REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI NAPOLI

OTTAVA SEZIONE CIVILE

in persona del giudice dott.ssa Nicoletta CALISE ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 2818 R.G. dell'anno 2018, avente ad oggetto: **Responsabilita professionale – risarcimento danni da responsabilità sanitaria,**

TRA

Parte_1 n. in Napoli il [redacted] *[...]* *Parte_2*, n. in Napoli il [redacted] *Parte_3* *[...]*, n. in Napoli il [redacted] *Parte_4*, n. in Napoli il [redacted] tutti in proprio e nella qualità di eredi di *Persona_1* rappresentati e difesi dall'avv. [redacted] domiciliatario in Napoli, alla [redacted]

-Attori-

E

Controparte_1

[...] in persona del direttore generale p.t., rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] domiciliatario in Napoli alla [redacted]

-Convenuta-

Conclusioni:

come da note scritte ex art. 127 ter c.p.c. depositate dagli attori il 14.12.2023 e dalla convenuta l'8.1.2024.

Ragioni di fatto e di diritto della decisione

1) La presente sentenza viene estesa senza la concisa esposizione dello "*svolgimento del processo"*, dunque ai sensi dell'art. 132 comma 2

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

cod. proc. civ., come modificato per effetto dell'entrata in vigore dell'art. 45 comma 17 della legge 18 giugno 2009, n. 69, trattandosi, ai sensi dell'art. 58 comma 2 di quest'ultima legge, di disposizione normativa suscettibile di trovare applicazione con riguardo ai giudizi introdotti successivamente alla data della sua entrata in vigore (4 luglio 2009), così come quello in esame.

Del resto, trattandosi di disposizione normativa dettata con evidente finalità di accelerazione ai fini della produzione della sentenza, deve ritenersi che essa consenta al giudice di pronunciare quest'ultima senza dover premettere la concisa esposizione dello svolgimento del processo, precedentemente richiesta dall'art. 132 comma 2 cod. proc. civ., la quale risulta, peraltro, agevolmente suscettibile di essere desunta dalla lettura degli atti introduttivi delle parti, dai verbali delle udienze in cui la causa è stata trattata, istruita e discussa, con la conseguenza che non potrà considerarsi affetta da nullità la sentenza, resa nella forma predetta, che non contenga la concisa esposizione dei fatti e, dunque, dello svolgimento del processo (cfr., in tal senso, sia pure con riguardo all'ipotesi analoga ma non identica prevista dall'art. 281-*sexies* cod. proc. civ., Cass. civ., sez. III, 19 ottobre 2006, n. 22409).

2) In ordine all'accertamento dell'*an debeatur* della domanda risarcitoria, occorre qualificare la natura della responsabilità della struttura sanitaria, al fine di individuare la disciplina applicabile al caso di specie e il relativo regime probatorio a carico delle parti.

Giova riportare, sul punto, il quadro dei principi rilevanti nella specie.

2.1.) La domanda risarcitoria proposta dal paziente – e per esso dai suoi eredi *iure hereditatis* – nei confronti della struttura sanitaria va qualificata come domanda di risarcimento del danno da responsabilità contrattuale.

Invero, il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura privata (o ente ospedaliero) ha fonte in un contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di spedalità), che si conclude all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura e da cui, a fronte

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore ovvero dal servizio sanitario nazionale), insorgono a carico della struttura sanitaria, accanto a quelli di tipo *lato sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze (cfr. ex plurimis Cass. sez. III, 14 luglio 2004 n. 13066, Cass. sez. III, 26 gennaio 2006 n. 1698, Cass. sez. III, 14 giugno 2007 n. 13593).

La responsabilità della casa di cura o dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., oltre che all'inadempimento delle obbligazioni direttamente poste a suo carico, anche all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dai suoi dipendenti o ausiliari (personale medico e paramedico), ai sensi dell'art. 1228 c.c. (disposizione con cui è stata estesa nell'ambito contrattuale la disciplina contenuta negli artt. 2048 e 2049 cod. civ., cfr. Cass., sezione III sent. 17 maggio 2001 n. 6756).

