# REPUBBLICA ITALIANA

## IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Lecce, in persona del giudice dott.ssa Katia Pinto, ha emesso la seguente

## SENTENZA

nella causa civile, in prima istanza, iscritta al n. 1060/2013 R.G.,

**TRA**

*Parte_1*,

Rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] procuratore domiciliatario;

- attrice -

**CONTRO**

*Controparte_1*

Rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] e [redacted] quest'ultimo procuratore domiciliatario;

*Parte_2*,

Rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] procuratore domiciliatario;

*Parte_3*,

Rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] procuratore domiciliatario;

- convenuti -

*Controparte_2*

Rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] procuratore domiciliatario;

- terza chiamata -

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

## SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato Parte_1 [redacted] evocava in giudizio la Controparte_3 nonché i dott.ri Parte_2 e Parte_3, nella qualità di medici rispettivamente del Reparto di Cardiochirurgia e Cardiologia Riabilitativa, al fine di conseguire il ristoro dei danni patrimoniali e non riportati a seguito della sottoposizione a cure ed interventi a partire dal 28.5.2008 presso la casa di cura Controparte_3

Con distinte comparse depositate il 10.5.2013, il 03.10.2013, il 22.10.2013 ed il 25.02.2014 si costituivano in giudizio rispettivamente il dott. Pt_3, la compagnia Controparte_2 da lui evocata, la società Controparte_3 ed il dott. Pt_2 al fine di contestare la sussistenza dei presupposti dell'ipotizzata responsabilità.

Concessi i termini per il deposito di memorie ex art. 183 co. VI c.p.c., con ordinanza del 20.5.2016 il Tribunale ha disposto esperirsi consulenza tecnica d'ufficio, nominato CTU il dott. Persona_1 al quale all'udienza del 07.6.2016 ha conferito l'incarico.

All'esito del deposito dell'elaborato, il 09.5.2017 ha trattenuto la causa per la decisione, assegnando alle parti i termini richiesti di cui all'articolo 190 c.p.c..

## MOTIVI DELLA DECISIONE

Valutato il complesso delle risultanze acquisite, ritiene il decidente che sussista la responsabilità dedotta.

Risulta documentalmente acquisito al processo che:

- Il 28.05.2008 Parte_1 venne ricoverata il presso la divisione di Org_1 della Organizzazione_2 con diagnosi di ingresso di *"Stenosi mitralica severa. FAC"*, e dimessa il 06.06.2008 con diagnosi di: *"Insufficienza aortica e mitralica di grado moderato. Fibrillazione atriale cronica. Ipertensione arteriosa. Calcolosi della colecisti"*;
- Il 14.07.2008 venne nuovamente ricoverata presso la divisione Cardiochirurgica della Organizzazione_2 ed il 17.07.2008 sottoposta ad intervento chirurgico di *"…sostituzione valvolare aortica con protesi meccanica* Org_3 *n° 23, sostituzione della mitrale con protesi meccanica* Org_3 *n°*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

*29. Anuloplastica tricuspidale con anello* Org_4 *n° 32. Ablazione per FA con carattere bipolare* Org_5 ;

