dolorosa e per l'aggravarsi del deficit agli arti inferiori>>- da altro intervento dalla medesima subito il 19/1/2005 (in occasione del quale veniva <<riscontrata una infezione da aspergillo>>), e quindi da altre due operazioni d'urgenza, quella del 22/2/2005 (all'esito del quale si registrava un peggioramento dei sintomi e la comparsa di paraplegia) e quella del 19/3/2005; da un <<lunghissimo ricovero dal 24 maggio 2005 al 12 gennaio 2006>>; da un ulteriore intervento <<mirante a stabilizzare la patologia>> del 25/9/2006.

Ha rigettato altresì la domanda del terzo intervenuto Inps di restituzione delle somme erogate alla a titolo di pensione di inabilità, previo accertamento della responsabilità degli originari convenuti.

Avverso la suindicata pronunzia della corte di merito i -in proprio e nella qualità- propongono ora ricorso per cassazione affidato a 6 motivi, illustrati da memoria.

Resistono con separati controricorsi l'Azienda Ospedaliero Universitaria

Con conclusioni scritte del 6/4/2018 il P.G. presso questa Corte ha chiesto il rigetto del ricorso.

Già chiamata all'udienza del 9/5/2018 è stata disposta l'integrazione del contraddittorio nei confronti dell'Inps, intervenuto nel 1° grado di giudizio, che ha preso parte anche al giudizio di gravame.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con il 1° motivo i ricorrenti denunciano violazione degli artt. 1176, 1218, 1228 c.c., 115, 116 c.p.c., in relazione all'art. 360, 1° co. n. 3, c.p.c.

Si dolgono che la corte di merito abbia erroneamente rigettato la domanda, pur in difetto di <<prova dell'esistenza d'un evento impreveduto ed imprevedibile>> fornita da parte degli originari convenuti Azienda Ospedaliero Universitaria e

Con il 2°, il 3°, il 4° motivo denunciano <<omesso esame>> di fatti decisivi della controversia, in relazione all'art. 360, 1° co. n. 5, c.p.c.

Si dolgono che la corte di merito abbia, con <<motivazione apparente, perplessa e assolutamente illogica>>, accolto le conclusioni della espletata CTU in merito: alla asserita <<non imprudente scelta del *timing*>> dell'intervento operatorio; all'asserita adeguatezza del <<trattamento farmacologico dell'infezione>>; all'asserita attuazione di <<adeguate misure di prevenzione>>.

Con il 5° motivo denunciano <<omesso esame>> di fatto decisivo della controversia, in relazione all'art. 360, 1° co. n. 5, c.p.c.

Si dolgono che la corte di merito abbia omesso l'esame delle dedotte <<patologie preesistenti>>, ritenendo <<-errando- che il rigetto degli argomenti precedenti avesse portata preclusiva al suo esame>>.

Con il 6° motivo denunciano <<omesso esame>> di fatto decisivo della controversia, in relazione all'art. 360, 1° co. n. 5, c.p.c.

Si dolgono che la corte di merito abbia erroneamente ritenuto essere stato dalla defunta prestato il consenso informato all'operazione, inammissibilmente desumendolo per implicito o per *facta concludentia* in base al modulo nel caso firmato e in ragione della circostanza che il <<dott. cognato di e primario di radiologia presso lo stesso ospedale>>, ha assistito all'intervento.

I motivi, che possono congiuntamente esaminarsi in quanto connessi, sono in parte inammissibili e in parte infondati.

