TRIBUNALE DI MACERATA

Sezione Civile

in composizione monocratica in persona del dott. Andrea Enrico Polimeni, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 14 giugno 2022 nella causa iscritta al n. 879/2021 R.G. vertente tra

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentata e difesa dagli avv.ti [redacted] e [redacted]

- ricorrente -

e

Controparte_1 **(P. IVA** *P.IVA_1*, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

- resistente -

ha emesso la seguente

O R D I N A N Z A *EX* ART. 702-TER C.P.C.

Fatto e diritto

Con ricorso *ex* art. 702-*bis* c.p.c. depositato il 22 marzo 2021 e ritualmente notificato, *Parte_1* premesso di aver in precedenza promosso procedimento per accertamento tecnico preventivo con ricorso proposto *ex* art. 696-*bis* depositato il 13 febbraio 2019 e che i Consulenti avevano depositato la relazione il 24 dicembre 2020, ha adito l'intestato Tribunale chiedendo l'accoglimento delle seguenti conclusioni: «*Voglia l'On. Tribunale di Macerata,*

> nel merito accertare e dichiarare la responsabilità della struttura sanitaria Controparte_2 di Macerata, nella causazione del danno sofferto dalla sig.ra Parte_1 a causa di errore iatrogeno così come sopra illustrato;

> accertare e dichiarare che in conseguenza dell'errore medico CP_3 [...] ha reliquato i danni dedotti in narrativa;

> per l'effetto condannare CP_2 in persona del legale rappresentante pro tempore, corrente in [redacted] di Ancona, codice fiscale e partita iva P.IVA_1 per i titoli indicati e descritti in narrativa, al risarcimento dei danni subiti da Parte_1 in conseguenza dell'errato trattamento sanitario, nella misura accertata in corso di causa e che sarà ritenuta di giustizia, maggiorata di interessi e rivalutazione dal fatto al saldo;

> condannare CP_2 a pagare spese e compensi di avvocato della espletata procedura ex art. 696 bis c.p.c. (maggiorata di rimborso forfettario, CAP e IVA), oltre costi della CTU e del CTP, oltre i costi di partecipazione del proprio CTP alla CTU;

> condannare CP_2 alla rifusione di spese e compensi di avvocato della presente procedura, oltre rimborso forfettario spese generali ed accessori come per legge».

A fondamento della pretesa ha in particolare dedotto:

- che l'1 giugno 2015, a seguito di una manifesta sintomatologia algica relativa a calcolosi renale dx, si era sottoposta ad esame ecografico completo che aveva evidenziato «*rene dx e sx: presenza a dx di idro-nefrosi (dilatazione calico*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006

pielica e del giunto pielo uretrerale di 3.1 cm) con spots iperecogeni con tendenza al cono d'ombra come da microlitiasi soprattutto al III medio inf. Utile valutazione specialistica...»;

- che, sottoposta a visita il 10 giugno 2015 presso la *Organizzazione_1* [redacted] di Ascoli Piceno, era risultata «*affetta da microlitiasi renale dx con presenza di idronefrosi (dilatazione calico pielica e del giunto pielo – ureterale di 3.1 cm al III medio inferiore)*», e, pertanto, le erano stati prescritti: 1) esami ematochimici; 2) esami sulle urine 24 h; 3) rx addome semplice per valutare la radio opacità o radio trasparenza del calcolo;

- che il 19 giugno 2015, a seguito di sintomatologia algica, sempre derivante dalla diagnosticata calcolosi renale dx, si era recata presso il pronto soccorso dell [redacted] e, dopo essere stata sottoposta ad esame ecografico all'addome completo, che mostrava «*come elemento di rilievo sindrome del giunto pieloureterale a destra caratterizzato da marcata dilatazione della pelvi renale ed in minor misura di tutti i gruppi caliceali*», era stata dimessa con diagnosi di «*idroureteronefrosi destra*» con consiglio di ulteriore visita urologica;

- che il 18 settembre 2015, recatasi presso il reparto di Urologia [redacted] di Macerata per sottoporsi a controllo clinico pre-ricovero chirurgico, oltre a visita anestesiologica e a ECG, era stato effettuato esame ematico;

