



TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
PRIMA SEZIONE CIVILE

Nel procedimento ex art. 702 bis c.p.c. iscritto al n. r.g. 3217/2020 promosso da:

Parte_1 (C.F. **C.F._1**) con il patrocinio dell'avv. **[REDACTED]**
[REDACTED] elettivamente domiciliato in **[REDACTED]** presso il difensore avv. **[REDACTED]**

RICORRENTE

contro

Controparte_1 (C.F. **P.IVA_1**) con il patrocinio dell'avv. **[REDACTED]** e
elettivamente domiciliato in **[REDACTED]** presso il difensore avv. **[REDACTED]**

RESISTENTE

Il Giudice dott. Serena Nicotra,
a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 25/01/2022,
ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

1. La esposizione delle domande e delle difese svolte dalle parti

La ricorrente **Parte_1** ha chiesto la condanna della convenuta **Controparte_1** al risarcimento dei danni derivanti da responsabilità contrattuale nell'esecuzione dell'intervento chirurgico di foro maculare e cataratta all'occhio destro, eseguito il 21.3.2012 presso la citata Casa di Cura, danni così determinati: a) € 59.993,00 a titolo di danno da compromissione permanente dell'integrità fisiopsichica della paziente, come danno differenziale dal 28% al 12%; b) € 1.650,00 per 15 giorni di invalidità assoluta, € 825,00 per 10 giorni al 75%, € 550,00 per 10 giorni al 50%, € 275,00 per 10 giorni al 25%; c) € 5.999,30 per la personalizzazione del risarcimento; d) 575,04 per spese mediche, oltre ad interessi e rivalutazione ed al rimborso delle spese del procedimento ex art. 696 bis c.p.c.

La ricorrente ha richiamato integralmente, a sostegno dell'an della pretesa, le risultanze della consulenza preventiva depositata nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. promosso dalla stessa ricorrente, che ha accertato, secondo il criterio del più probabile che non, il verificarsi di una infezione di origine nosocomiale non che ha portato allo sviluppo di endoftalmite ed ai conseguenti postumi consistenti nella perdita funzionale dell'occhio destro.

Si è costituita la resistente che ha chiesto il rigetto della domanda, allegando l'assenza di prova del nesso causale tra l'insorgere dell'infezione da *enterococcus faecalis* e le prestazioni sanitarie rese da **Org-**

█ in favore della paziente, evidenziando che in sede di consulenza preventiva era rimasta ignota la causa dell'infezione e non si era escluso che la infezione fosse stata provocata dalla stessa paziente.

In secondo luogo, la resistente ha allegato di avere eseguito la prestazione nel rispetto di tutti i protocolli e le regole necessarie a prevenire lo sviluppo dell'infezione e di essere, quindi, esente da colpa, data l'inevitabilità dell'evento.

CP_2 ha poi contestato la quantificazione dei danni svolta dalla ricorrente.

All'esito dell'acquisizione del fascicolo della consulenza preventiva e della formulazione di proposta ex art. 185 bis c.p.c. non accettata dalla ricorrente, il giudizio è stato rinviato per la discussione.

2. La materia del contendere e la consulenza tecnica preventiva

In base al contenuto degli atti introduttivi, il *thema decidendum* verte sull'accertamento della dedotta responsabilità contrattuale della convenuta Controparte_3 per l'insorgenza di infezione nosocomiale nel corso del ricovero per l'esecuzione dell'intervento di cataratta all'occhio destro.

Dalla consulenza preventiva redatta dal dott. CP_4 e dal dott. Per_1 emergono i seguenti dati:

