



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI MACERATA
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, in composizione monocratica, nella persona del giudice, dott.ssa Maika Marini, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al numero 339 del registro generale degli affari civili dell'anno 2012

TRA

Parte_1 *C.F._1* , elettivamente [redacted]
[redacted] 33, presso lo studio dell'Avv. [redacted] , che lo rappresenta e difende unitamente all'Avv. [redacted] come da procura a margine dell'atto di citazione;

ATTORE

Controparte_1 *P.IVA_1*), in persona del Direttore e legale rappresentante p.t., elettivamente [redacted]
[redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] e rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted]

CONVENUTO

Conclusioni: come da verbale all'udienza del 6 aprile 2016

FATTO E DIRITTO

Con l'atto introduttivo del presente giudizio l'attore *Parte_1* ha dedotto che: il 28.11.2002 è stato ricoverato presso il reparto di ortopedia [redacted] di Camerino, ove è stato sottoposto ad un intervento chirurgico di artroscopia e ricostruzione del legamento, in seguito ad un trauma sportivo che gli aveva causato la rottura di un legamento crociato anteriore del ginocchio destro; che durante la degenza in ospedale (terminata il 3.12.2002), non gli è stata somministrata o prescritta alcuna cura antibiotica, anche se per tutto il mese successivo ha continuato ad accusare forti dolori al ginocchio accompagnati da febbre alta, tanto da tornare in ospedale il 21.12.2002; che a causa del perdurare dei dolori l'8.1.2003 si è recato [redacted] di Macerata, ove è stato collocato prima al reparto di malattie infettive e successivamente al reparto di ortopedia, nel quale è stato sottoposto ad un nuovo intervento chirurgico per asportare la protesi impiantata all'Ospedale

di Camerino; che, dopo le dimissioni avvenute il 21.1.2003, ha continuato ad avvertire sensazioni di instabilità e di cedimento al ginocchio destro e che per tale motivo ha effettuato ulteriori controlli ortopedici presso [REDACTED] di Perugia dove è stato sottoposto a un nuovo intervento chirurgico e dal quale è stato dimesso in data 29.9.2005 con la diagnosi di “sinovite antero-laterale in esiti di ricostruzione LCA ginocchio destro”. Tanto dedotto l’attore ha asserito che a causa dei postumi derivanti dall’artrite settica, ha subito un deficit flessorio al ginocchio destro, con sensazione di cedimento e un conseguente danno biologico anatomico e funzionale pari al 14 – 15%, riconducibile sicuramente all’operazione chirurgica e al trattamento medico effettuati [REDACTED] di Camerino, come ritenuto dal proprio consulente medico legale Prof. *Persona_1*, secondo il quale l’artrite settica è la conseguenza diretta di una contaminazione avvenuta durante la prima operazione, per la completa omissione di profilassi antibiotica.

Tanto dedotto e rilevato l’attore ha convenuto in giudizio dinanzi all’instato Tribunale l’ [...] *CP_1* quale ente gestore del servizio sanitario pubblico responsabile a titolo contrattuale dei danni subiti dai privati a causa della non diligente prestazione medica da parte dei propri dipendenti, per ivi sentir accogliere le seguenti conclusioni : *“Piaccia all’Ecc.mo Tribunale di Camerino, disattese tutte le eccezioni e domande avversarie, accertata e dichiarata la responsabilità civile dell’ Controparte_2 per i motivi e le circostanze esposti in premessa e per l’effetto condannare la stessa Controparte_3 [...] risarcimento di tutti i danni patrimoniali, non patrimoniali, morali, esistenziali, biologici, di ogni e qualsiasi spesa o danno connesso all’illecito, in favore di Parte_1 e quantificati in euro 50.000,00 o nella misura maggiore o minore che sarà ritenuta giusta anche con valutazione equitativa del danno ex art. 1226 c.c. con rivalutazione monetaria e interessi legali dal fatto illecito fino al saldo. Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa, da distrarsi direttamente a favore dei procuratori, che si dichiarano antistatari. Vertendosi in ipotesi di fatto illecito, si chiede la registrazione a debito dell’emananda sentenza con rivalsa erariale da esercitare nei confronti dei convenuti in solido (art. 59 D.P.R. 131/1986)”*.