- che l'esame colturale delle urine con antibiogramma effettuato il 22 settembre 2015 aveva evidenziato «*carica batterica 10^6 UFC/ml Proteus Mirabilis resistente a cefalexina, cefpodoxime, cefuroxime, sensibile a cefixime, cefotaxime, ciprofloxacina, trimetoprim/sulfametossazolo*»;

- che, dopo essersi ricoverata presso la U.O. di Urologia [redacted] di Macerata, il 2 ottobre 2015 si era sottoposta ad intervento chirurgico «*di plastica del giunto pielo-ureterale destro con rilievo di diversi kinking ed una dilatazione calico-pielica importante*»;

- che nel corso della quarta giornata postoperatoria si era manifestata insufficienza renale acuta e febbre;

- di essere stata dimessa il 28 ottobre 2015 apiretica, in minzione spontanea e con indicazione a *follow-up* ematochimico ed ecografico;

- che la convalescenza era stata caratterizzata da elevata insufficienza renale postoperatoria protrattasi per diversi mesi e stabilizzatasi solo in seguito con valori comunque superiori rispetto al livello di normalità;

- che dalle successive visite nefrologiche, cardiologiche e dagli esami ematici effettuati, era risultata essere affetta da insufficienza renale di stadio 2 derivante dalle complicanze settiche del postintervento di correzione di stenosi del giunto a destra, ipertensione arteriosa secondaria post insufficienza renale acuta in terapia dietetica e farmacologica;

- che i postumi invalidanti permanenti erano riconducibili esclusivamente alla imperizia, imprudenza e negligenza del personale sanitario dell' *Parte_2* *[...]* in quanto prima di procedere con l'intervento chirurgico non era stata garantita la sterilità delle urine tramite l'esecuzione di esami colturali seriati delle stesse;

- che, come emerso all'esito della CTU espletata nell'ambito del procedimento per ATP, i postumi invalidanti permanenti erano pari al 25% della complessiva integrità psicofisica.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006

Costituitasi in giudizio, *Controparte_2* ha contrastato l'avversa pretesa chiedendone il rigetto.

La causa, istruita tramite l'acquisizione del fascicolo dell'ATP iscritto al n. 463/2019 R.G., all'udienza del 14 giugno 2022 è stata trattenuta in riserva per la decisione.

*****

Ai fini della corretta soluzione della controversia, avendo carattere pregiudiziale, deve essere innanzitutto esaminata l'eccezione di incompetenza territoriale sollevata dalla resistente.

L'eccezione, ai limiti della temerarietà se non oltre, è infondata essendo sufficiente osservare che la prestazione sanitaria è stata eseguita a Macerata, che pertanto rappresenta un foro facoltativo ai sensi dell'art. 20 c.p.c.

Quanto invece al merito della controversia, la domanda è fondata nei limiti che seguono.

Preliminarmente, si rende opportuno precisare che nella presente controversia viene invocata esclusivamente la responsabilità della struttura sanitaria e non anche del medico e che tra le parti costituite non vi è stata alcuna contestazione in ordine alla natura della responsabilità professionale della struttura sanitaria convenuta, la quale, infatti deve ritenersi di natura contrattuale ai sensi dell'art. 1218 e 1228 c.c.

Ed infatti, secondo l'insegnamento consolidato della giurisprudenza di legittimità, la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità, va inquadrata nella responsabilità da inadempimento *ex* art. 1218 c.c. (cfr. Cass. n. 9556/2002 e Cass. n. 577/2008).

Fra la struttura sanitaria ed il paziente, per effetto della mera accettazione del paziente, sorge infatti un rapporto di natura contrattuale atipico denominato di "spedalità" o di "assistenza sanitaria", per effetto del quale la struttura assume l'obbligo di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia prestazioni secondarie ed accessorie – fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero – (cfr. Cass. n. 8826/2007).