Sul punto, la Suprema Corte (cfr. Cass. sez. III 8 gennaio 1999 n. 103, Cass. 22 marzo 2007 n. 6945) ha chiarito, inoltre, che nel caso di danni causati dall'insuccesso di un intervento chirurgico, la casa di cura nella quale l'intervento è stato praticato risponde, a titolo contrattuale ex art. 1218 cod. civ., del danno causato dal chirurgo anche nei casi in cui quest'ultimo non faccia parte dell'organizzazione aziendale della casa di cura (o dell'ospedale) e, quindi, anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e l'organizzazione aziendale della casa di cura ovvero dell'ospedale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto (cfr. Cass. sez. III, 14 luglio 2004 n. 13066; cfr. altresì Cass. sez. III, 14 giugno 2007 n. 13593, Cass. sez. III, 26 gennaio 2006 n. 1698). Ciò in quanto la prestazione del medico è

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

comunque indispensabile alla casa di cura (ovvero all'ospedale) per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità tra l'opera dell'ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr. Cass. sez. III, 11 maggio 1995 n. 5150).

Dalla natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria ne discende, quanto al riparto dell'onere probatorio, che l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o del "contatto sociale") e allegare l'inadempimento del professionista (ovvero, come nella specie, della struttura sanitaria), che consiste nell'aggravamento della situazione patologica del paziente o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova dell'assenza di colpa, cioè la prova del fatto che che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 10297 del 28.5.2004).

L'allegazione del paziente/creditore, peraltro, non può essere limitata ad un qualsiasi inadempimento, ma deve riguardare un inadempimento c.d. qualificato, ovvero un inadempimento che costituisca causa o concausa astrattamente efficiente della produzione del danno (Cass. sent. n. 15993/2011), con la precisazione che pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge fino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto agli esperti del settore (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 9471 del 19.5.2004).

È a carico dell'attore, quindi, la prova dell'esistenza del nesso di causalità tra l'intervento chirurgico e la lesione del diritto alla salute, atteso che "*in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'evento di danno*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

(aggravamento della patologia preesistente ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, non potendosi predicare, rispetto a tale elemento della fattispecie, il principio della maggiore vicinanza della prova al debitore, in virtù del quale, invece, incombe su quest'ultimo l'onere della prova contraria solo relativamente alla colpa ex art. 1218 cod. civ." (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 20812 del 20.8.2018).

Peraltro, a fronte dell'allegazione del paziente che agisce in giudizio – e per esso dei suoi eredi *iure hereditatis* – deducendo l'inadempimento o l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria, resta a carico del sanitario o dell'ente l'onere sia di provare che la prestazione era di particolare difficoltà (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 23918 del 9.11.2006), sia l'inesistenza di colpa o di nesso causale; in proposito, anche di recente è stato ribadito che è a carico del sanitario o dell'ente dimostrare che l'inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (cfr. Cass., Sez. Un., sent. n. 577 dell'11.1.2008, Cass. sez. III, sent. n. 3520 del 14.2.2008).

Infine, il positivo accertamento della responsabilità della struttura sanitaria, pur trattandosi di responsabilità contrattuale (con tutte le conseguenze che ne derivano in tema di onere della prova, che grava, come detto, sulla struttura sanitaria e non sul paziente), postula pur sempre la colpa del medico esecutore dell'attività che si assume illecita, non potendo detta responsabilità affermarsi in assenza di tale colpa (fatta salva l'operatività di presunzioni legali in ordine al suo concreto accertamento), poiché l'art. 1228 c.c. presuppone, comunque, un illecito colpevole dell'autore immediato del danno, e pertanto, in assenza di tale colpa, non è ravvisabile alcuna responsabilità contrattuale del committente per il fatto illecito dei suoi preposti (cfr. Cass., sez. III, sent. n. 5846 del 13.3.2007, Cass., sez. III, sent. n. 6386 dell'8.5.2001) e nell'eventuale situazione di incertezza sulla sussistenza di colpa, della stessa deve giovarsi il creditore – paziente e

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

non certo il debitore – medico (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 4400 del 4.3.2004).