Costituitasi in giudizio, l’ *CP_1* ha contestato la fondatezza della domanda, negando innanzitutto la verità dell’affermazione secondo la quale non sarebbe stata effettuata alcuna profilassi antibiotica, la cui regolare effettuazione, nel rispetto del protocollo, sarebbe al contrario dimostrata dalla prescrizione presente nella cartella clinica prodotta in giudizio (all. 1 comparsa di costituzione e risposta), e deducendo che al momento della dimissione la temperatura dell’attore era nella norma (36°) e che anche nel periodo post operatorio aveva superato solo in un caso di pochissimo i 37°, come si evince sempre nella cartella clinica, rilevando quindi come non vi fosse alcun elemento che lasciasse presumere l’insorgenza di un’infezione. Ha inoltre evidenziato che nonostante i medici

abbiano consigliato una visita di controllo decorsi dieci giorni dalla dimissione dall'ospedale (all. 3 alla comparsa di costituzione e risposta), al fine di tenere sotto controllo il decorso post operatorio e monitorare tra l'altro eventuali infezioni, il Sig. *Pt_1* non si è sottoposto ad alcun controllo, determinando quindi con il suo comportamento negligente la situazione lamentata, o in ogni caso contribuendo ad aggravarla. Ha inoltre sottolineato che nel modulo per il consenso informato, debitamente sottoscritto, risultano indicati, tra i rischi dell'intervento, anche il tipo di infezione e i postumi permanenti per cui è causa. Ha infine rappresentato la circostanza che l'attore è stato ricoverato in data 15.07.2008 presso l'*Controparte_4* con la diagnosi di artrite da piogeni, di talché il danno anatomico oggi presentato dal *Pt_1* come evidenziato dall'esame radiografico del 25.1.2011 e del 28.1.2011, non sarebbe imputabile all'intervento del 2002 e al successivo evento infettivo. Ha pertanto chiesto il rigetto di ogni e qualsiasi richiesta risarcitoria avanzata nei confronti di essa convenuta, per mancanza di responsabilità nella causazione dei danni lamentati dall'attore in capo ai propri sanitari, con vittoria delle spese del giudizio, ivi comprese quelle di Ctu e di Ctp.

La causa, istruita mediante l'acquisizione della documentazione prodotta e l'espletamento della consulenza tecnica d'ufficio, all'udienza del 6 aprile 2016 è stata trattenuta in decisione previa concessione dei termini di legge per lo scambio delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

Ciò posto, la domanda avanzata da parte attrice nei confronti della convenuta è fondata nei limiti di seguito indicati e deve, pertanto, essere accolta.

Al riguardo occorre preliminarmente rammentare che i principi che governano l'accertamento della responsabilità nell'ambito di un rapporto professionale medico sono quelli derivanti dal rapporto contrattuale (o "da contatto") che si instaura anche di mero fatto con l'affidamento del paziente alle cure del medico ovvero della struttura sanitaria, trattandosi di responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente per i danni ad esso arrecati a seguito di una non diligente ed imprudente esecuzione della prestazione. Pertanto, costituisce onere del personale sanitario provare la correttezza del proprio operato secondo gli imposti criteri di diligenza e perizia, con la conseguenza che, ove sussista incertezza sull'operato, l'inadempimento deve essere accertato in base alla regola dell'onere probatorio; ricade, invece, a carico del paziente l'onere della prova del nesso causale, con i criteri della probabilità logica, generalmente fornita per presunzioni e mediante prova di fatti secondari. In tale maniera, nei giudizi di risarcimento del danno causato da attività medica grava sull'attore l'onere di allegare e provare l'esistenza del rapporto di cura, il danno e il nesso causale, mentre ha unicamente l'onere di allegare - ma non provare - la colpa del personale sanitario, invece

onerato della prova che l'eventuale danno riscontrato è dipeso da causa a sé non ascrivibile (cfr. Cass. n. 10297/04; Cass. 8826/2007; Cass. n. 13953/2007).