Va anzitutto osservato che essi risultano formulati in violazione del requisito a pena di inammissibilità richiesto all'art. 366, 1° co. n. 6, c.p.c., nel caso non osservato laddove viene operato il riferimento ad atti e documenti del giudizio di merito [in particolare, all'atto di citazione in 1° grado, all'atto d'intervento dell'Inps, alla sentenza del giudice di prime cure, alla CTU espletata nel 1° grado di giudizio, alla <<relazione di perizia sollecitata *ante causam* dai convenuti e dagli stessi prodotta come doc. 3>>, alla <<letteratura>>, alla <<memoria di osservazioni alla c.t.u.>>, all'<<istruttoria della causa>>, alle <<riunioni tra ed presente il cognato di questa>>] limitandosi a meramente richiamarli, senza invero debitamente -per la parte d'interesse in questa sede- riprodurli nel ricorso ovvero, laddove riprodotti (es., parti della CTU espletata nel 1° grado di giudizio e della <<relazione di perizia sollecitata *ante causam* dai convenuti e dagli stessi prodotta come doc. 3>>), senza fornire puntuali indicazioni necessarie ai fini della relativa individuazione con riferimento alla sequenza dello svolgimento del processo inerente alla documentazione, come pervenuta presso la Corte Suprema di Cassazione, al fine di renderne possibile l'esame (v., da ultimo, Cass., 16/3/2012, n. 4220), con precisazione (anche) dell'esatta collocazione nel fascicolo d'ufficio o in quello di parte, e se essi siano stati rispettivamente acquisiti o prodotti (anche) in sede di giudizio di legittimità (v. Cass., 23/3/2010, n. 6937; Cass., 12/6/2008, n. 15808; Cass., 25/5/2007, n. 12239, e, da ultimo, Cass., 6/11/2012, n. 19157), la mancanza anche di una sola di tali indicazioni rendendo il ricorso inammissibile (cfr. Cass., Sez. Un., 19/4/2016, n. 7701).

Non sono infatti sufficienti affermazioni -come nel caso- apodittiche, non seguite da alcuna dimostrazione.

E' al riguardo appena il caso di osservare che i requisiti di formazione del ricorso per cassazione ex art. 366 c.p.c. vanno indefettibilmente osservati, a pena di inammissibilità del medesimo.

Essi rilevano ai fini della giuridica esistenza e conseguente ammissibilità del ricorso, assumendo pregiudiziale e prodromica rilevanza ai fini del vaglio della relativa fondatezza nel merito, che in loro difetto rimane invero al giudice imprescindibilmente precluso (cfr. Cass., 6/7/2015, n. 13827; Cass., 18/3/2015, n. 5424; Cass., 12/11/2014, n. 24135; Cass., 18/10/2014, n. 21519; Cass., 30/9/2014, n. 20594; Cass., 5 19/6/2014, n. 13984; Cass., 20/1/2014, n. 987; Cass., 28/5/2013, n. 13190; Cass., 20/3/2013, n. 6990; Cass., 20/7/2012, n. 12664; Cass., 23/7/2009, n. 17253; Cass., 19/4/2006, n. 9076; Cass., 23/1/2006, n. 1221).

A tale stregua, l'accertamento in fatto e la decisione dalla corte di merito adottata e nell'impugnata decisione rimangono invero dagli odierni ricorrenti non idoneamente censurati.

Va per altro verso posto in rilievo, con particolare riferimento al 2° motivo, come al di là della formale intestazione dei motivi i ricorrenti deducano in realtà doglianze (anche) di vizio di motivazione al di là dei limiti consentiti dalla vigente formulazione dell'art. 360, 1° co. n. 5, c.p.c. (v. Cass., Sez. Un., 7/4/2014, n. 8053), nel caso *ratione temporis* applicabile, sostanziantesi nel mero omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio che sia stato oggetto di discussione tra le parti, dovendo riguardare un fatto inteso nella sua accezione storico-fenomenica, e non anche come nella specie la perplessità e l'illogicità o <<le affermazioni che risultano di difficile comprensione e involute>> della motivazione (v. pagg. 18, 21, 23, 24 del ricorso) ovvero l'omesso e *a fortiori* l'erronea valutazione di determinate emergenze probatorie (cfr. Cass., Sez. Un., 7/4/2014, n. 8053, e, conformemente, Cass., 29/9/2016, n. 19312).