2.2) Non viene in rilievo, invece, nel caso di specie la qualificazione della natura della responsabilità dei professionisti sanitari che ebbero a prestare l'assistenza sanitaria in favore del *de cuius* *Per_1 [...]* , poiché gli stessi non sono stati convenuti in giudizio.

2.3) Quanto al nesso di causalità materiale tra condotta ed evento, giova ricordare che esso sussiste quando ogni comportamento antecedente (prossimo, intermedio, remoto) che abbia generato, o anche solo contribuito a generare l'evento, deve considerarsi causa dell'evento stesso. La valutazione di questo nesso, sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, va compiuta secondo criteri di probabilità scientifica. Anche nell'illecito civile, quindi, la cosiddetta causalità materiale trova disciplina degli articoli 40 e 41 codice penale, ossia nel criterio della *condicio sine qua non* riempito di contenuto dalla teoria della sussunzione sotto leggi scientifiche.

In materia civile, l'accertamento richiede una certezza di natura eminentemente probabilistica. Invero, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale che questo giudice ritiene di condividere, il nesso causale fra il comportamento del medico e il pregiudizio subito dal paziente è configurabile qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie e apprezzabili probabilità di evitare il danno verificatosi (cfr. Cass. sez. III, sent. n. 867 del 17.1.2008).

È necessario, pertanto, accertare che il comportamento diligente e perito del sanitario avrebbe avuto la probabilità di prevenire o elidere le conseguenze dannose concretamente verificatesi, probabilità, ovviamente, non meramente statistica, ma di natura logico-razionale.

Deve ritenersi sussistente un valido nesso causale tra la condotta colposa del sanitario e l'evento lesivo, in conclusione, allorché, se fosse stata tenuta la condotta diligente, prudente e perita, l'evento

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

dannoso non si sarebbe verificato; giudizio da compiere non sulla base di calcoli statistici o probabilistici, ma unicamente sulla base di un giudizio di ragionevole verosimiglianza, che va compiuto alla stregua degli elementi di conferma (tra cui soprattutto l'esclusione di altri possibili e alternativi processi causali) disponibili in relazione al caso concreto.

3). Applicando i superiori principi al caso di specie, gli attori, che agiscono in giudizio in proprio e nella qualità di eredi di *Per_1 [...]*, [redacted] e ivi [redacted] hanno allegato, nell'atto di citazione, che:

-. "*in data 26/01/2016, … Persona_1 … veniva ricoverato presso l' Controparte_2 di Napoli, con la diagnosi di 'perforazione del tratto distale esofageo' ed, immediatamente, veniva sottoposto ad intervento di 'esofagorrafia' … a seguito di controlli ed esami specialistici effettuati in data 25/01/2016"*;

-. "*nel corso di tale ricovero, a seguito di un esame TC del torace ed addome, senza e con mdc, al paziente veniva diagnosticata la presenza di due raccolte idro-aeree", "la predetta diagnosi veniva confermata anche dall'esame RX esofageo del 05/02/2016 ed, in particolare, in data 15/02/2016, si apprendeva di una 'deiscenza della sutura esofagea che determina una breccia di circa 3 cm'"*;

-. "*rispetto a tal diagnosi, il personale medico coinvolto assumeva un atteggiamento attendista che ostacolava l''effettiva guarigione del paziente, determinandone l'exitus"*.

Hanno aggiunto, nella memoria ex art. 183 comma 6 n. 1 c.p.c. che "*non da ultimo, dalla documentazione sanitaria versata in atti, emerge con solare evidenza che, nel corso della degenza, si è verificata anche una infezione sostenuta da Pseudomonas aeruginosa, diagnosticata con il bronco aspirato praticato al paziente in data 29/04/2016".*

Gli attori, quindi, in proprio e quali eredi di *Persona_1*, lamentano la sussistenza di un'ipotesi di responsabilità contrattuale

Osservatorio ICA Italia osservatorioicaitalia.it

(per il danno vantato *iure hereditatis*) e extracontrattuale (per il danno *iure proprio*) a carico della convenuta *Controparte_3* il cui personale sanitario non avrebbe agito secondo le leggi proprie dell'arte medica, violando l'obbligo di curare il paziente nel migliore dei modi, assunto al momento del ricovero.