Nella prospettiva dell'accertamento, dunque, la casualità civile è retta dalle medesime regole che presiedono alla verifica del nesso di condizionamento nel giudizio penale atteso che ciò che muta è lo standard probatorio necessario per l'affermazione della responsabilità; ed invero, mentre nel campo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", nel processo civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", stante la diversità dei valori in discussione e l'equivalenza delle posizioni delle parti contendenti nel processo civile (cfr. Cass. S.U. n. 580/2008; Cass. n. 21619 del 2007). Sul fronte della colpa, la responsabilità del medico postula la violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività sanitaria, tra i quali quello della diligenza, che va a sua volta valutato con riguardo alla natura dell'attività essendo tenuto il medico alla diligenza del debitore qualificato prevista dall'art. 1176, secondo comma, c.c. e, dunque, al rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che, nel loro insieme, costituiscono la conoscenza della professione medica.

Tali essendo le coordinate normative ed interpretative sulla base delle quali va ricercata la soluzione del caso in esame, la posizione processuale delle parti deve essere valutata secondo quanto di seguito precisato.

Può farsi sicuramente riferimento alle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, le cui conclusioni si ritiene di condividere, atteso che la relazione si presenta priva di vizi logici e di metodo, nonché completa sia negli accertamenti tecnici eseguiti e nell'esame documentale, sia nelle considerazioni finali.

Invero, nella relazione peritale, dopo un'accurata analisi della documentazione sanitaria in atti, viene innanzitutto evidenziato che il 29.11.2002, giorno in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico, l'attore non era affetto da patologie infettive in atto, né a livello del ginocchio destro né a livello sistemico e che tale circostanza è dimostrata dai valori normali degli esami del sangue e dal tipo di intervento chirurgico effettuato presso [REDACTED] di Camerino, definito dal personale medico "intervento chirurgico pulito". In proposito il Ctu ha illustrato infatti che tale espressione è utilizzata per *"ferite operatorie non infette in cui non è presente infiammazione ed in cui non c'è apertura del tratto respiratorio, alimentare, genitale, urinario non infetto"*. Ha aggiunto poi che *"le ferite pulite sono chiuse per prima intenzione e, se necessario, sono drenate con drenaggi a circuito chiuso"*, e che *"le ferite da incisione chirurgica seguenti a trauma non penetrante dovrebbero essere incluse in questa categoria se soddisfano i criteri"*. Proseguendo, il consulente ha verificato che dopo la dimissione [REDACTED] di Camerino il 3.12.2002, l'attore ha riportato sintomi di infiammazione al ginocchio destro accompagnati da febbre costante. Sul punto il Ctu ha osservato

come il periodo di tempo in cui si è manifestata l'infezione della ferita chirurgica (subito dopo l'intervento è comparsa febbre modesta e incostante, dovuta probabilmente al trattamento chirurgico e dopo circa 6 giorni è comparsa febbre continua) è conforme alla normale tempistica in cui le infezioni nosocomiali normalmente compaiono. Inoltre l'ausiliare, a conferma della riconducibilità dell'infezione all'intervento chirurgico effettuato, ha evidenziato che dalla documentazione in atti risulta che il Pt_1 dopo un breve periodo di tempo, è stato sottoposto a terapia antibiotica e ricoverato presso il Reparto di Malattie Infettive [REDACTED] di Macerata, ove è stata diagnosticata proprio un'artrite settica post operatoria. Il consulente di parte convenuta, al riguardo, ha criticamente osservato come non vi sarebbero elementi che testimoniano il frequente ricorso del Pt_1 ad artrocentesi del ginocchio, che non c'è prova che il Pt_1 si sia sottoposto ad ulteriori controlli nel periodo successivo all'intervento, come specificamente raccomandato, e che quindi sia possibile ritenere che l'infezione sia partita dalla ferita operatoria successivamente alle dimissioni. In particolare, il perito di parte ha ancora rilevato come non vi sia prova documentale dell'artrocentesi asseritamente eseguita presso [REDACTED] di Camerino, risultando in atti esclusivamente un certificato del 24.12.2002 e la prescrizione di una terapia antibiotica, nonché un'artrocentesi per liquido ematico riportato nella cartella clinica che non fa però alcun cenno della presenza di segni di un'infezione all'atto delle dimissioni.

Ebbene, in risposta a tali osservazioni, l'ausiliare ha dato atto che sin dai giorni successivi all'intervento, il Pt_1 ha iniziato a manifestare i segni dell'infezione sia sistemica, consistenti nella piccola febbre riportata nella cartella clinica e presente anche al momento delle dimissioni, sia a livello del ginocchio destro, consistenti questi nella formazione di liquido ematico che ha comportato nel giorno della dimissione la necessità di eseguire un artrocentesi, come emergente sempre dalla cartella clinica.