Quanto al merito, va ribadito che l'acquisizione da parte del medico del consenso informato costituisce prestazione altra e diversa da quella dell'intervento medico richiestogli, assumendo autonoma rilevanza ai fini dell'eventuale responsabilità risarcitoria in caso di mancata prestazione da parte del paziente (v. Cass., 13/2/2015, n. 2854. Cfr. altresì Cass., 16/05/2013, n. 11950, che ha ritenuto preclusa ex art. 345 c.p.c. la proposizione nel giudizio di appello, per la prima volta, della domanda

risarcitoria diretta a far valere la colpa professionale del medico nell'esecuzione di un intervento, in quanto costituente domanda nuova rispetto a quella proposta in primo grado- basata sulla mancata prestazione del consenso informato, differente essendo il rispettivo fondamento).

Trattasi di due distinti diritti.

Il consenso informato attiene al diritto fondamentale della persona all'espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico (cfr. Corte Cost., 23/12/2008, n. 438), e quindi alla libera e consapevole autodeterminazione del paziente (v. Cass., 6/6/2014, n. 12830), atteso che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (anche quest'ultima non potendo peraltro in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana: art. 32, 2 °co., Cost.).

Il trattamento medico terapeutico ha viceversa riguardo alla tutela del (diverso) diritto fondamentale alla salute (art. 32, co., Cost.) (v. Cass., 6/6/2014, n. 12830).

L'autonoma rilevanza della condotta di adempimento della dovuta prestazione medica ne impone pertanto l'autonoma valutazione rispetto alla vicenda dell'acquisizione del consenso informato (cfr. Cass., 27/11/2015, n. 24220), dovendo al riguardo invero accertarsi se le conseguenze dannose successivamente verificatesi siano, avuto riguardo al criterio del più probabile che non (cfr. Cass., 26/7/2012, n. 13214; Cass., 27/4/2010, n. 10060), da considerarsi ad essa causalmente astrette.

Con l'ulteriore avvertenza che, trattandosi di condotta attiva, e non già passiva, non vi è nella specie luogo a giudizio controfattuale (cfr. Cass., 6/6/2014, n. 12830).

In mancanza di consenso informato l'intervento del medico è (al di fuori dei casi di trattamento sanitario per legge è obbligatorio o in cui ricorra uno stato di necessità) sicuramente illecito, anche quando sia nell'interesse del paziente (v. Cass., 8/10/2008, n. 24791), l'obbligo del consenso informato costituendo legittimazione e fondamento del trattamento sanitario (v. Cass., 16/10/2007, n. 21748).

Trattasi di obbligo che attiene all'informazione circa le prevedibili conseguenze del trattamento cui il paziente viene sottoposto, al fine di porlo in condizione di consapevolmente consentirvi.

A tale stregua, l'informazione deve in particolare attenersi al possibile verificarsi, in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso (cfr. Cass., 13/4/2007, n. 8826; Cass., 30/7/2004, n. 14638), dei rischi di un esito negativo dell'intervento (v. Cass., 12/7/1999, n. 7345) e di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente (v. Cass., 14/3/2006, n. 5444), ma anche di un possibile esito di mera "inalterazione" delle medesime (e cioè del mancato miglioramento costituente oggetto della prestazione cui il medico-specialista è tenuto, e che il paziente può legittimamente attendersi quale normale esito della diligente esecuzione della convenuta prestazione professionale), e pertanto della relativa sostanziale inutilità, con tutte le conseguenze di carattere fisico e psicologico (spese, sofferenze patite, conseguenze psicologiche dovute alla persistenza della patologia e alla prospettiva di subire una nuova operazione, ecc.) che ne derivano per il paziente (cfr. Cass., 13/4/2007, n. 8826).

La struttura e il medico hanno dunque il dovere di informare il paziente in ordine alla natura dell'intervento, a suoi rischi, alla portata dei possibili e probabili risultati conseguibili nonché delle implicazioni verificabili, esprimendosi in termini adatti al livello culturale del paziente interlocutore, adottando un linguaggio a lui comprensibile, secondo il relativo stato soggettivo ed il grado delle conoscenze specifiche di cui dispone (v. Cass., 19/0/2019, n. 23328; Cass., 4/2/2016, n. 2177; Cass., 13/2/2015, n. 2854).