4). I dati di fatto esposti dagli attori relativi agli accertamenti, al ricovero e all'intervento chirurgico presso l' *Controparte_1 [...]* non sono contestati (e dunque fanno ritenuti provati ai sensi dell'art. 115 comma 1 c.p.c.) nonché provati alla luce della documentazione sanitaria prodotta in giudizio e della relazione di C.T.U.

In particolare, gli attori hanno fornito la prova del titolo, in forza del quale essi hanno esercitato l'azione risarcitoria nei confronti dell' *Controparte_3* rappresentato dal contratto atipico a prestazioni corrispettive (c.d. contratto di spedalità). Per quanto riguarda, invece, i professionisti sanitari che, presso la suddetta struttura intervennero con riguardo al ricovero di *Persona_1* (e che peraltro non sono stati convenuti in giudizio), si tratta di un'ipotesi di c.d. contatto sociale, da intendersi nel senso di rapporto socialmente tipico tra parti che, nonostante l'assenza di un contratto, è in grado di ingenerare l'affidamento dei soggetti sull'adempimento di obblighi diretti e specifici di lealtà, collaborazione e di salvaguardia dell'altrui sfera giuridica.

Gli attori, inoltre, hanno allegato l'inadempimento contrattuale della convenuta e le violazioni delle *leges artis* consistenti, secondo la prospettazione dei predetti attori, nell'adozione di una condotta attendista pur a fronte della diagnosi di deiscenza della sutura esofagea con breccia di circa 3 cm, formulata in data 15 febbraio 2016 (cfr., sul punto, sia pag. 2 dell'atto di citazione, capoversi contrassegnati dalle lett. d) ed e), che pagg. 3 e 4 della memoria ex art. 183 comma 6 n. 1 c.p.c. depositata nel fascicolo telematico l'8.6.2018), nonché nella mancata adozione di misure atte a prevenire

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

l'infezione nosocomiale verificatasi, negligenze alle quali sono riconducibili gli eventi lesivi che condussero all'*exitus* del paziente.

5). Va stabilito, pertanto, se:

-. vi sia nesso di causalità tra le eventuali azioni o omissioni della convenuta e per essa dei sanitari che ebbero in cura *Per_1 [...]* a seguito del suo accesso e ricovero presso la resistente *Controparte_3* che provvidero altresì all'esecuzione dell'intervento chirurgico, nonché alla gestione del ricovero e del post operatorio e l'evento lesivo;

-. la condotta dei sanitari e, quindi, della *Controparte_3* ai sensi dell'art. 1228 c.c., sia stata conforme alle *leges artis* e alla diligenza dell'*homo eiusdem generis et condicionis,* ovvero se siano stati realizzati gli inadempimenti qualificati (commissivi e/o omissivi) specificamente indicati e descritti.

6). I fatti costitutivi della pretesa risarcitoria azionata dagli attori, in proprio e quali eredi di *Persona_1* , sono ampiamente accertati alla luce della relazione di CTU depositata nel presente giudizio (ai cui condivisibili rilievi questo giudice integralmente si riporta, incluse le risposte alle osservazioni dei C.T. di parte convenuta fornite alle pagg. 36 e ss. dell'elaborato peritale, nonché nel verbale di udienza del 30.5.2022, anche con riferimento alla relazione integrativa depositata il 20.1.2022, cfr. al riguardo Cass. sez. VI sent. n. 1257 del 27.1.2012, secondo la quale il giudice "*non è tenuto a rispondere a ogni e qualsiasi rilievo del consulente tecnico di parte, ma è sufficiente che dal complesso della motivazione si evinca che esse sono state prese in considerazione e adeguatamente contrastate dal consulente tecnico d'ufficio, le cui conclusioni sono state recepite dal giudicante"*), nonché della documentazione sanitaria prodotta dagli attori.

Giova ricordare, peraltro, che la consulenza tecnica, che in genere ha la funzione di fornire al giudice la valutazione dei fatti già probatoriamente acquisiti, può costituire fonte oggettiva di prova quando si risolva anche in uno strumento di accertamento di situazioni

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

rilevabili solo con il concorso di determinate cognizioni tecniche (cfr. Cass., sez. II, 30 maggio 2007 n. 12695).