La responsabilità della struttura per i danni che si verificano in ambito sanitario è una responsabilità che scaturisce dall'inadempimento e/o dall'inesatto adempimento di una delle varie prestazioni che è direttamente obbligata ad eseguire in base a tale contratto atipico

Ai fini della diretta riferibilità *ex* artt. 1218-1228 c.c. delle conseguenze risarcitorie dell'illecito non assume particolare rilevo che il contraente/debitore nell'adempimento delle sue obbligazioni si avvalga – per l'esecuzione delle prestazioni strettamente sanitarie di particolari figure professionali abilitate – necessariamente di propri dipendenti o di collaboratori esterni. Ne deriva che la struttura sanitaria per essere esonerata dalla responsabilità risarcitoria verso il paziente è tenuta a fornire la prova positiva che le conseguenze dannose di tale condotta non le sono imputabili a titolo di inadempimento delle obbligazioni oggetto del contratto di spedalità.

Nel caso in esame, i CTU nominati nel procedimento per ATP, dott. *Persona_1* specialista in medicina legale, e dott. *Persona_2* specialista in chirurgia generale e Urologia, conformemente all'incarico ricevuto, con lucida ed esaustiva indagine, correttamente condotta, esente da vizi logici e/o giuridici e quindi da recepire integralmente (eccetto le valutazioni sulle spe-

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006

se mediche su cui *infra*), tenuto altresì conto delle puntuali, motivate (con specifici richiami alla letteratura medica) ed articolate risposte alle osservazioni critiche dei CTP della resistente (pag. 21 e ss.), rispondendo ai quesiti loro sottoposti hanno osservato quanto segue:

«*Il punto critico di questo percorso clinico-assistenziale a cui era sottoposta la Signora* Pt_1 *è da ricondurre proprio al meccanismo eziopatogenetico che ha determinato l'infezione urinaria con conseguente sepsi. L'infezione comparsa in quinta giornata post-operatoria è da considerarsi come infezione post-operatoria del sito chirurgico (rene destro e le vie urinarie superiori omolaterali); trattasi di evento avverso, prevedibile e prevenibile, che rappresenta il 15-20% delle ICA (infezioni legate alla continuità assistenziale), tra le quali occupano il secondo posto per frequenza, e può interessare sia i tessuti molli superficiali e profondi (2/3 dei casi) che gli organi e gli spazi interessati dall'intervento (1/3 dei casi). Come ben argomentato da più Autori, nella valutazione medico-legale di un caso di responsabilità da infezione nosocomiale, fenomenologia ampiamente discussa in ambito dottrinario sia clinico che medico legale ed oggi più correttamente inquadrabile appunto nell'acronimo ICA, è fondamentale conoscere, oltre alla storia clinica, anche la natura, lo stato e la qualità dei protocolli di prevenzione adottati nell'ospedale imputato1, non potendo non avere a mente la massima espressa dalla sentenza n. 577/2008 delle Sezioni Unite Civili che pronuncia: "…incombe alla Struttura la prova dell'inesistenza dell'inadempimento, ovvero di aver disinfettato e sterilizzato con successo la sala o le apparecchiature, od in alternativa la prova dell'inesistenza del rapporto di causalità fra l'inadempimento ed il danno per la preesistenza dell'infezione…".*

Nel caso di specie i sottoscritti non hanno modo di verificare la diligenza della Struttura ospedaliera rispetto alle buone prassi ed ai protocolli operativi; non è possibile, infatti, dalla documentazione in atti, verificare l'applicazione e la congruità, o meno, delle cosiddette "precauzioni universali o standard", quali il lavaggio delle mani, la gestione dei dispositivi di protezione per il personale sanitario, la pulizia, la disinfezione e la sterilizzazione dei presidi di applicazione nel sito chirurgico, la decontaminazione e la pulizia ambientale in base all'area a basso, medio ed alto rischio, le precauzioni per ridurre il rischio di infezione nell'esecuzione di specifiche procedure invasive. Parimenti non risulta in atti l'eventuale l'effettuazione di campionamenti ambientali, la tenuta di un registro annuale e pluriennale delle infezioni nosocomiali o dei microorganismi individuati nel corso degli anni. A tal proposito è interessante riportare una pronuncia di merito del Tribunale di Roma, proprio in tema di prevenzione delle infezioni nosocomiali. La sentenza ha preso in esame i principali riferimenti normativi in tema di prevenzione delle infezioni nosocomiali, tra cui vanno ricordate la già citata Circolare Ministeriale n. 52/85 e la n. 8/88 e, più recentemente, il D.M. del 13/09/1988, il D.P.R 384/90 [19] e il D.L. 502/92. Questi riferimenti normativi rimarcano il ruolo centrale del Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.), definito come "organismo multidisciplinare responsabile dei programmi e delle strategie di lotta e di contrasto contro le infezioni ospedaliere", che ha responsabilità nel "definire le linee di intervento per contrastare le infezioni ospedaliere; predisporre i piani annuali di intervento a livello aziendale; verificare l'attuazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia; valutare i metodi e l'operatività in atto per il controllo delle infezioni professionali del personale dell' Parte_3 *[...] ; redigere relazione annuale da trasmettere al Direttore Generale nella qua-*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006