Al riguardo questa Corte ha avuto modo di precisare che il consenso informato va acquisito anche qualora la probabilità di verificazione dell'evento sia così scarsa da essere prossima al fortuito o, al contrario, sia così alta da renderne certo il suo accadimento, poiché la valutazione dei rischi appartiene al solo titolare del diritto esposto e il professionista o la struttura sanitaria non possono omettere di fornirgli tutte le dovute informazioni (v. Cass., 19/9/2014, n. 19731).

Ai sensi dell'art. 32, 2 °co., Cost. (in base al quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge), dell'art. 13 Cost. (che garantisce l'inviolabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica) e dell'art. 33 L. n. 833 del 1978 (che esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità ex art. 54 c.p.), tale obbligo è a carico della struttura e del sanitario (da ultimo v. Cass., 23/10/2018, n. 26728), il quale, una volta richiesto dal paziente dell'esecuzione di un determinato trattamento, decide in piena autonomia secondo la *lex artis* di accogliere la richiesta e di darvi corso.

Il consenso libero e informato, che è volto a garantire la libertà di autodeterminazione terapeutica dell'individuo (v. Corte Cost., 23/12/2008, n. 438, e, da ultimo, Cass., Sez. un., 11/11/2019, n., 28985, ove si pone in rilievo che l'obbligo informativo è ora legislativamente previsto agli artt. 1, commi 3-6, 3, commi 1-5, e 5 L. n. 219 del 2019, recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"), e costituisce un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi consentendogli di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico (cfr., da ultimo, Cass., 19/7/2018, n. 19199; Cass., 28/06/2018, n. 17022) o anche di rifiutare (in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale) la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla (v. Cass., 16/10/2007, n. 21748), salvo che ricorra uno stato di necessità, non può mai essere presunto o tacito ma deve essere sempre espressamente fornito, dopo avere ricevuto un'adeguata informazione, anch'essa esplicita, laddove presuntiva può essere invece la prova che un consenso informato sia stato dato effettivamente ed in modo esplicito, ed il relativo onere ricade sulla struttura e sul medico (v. Cass., 27/11/2012, n. 20984; Cass., 11/12/2013, n. 27751, e, da ultimo, Cass., Sez. un., 11/11/2019, n., 28985).

A tale stregua, a fronte dell'allegazione di inadempimento da parte del paziente è onere della struttura e del medico provare l'adempimento

dell'obbligazione di fornirgli un'informazione completa ed effettiva sul trattamento sanitario e sulle sue conseguenze (v. Cass., 9/2/2010, n. 2847), senza che sia dato presumere il rilascio del consenso informato sulla base delle qualità personali del paziente, potendo esse incidere unicamente sulle modalità dell'informazione, la quale deve –va ribadito- sostanziarsi in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone (v. Cass., 20/8/2013, n. 19920).

Deve al riguardo ulteriormente porsi in rilievo come la struttura e il medico vengano in effetti meno all'obbligo di fornire un valido ed esaustivo consenso informato al paziente non solo quando omettono del tutto di riferirgli della natura della cura prospettata, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando acquisiscano con *modalità improprie* il consenso dal paziente (v. Cass., 21/4/2016, n. 8035).

Si è da questa Corte ritenuto ad esempio inidoneo un consenso ottenuto mediante la sottoposizione alla sottoscrizione del paziente di un modulo del tutto generico (v., da ultimo, Cass., 19/9/2019, n. 23328; Cass., 4/2/2016, n. 2177), non essendo a tale stregua possibile desumere con certezza che il medesimo abbia ricevuto le informazioni del caso in modo esaustivo (v. Cass., 8/10/2008, n. 24791) ovvero oralmente (v. Cass., 29/9/2015, n. 19212, ove si è negato che -in relazione ad un intervento chirurgico effettuato sulla gamba destra di un paziente, privo di conoscenza della lingua italiana e sotto narcosi- potesse considerarsi valida modalità di acquisizione del consenso informato all'esecuzione di un intervento anche sulla gamba sinistra, l'assenso prestato dall'interessato verbalmente nel corso del trattamento).

Con riferimento al consenso prestato anche solo oralmente questa Corte ha peraltro avuto più volte modo di precisare che la relativa idoneità non è in termini assoluti esclusa, dovendo invero valutarsi le modalità concrete del caso.