- a) in data 21 marzo 2012 Parte_1 è stata sottoposta ad intervento di VTC (vitrectomia) +peeling +faco-iol all'occhio destro con decorso regolare e dimissioni lo stesso giorno dell'intervento;
- b) in data 23 marzo la parte è stata inviata presso l'ospedale Org_2 per sospetta endoftalmite, ove si accertava lo sviluppo di endoftalmite acuta batterica con gravissimo deficit permanente della funzionalità visiva dell'occhio destro;
- c) in via generale l'endoftalmite è un processo infettivo dell'occhio che vede il coinvolgimento del vitreo e dell'umore acqueo, che nella maggior parte dei casi ha origine batterica. Si tratta di infezione che nella maggior parte dei casi viene contratta al momento dell'intervento chirurgico per contaminazione intraoperatoria e, più raramente, per diffusione di infezione corneale, per contaminazione batterica dopo un trauma penetrante all'occhio. Inoltre, nelle forme postchirurgiche i sintomi compaiono generalmente entro una settimana dall'intervento;
- d) le infezioni ospedaliere o nosocomiali si definiscono come quelle infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti assistenziali, che non erano manifeste clinicamente né in fase di incubazione al momento dell'ingresso e che si rendono evidenti dopo almeno 48 ore dal ricovero. Sotto il profilo patogenetico si distinguono in endogene (ovvero quelle che originano dalla penetrazione in siti sterili di batteri normalmente presenti sulla cute o sulle mucose del soggetto a causa di fattori predisponenti dell'ospite o a seguito di procedure invasive che alterano la integrità della barriera cutanea) ed esogene (che sono causate da batteri provenienti da una sorgente esterna al soggetto infettato, come il personale di assistenza, gli alti malati, l'ambiente). Sul punto, i CTU hanno rilevato che il caso della paziente rientra in questa seconda ipotesi;
- e) secondo i consulenti per tipologia ed epoca di insorgenza, nonché per la sequenza dei fatti rilevati dai documenti analizzati e dalla storia anamnesticamente raccolta durante le operazioni peritali, l'infezione patita dalla ricorrente va considerata con maggiore probabilità di origine nosocomiale;

- f) la perdita funzionale dell'occhio destro integra un danno biologico permanente pari al 28%; si è tuttavia ritenuto di dovere scorporare da tale percentuale quella che sarebbe comunque residua all'interessato anche in assenza delle problematiche settiche, stimata nella misura del 16%. Per tale motivo il danno biologico permanente è stato stimato nella misura del 12% come danno differenziale tra la percentuale del 28% e quella del 16%.

Si è poi ritenuto sussistente un danno di natura temporanea nella misura di 15 giorni al 100%, 10 giorni al 75%, 10 giorni al 50%, 10 giorni al 25%.

All'esito del deposito delle osservazioni dei CTP, i CTU hanno confermato le conclusioni della bozza, evidenziando come, pur non potendosi escludere una autoinfezione, sia da ritenersi più probabile la sua origine nosocomiale.

3. La valutazione della consulenza tecnica

Ritiene il giudicante di condividere le conclusioni della consulenza preventiva, in quanto frutto dell'accurata valutazione di tutti i dati emergenti dai documenti clinici prodotti, fondate sulla applicazione di criteri tecnici esenti da censure, motivate con logicità ed in modo esaustivo.

In particolare, si condivide il giudizio dei CTU sulla maggiore probabilità che l'infezione contratta dalla paziente abbia origine nosocomiale.

Al riguardo, oltre alla constatazione della sede dell'infezione, che ha interessato per l'appunto la ferita chirurgica, appare rilevante il tempo di incubazione, essendosi manifestato il dolore la notte del 22 maggio ed essendo stata accertata la presenza del processo infettivo il giorno successivo, all'atto del ricovero presso [REDACTED] Org_2 di Monza.

Invero, come emerge dalla consulenza tecnica, questo tipo di infezione viene contratta solitamente al momento dell'intervento chirurgico per contaminazione intraoperatoria e più raramente per diffusione da infezione corneale o per contaminazione batterica dopo trauma all'occhio o per disseminazione durante batteriemia a partire da altro focolaio infettivo. Inoltre, sotto il profilo della tempistica, si è rilevato come le infezioni ospedaliere non manifestate clinicamente né in incubazione al momento dell'ingresso, si rendono evidenti almeno a distanza di 48 ore dal ricovero.

Orbene, nel caso in esame, come emerge dalla cartella clinica, la signora Pt_1 dopo l'intervento eseguito la mattina del 21 marzo, è stata ricoverata nel reparto della casa di cura ed è stata dimessa la mattina dopo.

In base alle annotazioni della scheda infermieristica (cfr. pag. 67-69 della cartella clinica), la paziente è rimasta sempre bendata, sia il pomeriggio del 21 marzo, sia la notte e la mattina dopo, prima delle dimissioni è stata visitata dal medico.