Quanto allo stato di salute del Pt_1 tra la data delle dimissioni e quella del ricovero presso [REDACTED] di Macerata, occorre precisare che, come correttamente osservato dall'ausiliare, non appare condivisibile l'affermazione del perito di parte secondo il quale non vi sarebbe alcuna prova della costante febbre e del dolore accusato dal Pt_1 atteso che le condizioni di salute dell'attore nei giorni immediatamente successivi all'intervento emergono invero dall'esame della cartella clinica del ricovero dell'8.1.2001, nella parte in cui si attesta che il decorso post operatorio era caratterizzato da dolore intenso al ginocchio e dalla tumefazione dello stesso con febbre, che erano state eseguite diverse punture evacuative e che il 24.12.2002 si iniziava per questo un trattamento antibiotico con levofloxacina alla dose di 500x2.

Pertanto non vi è motivo di dubitare della intrinseca veridicità delle circostanze dichiarate dal Pt_1 ai medici, proprio perché rese nell'immediatezza dei fatti e al fine di risolvere i propri

problemi di salute, essendo dette condizioni anche dimostrate dal trattamento antibiotico prescritto [REDACTED] di Camerino, nonché dalle risultanze dell'esame obiettivo effettuato dai medici del Reparto di Malattie Infettive [REDACTED] di Macerata all'atto del ricovero, all'esito del quale sono stati constatati tutti i sintomi predetti, vale a dire, il dolore, la tumefazione, la rigidità articolare a carico del ginocchio destro e lo stato febbrile. Il Ctu ha poi precisato che gli esiti negativi dell'esame colturale del liquido sinoviale effettuato presso [REDACTED] di Macerata era del tutto prevedibile e non vale ad escludere l'infiammazione in atto, atteso che per 14 giorni consecutivi, in particolare dal 24.12.2002 al 6.1.2003, il Pt_1 è stato sottoposto a terapia antibiotica per due volte al giorno con un dosaggio alto e quindi tale trattamento ha avuto certamente per effetto la regressione della patologia infettiva.

Il Ctu quindi sulla base degli accertamenti effettuati, condotti con metodo e iter logico ineccepibili, ha ritenuto di poter affermare che *“l'infezione del ginocchio destro del periziando è stata causata da un'infezione nosocomiale. Al riguardo l'ausiliare ha spiegato che l'infezione nosocomiale deriva dal cedimento di un anello della catena dell'asepsi che può essere relativa ... all'ambiente, allo strumentario, alle procedure, al personale, alla disinfezione post-intervento, ecc. Trattasi, secondo il perito, di una congerie di possibili sorgenti di infezione in ordine alle quali, pur evidenziando l'impossibilità di una verifica delle stesse dall'esterno, ha comunque confermato che se non vi è un difetto della catena dell'asepsi l'infezione non può presentarsi”*.

Infine, con riferimento all'aspetto della profilassi antibiotica prima dell'intervento, il Ctu, pur dando atto della corretta esecuzione da parte dei medici della procedura, ha tuttavia evidenziato come la profilassi non sia efficace in tutti i casi in cui viene effettuata e che una piccola percentuale di infezioni comunque si verifica anche in un intervento chirurgico definito pulito. Ciononostante, secondo il Ctu tali infezioni non possono considerarsi imprevedibili e inevitabili, tali quindi da escludere la responsabilità dei medici, nella misura in cui in questo tipo di interventi puliti, le infezioni si manifestano probabilmente a causa di una mancanza di osservazione delle norme igienico sanitarie da parte del personale sanitario operante.

Le conclusioni cui è pervenuto l'ausiliario del Giudice consentono senz'altro di ritenere la fondatezza della domanda e può pertanto attribuirsi in capo alla convenuta la responsabilità per i danni cagionati, dovendosi considerare accertato il nesso causale tra la condotta del suo personale medico e i danni lamentati dall'attore, nonché la colpa in ordine alle condotte poste in essere.

Rilevato, dunque, che sussistono i presupposti per il risarcimento del danno ricadendo la fattispecie de quo nell'ipotesi di negligenza ed imperizia del personale sanitario, occorre procedere alla quantificazione del danno subito da parte attrice.