- Il decorso postoperatorio fu complicato da insufficienza cardiaca che fu contrastata mediante posizionamento di contro pulsatore aortico mantenuto per 5 giorni e da sanguinamento;
- Il 19.07.2008 fu sottoposta ad intervento di revisione chirurgica descritto nel diario operatorio: *"… Non punti chirurgici evidenti di sanguinamento. Ripresa della precedente stereotomia mediana. Evacuazione di modesti coaguli. Lavaggio con abbondante soluzione fisiologica calda. Non si repertano punti chirurgici di sanguinamento. Emostasi accurata. Chiusura un drenaggio mediastinico ed uno pericardico, un J-P nel pericardio. Sternosintesi. Parete a strati"*;
- Venne quindi dimessa il 24.07.2008 con indicazione a trattamento riabilitativo presso il Reparto di Cardiologia Riabilitativa della stessa Casa di Cura, ove venne contestualmente trasferita, per essere dimessa il 04.08.2008 con diagnosi di: *"Ciclo di riabilitazione cardiologica in paziente recentemente sottoposto ad intervento cardochirurgico. Paziente affetto da ipertensione arteriosa"*;
- Tuttavia il 17.08.2008 eseguì il terzo accesso presso la Divisione di Organizzazione_6 con diagnosi di ingresso di: *"Tamponamento cardiaco in paziente con terapia anticoagulante" in regime di urgenza dall'* Org_7 *di* [redacted] *ed immediatamente sottoposta a revisione chirurgica per tamponamento cardiaco in tal guisa descritto: "Ripresa della precedente cicatrice cutanea, dopo aver tentato di tamponare la paziente per via sub tifoidea (operazione resa impossibile per la presenza di numerosi coaguli nel cavo pericardico). Si rimuovono i punti metallici precedentemente posizionati. Presenza di abbondanti coaguli tamponanti nel cavo pericardico. Controllo di tutti i principali foci chirurgici. Non si repertano siti chirurgici di sanguinamento. Abbondanti lavaggi del cavo pericardico con acqua calda e betadine ed acqua calda e vancomicina. Accurata emostasi del cavo pericardico e dei piani sternali. Presenza di frattura sternale al terzo superiore riconsolidata con punto di acciaio ad* Controparte_4 *Parete a strati"*;
- Il 22.08.2008 fu trasferita presso la Divisione di Cardiologia Riabilitativa dello stesso nosocomio; durante tale degenza il 13.09.2008 fu annotato sul diario clinico: *"Ferita sternale: presenza di deiscenza nel tratto medio. Eseguito tampone"*;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

- Il 18.09.2008 l'esame colturale evidenziò la presenza di *Pseudomonas aeruginosa* resistente a 16 antibiotici su 17 testati, ed il 19.09.2008 venne prescritta terapia antibiotica con BBK8 e Tazobac;
- Il 07.10.2008 l'esame colturale evidenziò ancora la presenza di *Pseudomonas aeruginosa*;
- L'08.10.2008 la paziente venne dimessa con diagnosi di: *"Ciclo di riabilitazione cardiologica in paziente recentemente sottoposta a revisione chirurgica per tamponamento cardiaco in paziente recentemente sottoposta ad intervento cardochirurgico. Paziente affetta da FAP, ipertensione arteriosa"* e fu prescritto di praticare medicazioni periodiche della ferita chirurgica;
- Il 04.11.2008 fu nuovamente ricoverata presso la Divisione di Cardiologia Riabilitativa della *Organizzazione_2* per la comparsa di iperpiressia; nell'occasione fu accertata *"…riduzione degli indici di funzionalità renale di grado moderato … in soggetto con infezione della ferita sternale in trattamento con aminoglicosidici (illeggibile). Si consiglia continuare la terapia antibiotica in atto (vedi antibiogramma) riducendone la posologia ed adeguandola alla funzionalità renale. Continui la terapia idratante …"*;
- Dal giorno 08.11.2008 alla dimissione il 06.12.2008 assunse terapia antibiotica con BBK8 (500 mg x 2/die) e *Org_8* (500 mg x 2/die);
- Il 16.12.2008 eseguì test audiologico che pose in evidenza una *"grave ipoacusia percettiva bilaterale con timpanogramma regolare bilateralmente"*;
- Il 26.01.2009 fu nuovamente ricoverata presso la Divisione di *Org_1* della *Organizzazione_2* con diagnosi di ingresso di infezione di ferita sternale; il 31.01.2009 fu sottoposta a toilette chirurgica della ferita sternale; il 07.02.2009 il tampone prelevato dalla ferita sternale risultò positivo allo *Pseudomonas aeruginosa* resistente a 15 antibiotici su 17 testati; fu quindi iniziata terapia antibiotica con colinicina e rifampicina;
- Tuttavia il 24.03.2009 il tampone prelevato dalla ferita sternale risultò ancora positivo allo *Pseudomonas aeruginosa* e fu intrapresa terapia antibiotica a base di *Org_9* ;
- Dopo il drenaggio di raccolta ascessuale in sede mediastinica il 30.04.2009, il 09.05.2009 fu dimessa con diagnosi di: *"Mediastinite da pseudomonas aeruginosa multi resistente in soggetto con pregresso intervento di sostituzione valvolare. FAC.*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