Sul punto, dalla deposizione del teste dott. Tes_1, si evince che è stato tale sanitario, all'atto del controllo, a sbendare la paziente.

Se quindi si considera che la attrice è rimasta bendata fino al 22 marzo e che i sintomi dell'infezione si sono manifestati il giorno dopo, va ritenuto improbabile, alla luce della rilevata tempistica di incubazione, che la paziente possa essersi provocata l'infezione al proprio domicilio, essendovi tornata per l'appunto in data 22 marzo.

Neppure vi sono elementi che permettano di ipotizzare che la contaminazione possa essere stata indotta dalla paziente durante il ricovero.

Invero, le annotazioni in cartella clinica all'atto del ricovero non attestano nulla di anomalo, ma, come già evidenziato, danno atto del fatto che la paziente era rimasta bendata.

Parimenti, nulla di anomalo viene riportato nella relazione clinica di dimissione redatta dal dott. **Tes_1**.

Il fatto che l'attrice fosse autonoma e non necessitasse di assistenza per recarsi ai servizi igienici appare, quindi, influente, dovendosi presumere che se l'attrice avesse tolto o spostato la medicazione per toccare l'occhio, di ciò se ne sarebbe accorto sia il personale infermieristico che l'oculista nella visita prima delle dimissioni.

Ciò posto, in base ai criteri di riparto dell'onere della prova, *“ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile ed inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione”* (Cass.civ.III, 11 novembre 2019 n. 28992).

Ne deriva che, laddove il creditore abbia assolto al proprio onere di provare il nesso di causalità tra la condotta del debitore e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, anche a mezzo di presunzioni, spetta al debitore dimostrare l'insussistenza dell'inadempimento o che esso derivi da impossibilità della prestazione a lui non imputabile e quindi da una causa esterna, imprevedibile ed inevitabile alla stregua dell'ordinaria diligenza di cui all'art. 1176 comma cod.civ..

Nel caso in esame, l'onere probatorio a carico della parte ricorrente risulta assolto, essendo emerso in base alle risultanze della consulenza tecnica che l'infezione che ha determinato l'insorgenza delle patologie e delle conseguenze accertate in sede di consulenza preventiva è stata contratta in ambiente ospedaliero.

Si tratta quindi di valutare se **Controparte_1** abbia a sua volta assolto all'onere di dimostrare l'imprevedibilità e l'imprevenibilità di tale evento.

Ritiene il giudicante che le risultanze istruttorie non consentano di ritenere raggiunta la prova liberatoria dalla responsabilità contrattuale gravante sulla struttura sanitaria ex art. 1218 cod.civ. relativa al rispetto di tutte le norme ed i protocolli che presiedono all'attività terapeutica compiuta e quindi della inevitabilità dell'evento.

Nel caso in esame la resistente, oltre ad avere dedotto mezzi istruttori, ha prodotto in giudizio i documenti relativi alle procedure di igiene e sterilizzazione dei materiali usati per gli interventi, della biancheria, unitamente alle istruzioni operative sul lavaggio delle mani e relative a prevenzione e sorveglianza delle infezioni ospedaliere (doc. 2-16), al fine di dimostrare il rispetto delle generali norme e condotte antisettiche e l'adozione di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, volte a scongiurare l'insorgenza di patologie infettive.

Tuttavia, tale documentazione non comprova che tutte le predette misure siano state effettivamente eseguite

al momento dell'intervento in esame.

In particolare, mentre in base alle risultanze della cartella clinica, vi è riscontro del controllo di sterilità sugli strumenti impiegati per l'intervento, non si può dire lo stesso per le procedure di lavaggio ed igienizzazione delle mani, che non risultano descritte in cartella clinica e la cui effettiva attuazione non si reputa dimostrabile attraverso le prove orali dedotte dalla convenuta di cui al capitolo 7 della memoria istruttoria.

Invero si osserva che sono stati indicati come testi su tale capitolo il dott. *Tes_2* il dott. *Tes_1* e l'infermiera *Tes_3* mentre risulta che dell'unità operativa facevano parte anche lo strumentista *CP_5* e l'anestesista dott.ssa *Per_2* (pag. 42 doc. 1 fascicolo convenuto).