In presenza di riscontrata (sulla base di documentazione, testimonianze, circostanze di fatto) prassi consistita in (plurimi) precedenti incontri tra medico e paziente con (ripetuti) colloqui in ordine alla patologia, all'intervento da effettuarsi e alle possibili complicazioni si è invero ritenuto idoneamente assolto dal medico e/o dalla struttura l'obbligo di informazione e dal paziente corrispondentemente prestato un pieno e valido consenso informato al riguardo, pur se solo oralmente formulato (cfr. Cass., 31/3/2015, n. 6439. Cfr. altresì Cass., 30/4/2018, n. 10325).

Orbene, dei suindicati principi il Collegio ritiene che la corte di merito abbia nell'impugnata sentenza fatto invero piena e corretta applicazione.

Ha dato anzitutto atto che gli odierni controricorrenti hanno sin dal primo grado di giudizio di merito dedotto che <<un mese e mezzo prima dell'operazione il convenuto prof. si era recato presso lo studio del prof. ("anch'esso dipendente dello stesso ente ospedaliero in qualità di primario del reparto di radiagnostica e cognato della signora ") ove, alla presenza dell'attrice, era stato informato della storia clinica della paziente e dell'obiettività clinica e gli era stata mostrata la documentazione neuroradiologica; sempre nello studio del prof. vi era stato un secondo incontro pochi giorni prima dell'intervento e poi il giorno stesso dell'operazione; durante i primi due incontri, il convenuto medico, alla presenza dei coniugi attori, aveva valutato col prof. le patologie dell'attrice, la necessità di procedere all'intervento, i rischi connessi all'intervento, le sue eventuali complicanze e le possibili infezioni; il prof. era stato anche presente all'intervento chirurgico del 9 dicembre 2004>>.

Ha posto in rilievo come in grado di appello l'Azienda Ospedaliera in particolare abbia nuovamente allegato esservi stati <<plurimi colloqui e visite che avevano preceduto l'intervento>>, con <<la continua partecipazione ad essi del dott. (cognato di I e primario di radiologia presso lo stesso ospedale>>.

Ha sottolineato come risulti <<documentalmente provato e comunque pacifico che la paziente sottoscrisse un modulo di consenso informato nel

quale, tra l'altro, si legge: ... *dichiaro di essere a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze aggiuntive: emorragia intra e post operatorie, deficit sensitivo/motorio agli arti inferiori, disturbi post operatori, infezioni post operatorie*>>; e altresì che <<mentre la parte precedente del modulo è dattiloscritto, le parole da "emorragia" a "infezioni post operatorie" sono manoscritte, nell'impugnata sentenza facendo richiamo alla CTU la corte di merito ha affermato che <<tali indicazioni davano adeguatamente conto dei rischi dell'intervento perché facevano riferimento sia alle infezioni post-operatorie che al deficit sensitivo motorio agli arti inferiori, indicazione quest'ultima che tanto più appare adeguata se si tiene conto che la al momento del ricovero presso l'Azienda appellata presentava già <<disturbi alla deambulazione, da attribuire ad ipoastenia e deficit delle sensibilità profonde, associate ad alterazioni anche di quelle superficiali (parestesie ai piedi, non dolorose; ipoestesia "dagli inguini in giù")>>. >>.

Ha evidenziato che <<proprio le aggiunte manoscritte puntualmente riferite alla situazione della paziente rendono irrilevanti ai fini del giudizio di adeguatezza del consenso gli ulteriori rilievi sul contenuto del modulo formulati dagli attori nell'atto introduttivo del giudizio>>, al riguardo ulteriormente osservando: <<è ben vero che, secondo l'insegnamento della Suprema Corte non è ammissibile un consenso presunto, tacito o per *facta concludentia*, tuttavia, come pure ritenuto dalla giurisprudenza di legittimità, è ben possibile una prova mediante indizi del consenso prestato *quando realmente in un certo momento temporalmente definito c'è stata effettiva richiesta ed effettiva percezione del consenso* (cfr. Cass. 27.11.2012, n. 20984)>>.