*Ipertensione arteriosa. IRC"*, per essere ricoverata il giorno successivo presso l' Organizzazione_10 di Roma con diagnosi di ingresso di *"Cellulite peristernale con ulcera cutanea infetta da pseudomonas aeruginosa MDR post-chirurgica"*; durante il ricovero l'esame colturale del tampone della ferita chirurgica confermò la presenza di rare colonie di *Pseudomonas aeruginosa* sensibile ad alcuni antibiotici: Org_11 , Org_12 , Org_13 , Org_14 ;

- Dimessa il 19.05.2009, venne ricoverata il 21.05.2009 presso la Divisione di Org_1 della Organizzazione_2 con diagnosi di ingresso di: *"Deiscenza di ferita sternale"*; fu intrapresa terapia antibiotica con Org_15 e fu medicata giornalmente la ferita chirurgica in sede sternale; i tamponi prelevati non evidenziarono la presenza di germi;
- Dimessa il 22.06.2009, il 28.01.2010 fu visitata presso la Organizzazione_2 [...] ove fu richiesto esame scintigrafico con leucociti marcati in paziente affetto da osteomielite sternale, eseguito in data 23.02.2010 presso l' Organizzazione_16 di Org_2 con esito: *"… presenza nella statica a 2 ore di modesto aumento di captazione del radiofarmaco interessante la regione sternale sede di pregresso intervento chirurgico. Tale aumento di captazione ad una valutazione seriata mostra un netto incremento temporale di attività ad indicare la presenza in tale area più di un fenomeno di tipo settico che di tipo flogistico. Dato il quesito clinico indagine odierna positiva. Utile valutazione trattamento e controllo scintigrafico a distanza"*;
- L'11.10.2010 eseguì visita otorino ed esame audiometrico presso il poliambulatorio del distretto socio-sanitario di [redacted] ove fu certificato: *"Otoscopia negativa. Test audiologici: grave ipoacusia percettiva bilaterale con soglia di percezione vocale a 120 dB bil"*.

All'esito della consulenza tecnica disposta d'ufficio il dott. Persona_1 con motivazione tecnica puntuale, coerente e del tutto condivisa ha concluso che: *"Dopo aver sottoposto la Sig.ra Parte_1 a visita medico legale ed aver visionato l'esame audiometrico del 22.07.2016 possiamo affermare che la perizianda presenta una grave ipoacusia neurosensoriale bilaterale che non migliora con protesi acustiche ed esito cicatriziale in regione sternale a forma grossolanamente ovalare, avente dimensioni di cm 17x4, evidente anche a distanza.*



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

*La Sig.ra* Parte_1 *in seguito all'intervento cardiochirurgico del 17.08.2008 ha sviluppato la deiscenza della ferita chirurgica sternale, tale patologia per tempi e modalità di manifestazione ha le caratteristiche dell'infezione nosocomiale sostenuta da Pseudomonas aeruginosa. Tale patogeno ha le caratteristiche del germe nosocomiale a causa dell'altissima resistenza agli antibiotici (resistente a 16 antibiotici su 17 testati). La particolare resistenza del batterio sopracitato ha reso necessaria la somministrazione per lungi periodi di antibiotici amino glicosidici e betalattamici.*

*La Sig.ra* Pt_1 *ha manifestato una grave ipoacusia da farmaci in seguito alla somministrazione di antibiotico aminoglicosidico somministrato dal 19.09.2008 al 08.10.2008 e dal 08.11.2008 al 06.12.2008; antibiotico penicillinico somministrato dal 19.09.2008 al 08.10.2008 ed antibiotico betalattamico somministrato dal 08.11.2008 al 06.12.2008. Durante i periodi di somministrazione non fu mai eseguito un test audiometrico per cui vi era indicazione a causa della ben nota tossicità degli antibiotici aminoglicosidici e betalattamici. Inoltre solo in data 09.11.2008 fu ridotta la posologia di somministrazione degli antibiotici aminoglicosidico e betalattamico a causa della ridotta funzionalità renale della paziente ed in virtù della nefrotossicità degli stessi antibiotici. Non è possibile attribuire l'infezione da Pseudomonas aeruginosa ad alcun sanitario poiché non possiamo stabilire durante quale procedura si sia verificato il contagio. Per quanto attiene al danno ototossico possiamo affermare che la responsabilità della mancata vigilanza, in corso di prolungata terapia antibiotica con farmaci ototossici e nefrotossici, è da attribuire a tutti i medici del reparto di Cardiologia Riabilitativa della* Organizzazione_2 *in cui la Sig.ra* [...] Parte_1 *fu degente dal 22.08.2008 al 08.10.2008 e dal 04.11.2008 al 06.12.2008.*