Ne deriva che l'assunzione dei testimoni indicati dalla resistente non sarebbe stata comunque sufficiente ai fini della prova certa del rispetto da parte degli altri membri dell'equipe delle citate procedure.

In secondo luogo, non risultano prodotti i report ed i dati statistici relativi al tasso simile di infezioni verificabili nell'ambito della tipologia di procedura chirurgica oggetto di causa, all'incidenza di tali tipologie di infezioni presso la specifica unità operativa della struttura convenuta, anche al fine di poter valutare l'effettiva efficacia ed idoneità delle misure di sterilizzazione e sanificazione in uso nel corso del tempo.

Al riguardo i documenti prodotti riguardano gli interventi eseguiti lo stesso giorno della paziente nei due blocchi operatori ed un elenco degli interventi eseguiti nel 2017, unitamente alla dichiarazione del responsabile del laboratorio di analisi attestante la ricezione nel laboratorio delle richieste di esami colturali negli anni 2016, 2017 e 2018, nel quale si dà atto che nel 2017 non è pervenuta alcuna richiesta (doc. 19-21). Tuttavia, oltre alla scarsa valenza probatoria di tale documento, si osserva che il fatto che non siano pervenute richieste di esami colturali non è circostanza univocamente indicativa del mancato verificarsi di infezioni, ben potendo essere svolto l'esame colturale in altre strutture, come peraltro sembra avvenuto nel caso in esame in cui, in base alla annotazione contenuta in calce alla relazione clinica di dimissione redatta da *CP_2* (doc. 5 fascicolo attorea), la paziente è stata inviata dalla citata struttura al *Org_2* per sospetta endoftalmite il 23.3.2017, dove per l'appunto è stato eseguito l'esame colturale.

In questo quadro, non è quindi possibile affermare che vi sia stata una contaminazione occasionale o inevitabile, sia in quanto non risulta adeguatamente provato che la struttura ospedaliera abbia adempiuto con diligenza alla propria obbligazione, garantendo con riferimento allo specifico intervento la effettiva attuazione di tutte le misure di prevenzione allegate, sia in quanto non si rinvencono elementi oggettivi da cui evincere l'inevitabilità dell'evento, non essendo sufficiente a tal fine il mero dato della mancata denuncia di infezioni nelle altre procedure eseguite lo stesso giorno dell'intervento sulla ricorrente.

Alla luce dei rilievi fin qui formulati, va quindi ravvisata la responsabilità contrattuale della convenuta per inesatto adempimento delle prestazioni necessarie a ad evitare le lesioni poi subite dall'attrice, con conseguente diritto della parte al risarcimento dei danni non patrimoniali e patrimoniali emergenti che sono conseguenza immediata e diretta dell'inadempimento.

4. Il danno risarcibile

In base alle condivisibili valutazioni esposte nella consulenza tecnica d'ufficio, che il giudicante fa

proprie, vi è quindi un nesso causale diretto ed immediato tra la condotta ascritta alla convenuta e la evoluzione del quadro clinico della parte ricorrente, che ha portato allo sviluppo dell'infezione ed alla conseguente perdita funzionale dell'occhio destro.

Va, quindi, in primo luogo risarcito il danno di natura permanente, pari al 12%, sotto forma di aggravamento dalla percentuale del 16% al 28%.

Secondo l'insegnamento della Corte di Cassazione nella nota pronuncia n. 28986/2019, nel caso, come quello in esame, in cui la preesistenza ha aggravato il danno patito dalla vittima, occorre che il medico legale fornisca al giudicante una doppia valutazione, quella concreta dell'effettivo grado percentuale di invalidità permanente di cui la vittima sia complessivamente portatrice all'esito dell'infortunio, valutato sommando tutti i postumi riscontrato, di qualunque tipo e da qualunque causa provocati e quella, astratta ed ipotetica, pari all'ideale grado di invalidità permanente di cui la vittima era portatrice prima dell'infortunio.