le si riporta la sintesi delle attività svolte, i risultati raggiunti e le risorse impegnate"4. Secondo la richiamata sentenza l'unico modo per escludere, in caso di infezione nosocomiale, una responsabilità della Struttura è che quest'ultima fornisca la "…prova positiva di aver fatto tutto quanto la scienza del settore ha finora escogitato per evitare o quanto meno ridurre al massimo il rischio di contaminazione…", così da qualificare l'evento specifico come non prevenibile o non altrimenti evitabile.

Nel caso di specie non si rileva, dalla documentazione esaminata, una aderenza alle raccomandazioni sopraesposte, essendo necessario non solo dotarsi, sempre che essi vi siano, di rigorosi protocolli igienico sanitari, ma anche di monitorizzarne l'applicazione, eseguire e documentare gli esiti dei controlli periodici propedeutici alla verifica del livello di asetticità degli ambienti, delle sale operatorie e della strumentazione. D'altro canto, la necessità di mettere in atto campionamenti microbiologici ed un registro degli stessi è necessario al fine di verificare che una prassi di disinfestazione e sterilizzazione sia realmente efficace, evidenziandosi che la sua effettuazione non dimostra, di per sé, l'efficacia del conseguimento del risultato atteso, laddove in Letteratura viene riportato come, oltre il 60% delle infezioni del sito chirurgico siano prevenibili con appropriati interventi. Non è quindi per i sottoscritti CCTTUU possibile stabilire, ad esempio, che per una mancata aderenza alla misura standard maggiormente accreditata, proprio il lavaggio delle mani, vi possa essere stata una contaminazione del sito chirurgico o dei presidi utilizzati, e ciononostante l'adozione della profilassi antibiotica la cui valenza non è di per se sufficiente, in assenza delle altre misure precauzionali, a garantire l'asepsi del sito biologico.

Oltre alla modalità esogena, nel caso in esame l'infezione del sito chirurgico potrebbe essere legata ad un meccanismo di attivazione e virulentazione di germi presenti nell'organismo e in particolar modo nell'apparato sottoposto a trattamento chirurgico (infezione endogena); trattasi di evenienza favorita dalle procedure insite in tale tipo di intervento e cioè apertura delle vie urinarie, sanguinamento nelle stesse, applicazione retrograda di cateteri, persistenza di comunicazione trans corporea del sito chirurgico.

La presenza di sintomatologia clinica riconducibile ad infezioni endogene deve indurre a trattamento preventivo delle infezioni stesse prima di un intervento chirurgico anche propugnando il differimento dello stesso nei casi possibili (CDC 1999, IA; SFHH 2004, A2; SHEA 2008, AII); inoltre la profilassi antibiotica preoperatoria deve seguire le indicazioni degli esami colturali e dei relativi antibiogrammi.