Orbene, il CTU, dott. *Persona_2* sulla base della documentazione in atti, ha così ricostruito l'iter clinico della vicenda (cfr. pag. 33 della CTU):

-. "*in data 26.1.2016 il Persona_3 , 67enne affetto da BPCO grave … e artrite reumatoide … si recava presso l' Organizzazione_1 […] di* [redacted] *a causa della comparsa da due giorni di dolore a livello toraco-addominale"*;

-. *"in considerazione del sospetto di lesione esofagea, il paziente veniva trasferito presso struttura ospedaliera di più alta specializzazione, quale è l Organizzazione_2 ove veniva confermata la presenza di una breccia esofagea con raccolta mediastinica posteriore";*

-. *"nella stessa data dell'accesso presso il CP_3 il paziente veniva sottoposto a intervento chirurgico di sutura della lesione esofagea rinforzata con lembo pleurico, di drenaggio della raccolta mediastinica già formatasi con tre drenaggi toracici e di digiunostomia per alimentazione enterale rapida"*;

-. "*nel post-operatorio veniva evidenziata la presenza di una breccia, per la quale si assunse un atteggiamento di attesa. Nel seguito del ricovero in effetti la breccia lentamente andò incontro a riparazione"*;

-. "*nel corso del ricovero si assisteva a un peggioramento delle condizioni generali del … Per_1 , con insorgenza di una infezione nosocomiale"* (di "*Candida Glabrata", "nonché la positività dell'emocoltura a Stafilococco Emolitico e al broncoaspirato di Psedomonas aeruginosa"*).

Il C.T.U., all'esito di condivisibili ragionamenti fondati sui dati di fatto emergenti dalle cartelle cliniche acquisite e da tutta la documentazione medica prodotta, nonché del parere reso dal dott. *Persona_4* ausiliario specialista in chirurgia generale, autorizzato dal Giudice, ha accertato diversi profili di negligenza a carico dei

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sanitari dell' *Controparte_1* nel trattamento del caso di *Persona_1* .

Giova rilevare, anzitutto, che il CTU non ha rilevato inadempimenti dei sanitari dell' *Organizzazione_2* nell'esecuzione dell'intervento chirurgico, che risulta anche "*appropriato"* (cfr. pag. 26 della relazione), perché "*risulta essere una delle opzioni terapeutiche valide per la gestione di una grave problematica medico-chirurgica"* (cfr. pag. 34 della CTU); "*tuttavia, come evidenziato dall'ausiliario specialista"* dott. *Persona_4* "*il trattamento di prima scelta avrebbe dovuto essere quello endoscopico, in relazione a una migliore possibilità prognostica e a un più sopportabile decorso post-operatorio in soggetto già affetto da altri quadri morbosi",* aggiungendo che "*gli esami pre-operatori avevano già mostrato alterazioni infiammatorie dei tessuti dell'esofago a livello della lesione (edema e ispessimento tissutale), tali da rendere prevedibile una deiscenza della sutura"* (cfr. CTU pag. 26). In particolare, in risposta alle osservazioni dei CTP della struttura resistente, il CTU ha evidenziato che è "*censurabile la scelta di non aver posizionato da subito una endoprotesi per via endoscopica (verosimilmente da effettuare subito dopo la deiscenza del febbraio 2016, quando il cavo mediastinico era drenato, e dopo aver effettuato o in concomitanza con una terapia antibiotica ed antifungina mirata) che poteva, viste le condizioni del paziente, evitare la deiscenza della sutura, con le complicazioni successive che hanno portato al decesso del periziando"* (cfr. CTU pag. 47) e che i "*CT di parte convenuta citano a supporto della loro tesi"* (che il trattamento praticato fosse il più adeguato) letteratura "*del 2004, epoca in cui è possibile che il trattamento praticato presso l* *Organizzazione_2* *fosse il più adeguato"*, senza considerare, però, che "*articoli più recenti"* (citati dal CTU) "*dimostrano esattamente il contrario, e cioè che in pazienti selezionati con gravi comorbilità, il trattamento endoscopico ha statisticamente le stesse possibilità di successo"* (cfr. pag. 48 della CTU), chiarendo, poi, che "*il trattamento endoscopico avrebbe*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