Al riguardo è necessario richiamare innanzitutto il principio affermato dalla Corte di Cassazione con riferimento al pregiudizio non patrimoniale, in relazione al quale è stato precisato che lo stesso si identifica “con il danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica, costituisce categoria unitaria non suscettiva di divisione in sottocategorie” e che, solo a fini descrittivi, nel caso di lesione del diritto inviolabile alla salute (art. 32 Cost.) determinata da fatto illecito, si parla di danno biologico, figura che ha, peraltro, ricevuto un espresso riconoscimento normativo negli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209/2005, recante il Codice delle assicurazioni private, che ne hanno dato una definizione suscettibile di generale applicazione. Ciò posto, ai fini dell’individuazione della consistenza della lesione, appaiono dirimenti le argomentazioni racchiuse nell’elaborato peritale; si ritiene invero di condividere le conclusioni rassegnate dal consulente tecnico nella relazione depositata in data 23.11.2013, in quanto appaiono anch’esse tratte a seguito dei più opportuni accertamenti e di una accurata disamina dei fatti.

Quanto al pregiudizio effettivamente sofferto, a fronte delle deduzioni dell’attore e della documentazione in atti allegata, all’esito degli accertamenti, il Ctu ha riconosciuto che il Sig. **Parte_1** ha riportato, in seguito all’infezione, un danno biologico permanente pari al 12%, di cui il 9% a titolo di maggior danno rispetto a quello prevedibile qualora si fosse intrapresa idonea terapia, oltre ad un’inabilità temporanea totale di giorni 18, temporanea al 75% di giorni 35, temporanea al 50% di giorni 28 e infine temporanea al 25% di giorni 20.

Ciò detto, ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale occorre tenere conto delle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano (Cass. 5243/2014 e 12408/2011) e ciò in quanto si ritiene corretto liquidare non il semplice 9% individuato dal Ctu quale maggior danno permanente (che in quanto tale andrebbe valutato quale danno micropermanente e dunque liquidato secondo i parametri previsti nelle tabelle di cui all’art. 139 del codice delle assicurazioni, così come stabilito all’art. 3, comma 3 del D.L. n. 158/2012 e s.m.i.), ma, piuttosto, liquidare il differenziale tra il danno biologico permanente complessivamente valutato dal CTU al 12% e la percentuale che, secondo la valutazione del medesimo, sarebbe dunque, in ogni caso, residuata in capo all’attore in conseguenza dell’intervento chirurgico, vale a dire il 3%% di danno biologico; il ristoro deve, dunque, avere ad oggetto il 9%, individuato sottraendo alla liquidazione del complessivo 12%, il 3% di invalidità permanente che si sarebbe comunque verificata ai danni del Sig. **Pt_1** è, infatti, questo differenziale il pregiudizio che parte convenuta ha effettivamente provocato all’attrice quale conseguenza della negligenza in sede chirurgica.

Quanto poi alla scelta di tener conto delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano si evidenzia come la Suprema Corte di Cassazione ha avuto modo di affermare che dette tabelle risultano essere quelle in grado di garantire un criterio generale per una valutazione che, con l’apporto dei necessari

ed opportuni correttivi ai fini della c.d. personalizzazione del ristoro, consenta di pervenire alla relativa determinazione in termini maggiormente congrui, sia sul piano dell'effettività del ristoro del pregiudizio che di quello della relativa perequazione – nel rispetto delle diversità proprie dei singoli casi concreti – sul territorio nazionale (cfr. Cass., n. 14402/2011; Cass., n. 15760/2006), in quanto in grado di rappresentare un valido criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex art. 1226 c.c. (cfr. Cass. n. 12408/2011).

Le summenzionate tabelle sono state, inoltre, redatte nel pieno rispetto dei principi enunciati dalle Sezioni Unite nel 2008, con le quali è stata riconosciuto carattere monolitico alla figura del danno non patrimoniale.

In ossequio a tale principio, l'Osservatorio ha rilevato l'esigenza di una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale biologico e di ogni altro danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute, proponendo quindi la liquidazione congiunta:

- del danno non patrimoniale conseguente a “lesione permanente dell'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico – legale”, sia nei suoi risvolti anatomico – funzionali e relazionali medi ovvero peculiari;
- del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di dolore o sofferenza soggettiva, in via di presunzione con riferimento ad un dato tipo di lesione.