La prevenzione della possibilità di infezioni endogene del sito operatorio in pazienti asintomatici o in assenza di quadri clinici infettivi, viene indicata mediante raccomandazioni in cui si propugna l'esecuzione di uno screening urinario di batteriuria nei casi di pazienti da sottoporre a procedure chirurgiche sulle vie urinarie; ciò allo scopo di individuare eventuali batteri endogeni che possano generare successive infezioni del sito chirurgico (Organizzazione_2 *2015,* [...] Organizzazione_3 *, MSD* Org_4 *ect).*

Ritornando quindi alla vicenda della Signora Pt_1 *negli esami preoperatori eseguiti manca lo screening della batteriuria eseguibile in un campione di urine. Nella cartella clinica, infatti, nell'ambito degli esami di screening preoperatorio non è presente l'esame urine e quindi non è stato possibile accertare la presenza di quella batteriuria di cui viene raccomandata la ricerca prima di ogni manovra o*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006

chirurgia delle vie urinarie. Tale mancato accertamento (in un soggetto, lo ricordiamo, con urinocoltura positiva per la crescita di Org_5 *non ha quindi consentito di individuare la presenza di un'eventuale infezione latente che avrebbe permesso di intraprendere una corretta e mirata profilassi antibiotica.*

In definitiva ***è legittimo affermare che la signora*** Pt_1 ***con probabilità elevata o qualificata, evidentemente riferendosi al criterio civilistico della soglia causale del "più probabile che non", sia incorsa in una infezione nosocomiale****; ciò stante il tipo di intervento, qualificabile come pulito e il compatibile lasso temporale rispetto all'intervento chirurgico stesso, potendosi escludere, con certezza, che l'infezione sia derivata da altre sedi infettive*» (pag. 16-19).

Sulla scorta di tali considerazioni medico-legali, la responsabilità della resistente non può essere messa in discussione.

Per ciò che invece attiene alla quantificazione del danno biologico, i CTU hanno determinato nella misura del 25% la riduzione della complessiva integrità psicofisica conseguente alla condizione di insufficienza renale cronica al secondo stadio, la quale ha anche comportato una inabilità temporanea parziale al 100% per 20 giorni, una parziale al 30% per altri 30 giorni.

Ciò posto, per quanto concerne la valutazione del danno non patrimoniale, premesso che non è applicabile il disposto dell'art. 3, comma 3, del D.L. n. 158/2012 non venendo in rilievo un danno di lieve entità e non essendo stata adottata la tabella per i danni di non lieve entità, in applicazione delle Tabelle di Milano del 2021 per il calcolo del danno non patrimoniale derivante da lesione dell'integrità psicofisica, assumendo quale misura dell'invalidità permanente quella del 25%, e considerato che la ricorrente, alla data dell'intervento, aveva ancora 59 anni, il danno non patrimoniale è quantificabile, al valore attuale, in complessivi € 97.809,00, di cui € 67.332,00 per danno biologico, € 27.606,00 per sofferenza soggettiva interiore ed € 2.871,00 per invalidità temporanea.

Per quanto poi concerne la personalizzazione del danno non patrimoniale pur invocata dalla ricorrente, giova innanzitutto ricordare quanto in linea di principio sostenuto dalla giurisprudenza di legittimità: «*Il grado di invalidità permanente espresso da un baréme medico legale esprime la misura in cui il pregiudizio alla salute incide su tutti gli aspetti della vita quotidiana della vittima. Pertanto, una volta liquidato il danno biologico convertendo in denaro il grado di invalidità permanente, una liquidazione separata del danno estetico, alla vita di relazione, alla vita sessuale, è possibile soltanto in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, le quali rendano il danno concreto più grave, sotto gli aspetti indicati, rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età. Tali circostanze debbono essere tempestivamente allegate dal danneggiato, ed analiticamente indicate nella motivazione, senza rifugiarsi in formule di stile o stereotipe del tipo "tenuto conto della gravità delle lesioni"*» (Cass. 7 novembre 2014 n. 23778); «*In tema di danno non patrimoniale, qualora il giudice, nel soddisfare esigenze di uniformità di trattamento su base nazionale, proceda alla liquidazione equitativa in applicazione delle "tabelle" predisposte dal Tribunale di Milano, nell'effettuare la necessaria personalizzazione di esso, in base alle circostanze del caso concreto, può superare i limiti minimi e massimi degli ordinari parametri previsti dalle dette tabelle solo quando la specifica situazione presa in considerazione si caratterizzi per la presenza di circostanze di cui il parametro tabellare non possa aver già tenuto conto, in quanto elaborato in astratto in base all'oscillazione ipotizzabile in ragione delle diverse situazioni ordi-*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006

nariamente configurabili secondo l'"id quod plerumque accidit", dando adeguatamente conto in motivazione di tali circostanze e di come esse siano state considerate» (Cass. 23 febbraio 2016 n. 3505; nello stesso senso, più di recente, Cass. 18 marzo 2021 n. 7597).