*Il danno biologico complessivo, presentato dalla Sig.ra* Parte_1 *a seguito dal trattamento sanitario effettuato presso la* Organizzazione_2 *in data 17.07.2008, costituito dalla grave ipoacusia neurosensoriale bilaterale e dagli esiti cicatriziali in sede sternale può essere valutato complessivamente nel 55% (cinquantacinque). La inabilità temporanea assoluta per ricoveri ospedalieri ha operato per 201 (duecentouno) giorni, la invalidità temporanea parziale per i periodi di convalescenza post ricovero al tasso del 50% hanno operato per altri 100 (cento) giorni".*

In sede di repliche alle osservazioni formulate, il professionista ha chiarito che non fu la prescrizione di antibiotici aminoglicosidici e betalattamici a determinare l'evento pregiudizievole, bensì *"la mancanza di controlli audiometrici in corso di prolungata terapia antibiotica"* con farmaci notoriamente ototossici, con la conseguenza, da alcuno



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

confutata, che *"una riduzione della posologia di tali antibiotici avrebbe potuto evitare l'instaurarsi del danno uditivo. In conclusione non si doveva interrompere la terapia antibiotica, sarebbe bastato ridurre la quantità di antibiotico somministrato"*.

Orbene, premessa l'assoluta inammissibilità della pretesa risarcitoria inerente la violazione da parte dei convenuti dell'obbligo di informazione prescritto – dedotta per la prima volta in sede di prima memoria ex art. 183 co. VI c.p.c. e fondata su di una *causa petendi* del tutto nuova e diversa da quella azionata con l'atto di citazione -, è noto che a seguito della storica sentenza Cassazione civile sez. un. 11/01/2008 n. 577 e sino alla L. 24/2017 – non applicabile al caso di specie in virtù dell'art. 11 preleggi -, la responsabilità del medico nei confronti del paziente ha natura contrattuale e, quanto al riparto dell'onere probatorio, spetta all'attore provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia con l'allegazione di qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno.

In particolare, in tema di complicanze la Suprema Corte ha recentemente affermato *"Nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'art. 1218 cod. civ. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi ad un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile"*, Cassazione civile, sez. III, 30/06/2015, n. 13328.

A detta responsabilità verso il paziente soggiace anche la struttura sanitaria presso cui il medico opera, costituendo arresto ormai pacifico della giurisprudenza di legittimità che l'obbligo risarcitorio prescinde dalla natura della prestazione rimasta inadempiuta: *"A fronte del comportamento colposo e fonte di danni a terzi di medici che operino all'interno di una struttura sanitaria, pubblica o privata che essa sia, a prescindere dall'esistenza di un rapporto di lavoro subordinato o anche di una collaborazione stabile, la struttura stessa ne*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

*risponda a titolo contrattuale (per una riaffermazione del principio v. Cass. n. 7768 del 2016: "In materia di responsabilità per attività medico-chirurgica, anche la struttura presso la quale il paziente risulti ricoverato risponde della condotta colposa dei sanitari, a prescindere dall'esistenza di un rapporto di lavoro alle dipendenze della stessa, atteso che la diretta gestione della struttura sanitaria identifica il soggetto titolare del rapporto con il paziente. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che, in relazione alla condotta di due medici, pur dipendenti di un'azienda sanitaria locale, aveva ravvisato la responsabilità del* CP_5 *[...] presso i cui locali risultava ospitato il "presidio di aiuto materno" ove i sanitari avevano operato, e ciò sul presupposto che detta struttura - per il semplice fatto del ricovero di una gestante - era tenuta a garantire alla medesima la migliore e corretta assistenza, non solo sotto forma di prestazioni di natura alberghiera, bensì di messa a disposizione del proprio apparato organizzativo e strumentale)"*, Cassazione civile, sez. III, 29/01/2018, n. 2060.