La liquidazione del danno va di norma effettuata fatta sottraendo dal primo importo il secondo, salvo il potere-dovere del giudice di ricorrere all'equità correttiva ove l'applicazione rigida del calcolo che precede conduca, a risultati manifestamente iniqui per eccesso o per difetto.

Sul punto si ritiene di adottare quale parametro di riferimento per la liquidazione del danno le tabelle elaborate da questo Tribunale e comunemente adottate per la liquidazione equitativa ex art. 1226 cod.civ. del danno non patrimoniale derivante da lesione dell'integrità psico/fisica (criterio di liquidazione espressamente sancito dalla Suprema Corte – cfr. Cass. civ., III, 7 giugno 2011 n. 12408 e Cass. III, 26 agosto 2018 n.17018, Cass.civ. 6 maggio 2020 n.8532)

Il contenuto delle tabelle consente di distinguere la parte di somma liquidabile a titolo di ristoro del danno alla salute dalle lesioni e quella volta a risarcire il danno da sofferenza derivante dalle lesioni stesse.

Secondo l'insegnamento della giurisprudenza di legittimità, il danno biologico è quella componente di danno non patrimoniale che va intesa quale pregiudizio che esplica incidenza sulla vita quotidiana e sulle attività dinamico relazionali del soggetto, mentre il danno morale contraddistingue la sofferenza interiore del soggetto, manifestabile come dolore dell'animo, vergogna, disistima di sé, paura, disperazione, che richiede una separata allegazione, valutazione e liquidazione (Cass.civ. III, 19 febbraio 2019 n. 4878)

In particolare, come rilevato dalla Corte di Cassazione, *“ai fini della quantificazione equitativa del danno morale, l'utilizzo del metodo del rapporto percentuale rispetto alla quantificazione del danno biologico individuato nelle tabelle in uso, prima della sentenza delle S.U. n. 26972 del 2008, non comporta che, provato il primo, il secondo non necessiti di accertamento, perché altrimenti si incorre nella duplicazione del risarcimento; invece deve prima accertarsi, con metodo presuntivo, il pregiudizio morale subito, attraverso l'individuazione delle ripercussioni negative sul valore uomo, allegando i fatti dai quali emerge la sofferenza morale di chi ne chiede il ristoro, e successivamente, se provato, può ricorrersi al suddetto metodo percentuale come parametro equitativo”* (Cass. civ. III, 19 febbraio 2016 n. 3260)

Nel caso in esame, le ultime tabelle di Milano, aggiornate al 2021, prevedono, in relazione all'età della danneggiata al momento del fatto (86 anni) la somma di € 60.299,00 (ovvero 95.101,00 per il 28% da cui va dedotta la somma di € 34.802,00 corrispondente alla percentuale del 16%) di cui € 39.677,00 per la

componente del danno dinamico relazionale (€ 66.042 - € 26.365,00) e la residua somma per il danno da sofferenza interiore.

Poiché la ricorrente non ha svolto alcuna specifica allegazione sul danno da sofferenza interiore, va quindi riconosciuto alla stessa soltanto importo di € 39.677,00

Le stesse considerazioni valgono per il danno da inabilità temporanea che in base alle tabelle milanesi va liquidato considerando esclusivamente la parte di cifra corrispondente alla componente del danno biologico, pari a € 72,00 per ogni giorno di invalidità temporanea assoluta.

A tale titolo va quindi riconosciuto alla ricorrente l'importo complessivo di € 2160,00 (determinata considerando come valore base la somma di €72,00 per ogni giorno di invalidità assoluta, ridotta proporzionalmente per il grado di inabilità riconosciuta, e quindi € 1080,00 per 15 giorni al 100%, € 540,00 per 10 giorni al 75%, €360,00 per 10 giorni al 50%, € 180,00 per 10 giorni al 25%).

La ricorrente ha chiesto il riconoscimento di una personalizzazione del danno biologico pari al 10% allegando la sussistenza di una condizione di deficit rilevante anche all'occhio sinistro, con conseguente riduzione dell'autonomia della parte.

Al riguardo la Suprema Corte ha precisato che in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegate e provate dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna personalizzazione (Cass.civ.,III 11 novembre 2019 n.28988, Cass. ord.4 marzo 2021 n. 5865).