E' pervenuta quindi a correttamente concludere: <<Nella specie non sfugge alla Corte che il modulo di prestazione del consenso è datato 9.12.2004, ovvero lo stesso giorno dell'intervento che fu il primo eseguito in quel giorno, come pure è pacifico in causa, proprio per scongiurare il pericolo di infezioni, ma ciò non inficia la conclusione sopra esposta in merito al corretto adempimento anche del relativo obbligo dei medici curanti. Infatti,

come ritenuto dal primo giudice, è stata confermata la partecipazione del dott. _____, cognato di _____ e medico chirurgo direttore dell'Istituto di Radiologia _____ alle discussioni che precedettero la decisione della paziente di sottoporsi all'intervento e dunque ... il documento scritto appare l'approdo di un percorso che si era seguito nei precedenti incontri e nelle precedenti discussioni. Infine, non va tralasciato che lo stesso dott. _____ fu presente in sala operatoria e quindi _____ poté avvalersi della sua competente assistenza anche al momento della sottoscrizione del modello, avvenuta prima di sottoporsi all'intervento. Anche tenendo conto di tale ultimo profilo non può dunque negarsi l'adeguatezza dell'informazione e il corretto adempimento della relativa obbligazione gravante sui sanitari>>.

Né ha tralasciato di porre altresì in rilievo come <<nessun elemento>> sia stato d'altro canto dagli odierni ricorrenti <<addotto al fine di dare dimostrazione, anche in via presuntiva>>, della circostanza che la _____ avrebbe altrimenti rifiutato quel determinato intervento o si sarebbe fatta operare altrove (cfr., da ultimo, Cass., 29/10/2019, n. 27607; Cass., 31/1/2018, n. 2369).

Emerge evidente, a tale stregua, come lungi dal denunciare vizi della sentenza gravata rilevanti sotto i ricordati profili, le deduzioni degli odierni ricorrenti, oltre a risultare formulate secondo un modello difforme da quello delineato all'art. 366, n. 4, c.p.c., in realtà si risolvono nella mera doglianza circa la dedotta erronea attribuzione da parte del giudice del merito agli elementi valutati di un valore ed un significato difformi dalle loro aspettative (v. Cass., 20/10/2005, n. 20322), e nell'inammissibile pretesa di una lettura dell'asserto probatorio diversa da quella nel caso operata dai giudici di merito (cfr. Cass., 18/4/2006, n. 8932).

Per tale via in realtà sollecitano, cercando di superare i limiti istituzionali del giudizio di legittimità, un nuovo giudizio di merito, in contrasto con il fermo principio di questa Corte secondo cui il giudizio di legittimità non è un giudizio di merito di terzo grado nel quale possano sottoporsi all'attenzione dei giudici della Corte Suprema di Cassazione

elementi di fatto già considerati dai giudici di merito, al fine di pervenire a un diverso apprezzamento dei medesimi (cfr. Cass., 14/3/2006, n. 5443).

All'inammissibilità e infondatezza dei motivi consegue il rigetto del ricorso.

Le ragioni della decisione costituiscono peraltro giusti motivi per disporsi la compensazione tra le parti delle spese del giudizio di cassazione.

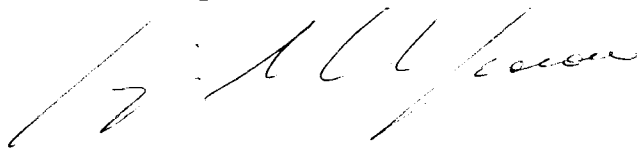
P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso. Compensa tra le parti le spese del giudizio di cassazione.

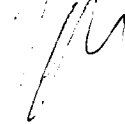
Ai sensi dell'art. 13, co. 1-*quater*, d.p.r. 30 maggio 2002, n. 115, come modif. dalla l. 24 dicembre 2012, n. 228, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento da parte dei ricorrenti dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del comma 1-*bis* dello stesso art. 13.

Roma, 2/7/2019

Il Consigliere estensore



Il Presidente



Il Funzionario Giudiziario
Innocenzo BATTISTA