Ciò premesso, nel caso di specie va rilevato che la ricorrente ha chiesto la personalizzazione del danno senza tuttavia nulla di specifico allegare e tantomeno provare.

Conseguentemente, non vi è spazio per procedere ad alcuna personalizzazione del danno.

Peraltro, con riguardo al diverso pregiudizio consistente nel turbamento psichico transitorio e soggettivo conseguente, da ritenersi sussistente in via presuntiva alla luce del quadro invalidante accertato, dell'illecito di cui è rimasto vittima e della sua età – pregiudizio che integra il c.d. danno morale, inteso non come categoria autonoma, ma come figura descrittiva di un aspetto del danno non patrimoniale (Cass. S.U. 11 novembre 2008 n. 26972), da riconoscersi (per tutte Cass. 17 settembre 2010 n. 19816) e da liquidarsi sempre in via equitativa *ex* artt. 1226 c.c. – deve rilevarsi che le Tabelle utilizzate già includono questo tipo di pregiudizio (dal 2009 le tabelle del Tribunale di Milano propongono la c.d. liquidazione unitaria, comprensiva, cioè, sia di ciò che era risarcito come danno biologico standard che del danno morale; si v. i relativi Criteri orientativi), onde non vi è spazio per riconoscere ulteriori somme, pena la duplicazione del danno.

Per altro verso, non essendo una spesa sostenuta per *cure mediche*, non può essere considerata spesa medica riconducibile all'inadempimento e, dunque, risarcibile, quella di € 1.220,00 sostenuta dalla ricorrente a titolo di compenso professionale per la perizia medico-legale svolta dott. *Persona_3*

In definitiva, la somma da liquidare a titolo risarcitorio ammonta ad € 97.809,00.

A tale ultima somma, liquidata al valore attuale, dovranno poi essere aggiunti gli interessi compensativi nella misura legale *ex* art. 1284, comma 1°, c.c. da calcolare su detta somma devalutata al momento del sinistro (ottobre 2015), e via via rivalutata anno per anno far data dal 2 ottobre 2015 (Cass. S.U. 17 febbraio 1995 n. 1712) secondo gli indici *Org_* sino alla pubblicazione della sentenza.

Dalla pubblicazione della sentenza sino al saldo, sulla somma così determinata decorreranno poi gli interessi di mora in misura legale *ex* art. 1284, comma 1°, c.c.

Le spese di lite, ivi incluse quelle di ATP (cfr. Cass. 8 giugno 2017 n. 14268), devono essere interamente poste a carico della resistente in ragione della soccombenza.

Per le stesse ragioni, le spese di CTU espletata nel procedimento per ATP, come ivi liquidate, devono essere definitivamente poste a carico della resistente.

P.Q.M.

Il Tribunale di Macerata, Sezione Civile, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa civile recante n. 879/2021 R.G., disattesa ogni altra domanda, eccezione e difesa, così decide:

1) **condanna** la resistente al pagamento in favore della ricorrente di € 97.809,00 oltre interessi come in motivazione a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006

2) **condanna** la resistente a rifondere alla ricorrente le spese di lite liquidate in € 665,50 per esborsi ed € 12.000,00 per compensi, oltre al 15% per rimborso spese forfettarie, IVA e CPA come per legge
3) **pone** definitivamente a carico della resistente le spese di CTU espletata nel procedimento per ATP n. 463/2019 R.G. come ivi liquidate.

Si comunichi.

Macerata, 25 giugno 2022

Il Giudice
(Andrea Enrico Polimeni)

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-1006