Nel caso in esame non si ritiene ricorrano i presupposti per la personalizzazione del danno, in quanto da un lato, le allegazioni svolte non fanno emergere la sussistenza di conseguenze pregiudizievoli da considerarsi *extra ordinem* rispetto a quelle normalmente subite da persone che subiscano danni dello stesso tipo.

Dall'altro lato, si rileva che, in base a quanto emerge dalla cartella clinica, la paziente all'ingresso aveva un visus all'occhio sinistro di 6/10, mentre all'occhio destro interessato dall'intervento di 3/10 e che non vi era evidenza, dell'incidenza delle pregresse condizioni sulla autonomia della ricorrente (cfr. schede di cui a pag. 72 e 73 della cartella).

Dall'altro lato, anche il contenuto della perizia di parte prodotta dalla ricorrente non evidenzia ricadute sull'autonomia della paziente a seguito dell'infezione (doc. 12), né dall'esame della consulenza si desume che i CTP della ricorrente abbiano svolto osservazioni su tale aspetto.

Pertanto, il danno non patrimoniale va liquidato nella complessiva somma di € 41.837,00.

Va poi accolta la domanda di risarcimento del danno patrimoniale relativo alle spese mediche allegate e documentate dalla ricorrente, nella misura stimata dai CTU di € 575,04, che esclude dal computo quelle spese che l'attrice avrebbe dovuto sostenere per la gestione della iniziale frattura.

In definitiva, risulta dovuta alla parte la complessiva somma di € 42.414,04, che, per la parte relativa al danno non patrimoniale, è già espressa in moneta attuale.

Spettano inoltre alla danneggiata la rivalutazione sull'importo di € 575,04 corrispondente alle spese mediche, con decorrenza dalla data degli esborsi e gli interessi, a titolo di danno da lucro cessante ex art. 2056 cod.civ., (cfr. Cass. S.U. 1712/95), per il mancato godimento della somma equivalente al danno subito, da calcolare anno per anno sui singoli scaglioni rivalutati secondo l'indice medio ISTAT (previa devalutazione della somma corrispondente al danno non patrimoniale alla data del 21.3.2017), previo ricorso a titolo puramente parametrico al tasso legale di interessi, considerato l'entità della somma ed in assenza di allegazioni specifiche su un diverso impiego.

5. Le spese del giudizio

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo, con riferimento al valore dell'accolto, in applicazione del DM 55/2014, con riduzione del 30% rispetto ai parametri medi, tenendo conto del valore della controversia, delle questioni trattate e dell'attività difensiva svolta..

Data la soccombenza della parte convenuta, la stessa va condannata altresì alla rifusione delle spese relative alla fase dell'ATP, comprensive di spese legali - sempre liquidate in base al valore dell'accolto e con diminuzione del 30% rispetto ai valori medi tenuto conto dell'attività difensiva e del valore della causa - e del rimborso delle spese di CTU anticipate dalla ricorrente ed alle spese di CTP di cui ai doc. 26 e 27 del fascicolo della ricorrente.

P.Q.M.

Il Tribunale, in accoglimento del ricorso ex art. 702 bis c.p.c.,

- condanna *Controparte_1* al pagamento in favore della ricorrente *Parte_1* dell'importo di **€42.414,04** oltre ad rivalutazione sul minore importo di €575,04 e ad interessi legali sull'intera somma, da calcolare anno per anno sui singoli scaglioni rivalutati secondo l'indice medio ISTAT fino al saldo (previa devalutazione della somma corrispondente al danno non patrimoniale alla data del 21.3.2017);
- condanna la convenuta alla rifusione in favore della ricorrente delle spese del presente procedimento, spese liquidate in €406,50 per esborsi, € 5077,80 per compenso professionale, oltre rimborso spese forfetarie al 15% ed oltre iva e cpa come per legge;
- condanna la convenuta al pagamento in favore della ricorrente le spese da questa sostenute in relazione al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. liquidate in €406,50 per spese, € 2037,00 per compensi oltre spese generali, Iva e Cpa come per legge ed al rimborso delle spese di CTU e delle spese di CTP di cui ai doc. 26 e 27.

Si comunichi.

Milano, 28 luglio 2022

Il Giudice
dott.ssa Serena Nicotra