Alla stregua delle risultanze surriportate, e ribadito che ai fini dell'accertamento del nesso causale in materia di responsabilità civile non vige la regola applicata per l'affermazione della responsabilità penale della prova "oltre il ragionevole dubbio" (Cass. Pen. SS.UU. n. 30328/02, *CP_6* , bensì quella della preponderanza dell'evidenza o "del più probabile che non" (Cass. Civ. SS.UU. 584/2008), ritiene il Tribunale che sussista la prova della riconducibilità causale sia dell'infezione contratta dalla *Pt_1* agli interventi eseguiti a partire dal 17.7.2008 presso la clinica convenuta (il primo di sostituzione valvolare aortica, gli altri di revisione chirurgica), sia dell'ipoacusia di origine farmacologica accusata dalla medesima successivamente a detti eventi.

Quanto alla prima, infatti, essa appare acclarata dalla natura tipicamente nosocomiale del germe isolato sulla ferita chirurgica in regime di degenza – salvo limitatissime soluzioni -, oltre che dalla localizzazione di essa – sulla ferita sternale, e non già in sede di altri precedenti interventi chirurgici -; né a fini di esonero è valsa la documentazione prodotta dalla società evocata, che vale ad escludere la presenza del germe nell'aria, non già sulle superfici, né in altri siti – come gli strumenti chirurgici non monouso -, né ad attestare la profilassi effettivamente eseguita onde scongiurare la contaminazione (salvo che dopo il 06.10.2009).

Quanto alla seconda, sebbene effettivamente il principio attivo somministrato fosse l'unico cui il batterio pareva in principio non resistere, non appare contestato neppure tecnicamente che la condotta omessa consista nella rivalutazione della situazione



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

clinica in cui la paziente versava onde adeguare la terapia antibiotica necessaria ai sintomi che ella andava manifestando.

Va pertanto affermata l'esclusiva responsabilità di *Controparte_3* in ordine al danno derivato all'attrice dall'infezione contratta e della medesima in solido con il dott. *Parte_3* di quello determinato dalla patologia irreversibile accusata: invero, in sede di consulenza il dott. *Per_1* ha escluso di poter imputare alla condotta di alcuno dei sanitari l'origine dell'infezione, addebitando quella relativa all'ipoacusia a tutti i medici del Reparto di Cardiologia Riabilitativa della Casa di *Org_* ove la *Pt_1* rimase degente dal 22.08.2008 al 08.10.2008 e dal 04.11.2008 al 06.12.2008, ed in particolare al dott. *Pt_3* , che piuttosto che esserne il Responsabile, risulta indicato in tutte le cartelle cliniche come il "Medico di Riferimento" e non ha contestato la sottoscrizione delle prescrizioni reiterate, non precedute da adeguato monitoraggio; va conseguentemente esonerato da ogni responsabilità il dott. *Pt_2* , Direttore del Reparto di Cardiochirurgia, estraneo all'addebito accertato.

Venendo alla quantificazione del pregiudizio, applicate le Tabelle per la liquidazione adottate dall' *Organizzazione_17* del Tribunale di Milano aggiornate al 2018, cui secondo Cass. 12408/2011 è doveroso uniformarsi, e che già prevedono la liquidazione congiunta del danno non patrimoniale conseguente a "lesione permanente dell'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico legale" e del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di "dolore", stima il Tribunale equo liquidare a *Parte_1* 59enne all'epoca della manifestazione il 16.12.2008 dell'ipoacusia neurosensoriale bilaterale, contratta in pendenza della temporanea invalidità derivata dall'infezione, la somma di € 360.000,00 (dall'1% al 49%), nonché l'ulteriore di € 40.000,00 per gli esiti cicatriziali in sede sternale successivamente stabilizzatisi (dal 50% al 55%), oltre ad € 24.598,00 per invalidità temporanea procurata esclusivamente dall'infezione, monetizzando il pregiudizio in misura superiore ai medi tabellari in considerazione della penosa protrazione della malattia a causa della pervicace infezione e della maggiore afflittività della patologia riportata in aggravamento di altra precedente.