In sintesi, in base alle suesposte indicazioni, occorre procedere alla liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di danno biologico “standard” e di danno morale.

Pertanto, sulla base delle risultanze della consulenza tecnica, il pregiudizio non patrimoniale patito da Parte_1 valutato al momento della condotta lesiva posta in essere nel 2002, e dunque quando l'attore aveva 23 anni, deve essere quantificato in complessivi euro 28.206,00 (vale a dire invalidità permanente al 12% pari a euro 32.693,00 – invalidità permanente al 3%, pari a euro 4.387,00).

Tale liquidazione effettuata con l'impiego di tabelle ove, nel punto base, risulta inclusa la componente non patrimoniale del danno, già qualificata come “danno morale”, deve essere ulteriormente aumentata del 20%, e quindi della somma pari ad euro 5.641,2, per un totale di euro 33.847,2 in considerazione della peculiarità del caso di specie e dell'acuta sofferenza provata dal ragazzo, all'epoca di 23 anni, per le presumibili pesanti conseguenze che il fatto ha provocato nella sua vita quotidiana e di relazione, sia sul piano motorio-funzionale, sia sul piano sociale. A ciò si deve aggiungere il danno biologico da invalidità temporanea, da liquidarsi nella complessiva somma di euro 6.072, di cui euro 1.728 per 18 giorni di invalidità totale, euro 2520,00, per 35 giorni di invalidità al 75%, euro 1344 per 28 giorni di invalidità al 50%, nonché euro 480 per 20 giorni di

invalidità al 25%. Sommando i due importi liquidati a titolo di danno non patrimoniale “permanente” e “temporaneo”, si perviene alla somma complessiva, già rivalutata di euro 39.919,2. Alla somma così liquidata in conto capitale, già al valore attuale, deve essere, inoltre, aggiunto, a titolo di risarcimento del danno da lucro cessante, un ulteriore importo per il mancato godimento della somma liquidata a titolo di risarcimento.

Quanto al calcolo degli interessi compensativi, occorre applicare il criterio elaborato nella sentenza della Corte di Cassazione a Sezione Unite 17.2.1995 n. 1712.

In applicazione di tale criterio, al fine del calcolo degli interessi, la somma capitale come sopra determinata deve essere devalutata dalla data della pubblicazione della sentenza alla data dell’illecito (29.11.2002), e sulla somma così ottenuta, progressivamente rivalutata anno per anno in base agli indici *Org_1* fino alla data della pubblicazione della sentenza, devono calcolarsi gli interessi al tasso legale.

Sull’intera somma liquidata per sorte capitale e lucro cessante decorrono gli interessi legali dal giorno della pubblicazione della sentenza al saldo.

La domanda pertanto merita accoglimento nei termini precisati.

Vengono poste a carico di parte convenuta le spese liquidate come da separato decreto per la CTU e poste provvisoriamente a carico di parte attrice, costituendo la sentenza titolo esecutivo per la restituzione.

Le spese di lite seguono la soccombenza e vengono liquidate come da dispositivo

P.Q.M.

Il Tribunale di Macerata, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda ed eccezione disattesa, così provvede:

- a) accoglie la domanda di parte attrice nei limiti di cui in motivazione e per l’effetto condanna l’ *Controparte_1* in persona del Direttore e legale rappresentante p.t., al pagamento nei confronti di *Parte_1* della somma di euro 39.919,2, oltre ad interessi compensativi nei limiti di cui in motivazione ed interessi legali dalla data di pubblicazione della sentenza al saldo;
- b) condanna l’ *Controparte_1*, in persona del Direttore e legale rappresentante p.t., alla refusione della spese del presente giudizio nei confronti di *Parte_1* che si liquidano in euro 7.254 per compensi professionali e in euro 697,02 per esborsi, oltre al rimborso forfettario delle spese generali nella misura del 15%, IVA e C.p.a. come per legge, da distrarsi in favore dei difensori dell’attore, dichiaratisi antistatari;

c) pone definitivamente a carico della convenuta le già liquidate spese di C.T.U., costituendo la presente sentenza titolo per il rimborso di esse in favore dell'attore per quanto e nei limiti da questi eventualmente anticipato.

Macerata, 24 ottobre 2016

Il Giudice
dott.ssa Maika Marini