Dette somme, quantificate in moneta attuale, vanno maggiorate di interessi legali sulla somma anno per anno devalutata a ritroso sino al 2008 e di interessi legali dalla pronuncia al saldo.



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

Segue quindi la condanna dei responsabili al pagamento in favore dell'attrice delle somme come determinate – oltre che delle spese di lite, liquidate in dispositivo ex D.M. 55/2014, e di quelle di CTU -, nonché quella dell'assicuratrice evocata a manlevare il garantito dott. *Pt_3* in virtù della polizza n. [redacted] sotto questo profilo, nessuna "novità" presenta la domanda di condanna dei medici convenuti esplicitata dalla difesa dell'attrice solo nelle conclusioni della prima memoria ex art. 183 co. VI c.p.c. e non nelle conclusioni dell'atto di citazione, non solo perché da una valutazione complessiva dell'atto introduttivo emerge chiaramente l'obiettivo risarcitorio che l'attrice intende conseguire da parte anche dei professionisti evocati, ma soprattutto perché quella che più propriamente appare una correzione di errore materiale delle conclusioni dell'atto introduttivo non risulta aver minimamente pregiudicato il diritto di difesa dei convenuti e soprattutto del dott. *Pt_3* , che nella comparsa di costituzione del 10.5.2013 ha contestato il *quantum* della pretesa risarcitoria formalmente non azionata ed addirittura evocato in giudizio il proprio assicuratore a fini di manleva, atteggiamenti che sottintendono l'accettazione del contraddittorio su di una domanda di condanna.

Infine, stante la complessità dell'indagine espletata in questa sede ai fini dell'accertamento delle rispettive responsabilità, valuta il Tribunale che ricorrano giusti motivi per compensare le spese di lite tra l'attrice ed il dott. *Parte_2* .

P.Q.M.

Il Tribunale di Lecce, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1*

1) Dichiara l'esclusiva responsabilità di *Controparte_3* nella causazione dell'infezione riportata dall'attrice *Parte_1* a seguito degli interventi eseguiti a partire dal 17.7.2008, e per l'effetto;
2) Condanna *Controparte_3* al pagamento in favore di *Parte_1* *[...]* della somma di € 64.598,00 a titolo di danno non patrimoniale, maggiorata di interessi legali sulla somma anno per anno devalutata a ritroso sino al 2008 e dalla pronuncia al saldo;
3) Dichiara *Controparte_3* responsabile in solido con *Parte_3* dell'ipoacusia neurosensoriale bilaterale contratta da *Parte_1* e per l'effetto:



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571

4) Condanna *Controparte_3* in solido con *Parte_3* al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 360.000,00 a titolo di danno non patrimoniale, maggiorata di interessi legali sulla somma anno per anno devalutata a ritroso sino al 2008 e dalla pronuncia al saldo;

5) Condanna *Controparte_3* in solido con *Parte_3* al pagamento in favore di *Parte_1* delle spese di lite sostenute per il presente giudizio, che si liquidano ex D.M. 55/2014 in € 21.387,00, oltre € 1.064,00 per spese, spese generali, IVA e CAP come per legge, da distrarsi in favore del procuratore antistatario;

6) Condanna *Controparte_2* a tenere indenne *Parte_3* di quanto sarà tenuto a pagare in esecuzione della presente sentenza;

7) Rigetta ogni altra domanda;

8) Dichiara integralmente compensate le spese di lite tra *Parte_1* ed *Parte_2* ;

9) Pone definitivamente a carico di *Controparte_3* in solido con *[...]* *Parte_3* le spese sostenute per la consulenza espletata e separatamente liquidate.

Lecce, 04/05/2018

IL GIUDICE
*Dott.ssa Katia Pinto*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it



Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-571