potuto, se utilizzato in momento adeguato, aumentare le possibilità del paziente, riducendo il tempo di chiusura della breccia esofagea e riducendo il rischio d'infezioni nosocomiali o endogene che fossero. In conclusione dunque il trattamento endoscopico, nel caso specifico sarebbe stato complementare a quello chirurgico e di utile effettuazione, ma non fu preso in considerazione dai sanitari convenuti" (cfr. relazione depositata il 20.1.2022).

Il CTU ha concluso che "*pertanto, in considerazione della patologia di base e delle iniziali condizioni del soggetto, nonché della gravità dell'evento verificatosi, le scelte messe in atto non appaiono del tutto condivisibili in occasione della prima scelta operatoria, ove le condizioni dei tessuti danneggiati potevano far sospettare una deiscenza della ferita (maggiormente consigliabile il trattamento endoscopico), mentre appaiono non criticabili e da ricomprendere nel ventaglio di opzioni terapeutiche messe in atto per la deiscenza della ferita chirurgica in concreto poi realizzatasi".*

Quanto alla condotta "attendistica" dei sanitari, lamentata dagli attori, a fronte della "*persistenza di una breccia esofagea con … spandimento mediastinico*", il CTU ha evidenziato che "*ai sanitari si poneva ancora una volta la necessità di scegliere tra le diverse tipologie di iter terapeutico, dovendo optare tra un trattamento conservativo, uno endoscopico o uno chirurgico*" e che "*i sanitari scelsero un atteggiamento di attesa, opzione non criticabile in sé, in considerazione non solo della praticabilità, ma anche per la presenza di una consistente validazione scientifica",* non trovando "*maggiore indicazione un nuovo intervento per una ulteriore riparazione, nella verosimile assenza di condizioni tissutali idonee*" ed essendo stato posto in essere dai sanitari "*un sistema di drenaggio (nel caso di specie … attivo ed efficace), il quale consent[e] il processo di naturale riparazione, mentre l'organo viene messo a riposo (nutrizione mediante stomia)"*; invero, "*l'ipotesi di un trattamento endoscopico, pur valido, non rappresenta in questa fase un trattamento con migliori risultati*" (cfr. CTU pag. 27), "*in*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

considerazione della complessità di un nuovo intervento nella stessa sede e nella possibilità di una peggiore risposta da parte del paziente" (cfr. CTU pag. 34). Il CTU ha aggiunto che "*nel seguito del ricovero in effetti la breccia lentamente andò incontro a riparazione"* (cfr. pag. 34). Il CTU, infine, ha evidenziato che "*nei controlli successivi all'intervento in concreto veniva evidenziata una graduale riparazione della breccia (fino alla completa risoluzione) con progressiva riduzione del materiale drenato dai tubi, a riprova della bontà del trattamento prescelto".*

Il CTU, invece, ha rilevato profili di inadempimenti della convenuta con riguardo alla insorgenza di una infezione nosocomiale: *"è evidente che nel corso della degenza si rese evidente una infezione nosocomiale. Allora, mentre si rileva la corretta somministrazione di terapia antibiotica, non è possibile conoscere attraverso la cartella clinica e gli atti di causa l'"applicazione dei protocolli in discorso e la regolare concretizzazione di tutti i comportamenti utili per scongiurare eventi avversi di natura infettiva. Infatti, non vi è prova della costituzione nel nosocomio di un Organismo multidisciplinare responsabile dei programmi e delle strategie di lotta e di contrasto alle infezioni ospedaliere. Al pari, non si rintracciano prove di attuazione di protocolli diretti all'"applicazione, al monitoraggio, all'"aggiornamento e alla verifica di corrette pratiche di prevenzione delle infezioni ospedaliere. In questo senso, è genericamente ritenuta necessaria ma non sufficiente ai fini della soddisfazione degli obblighi di sanificazione, la prova della emanazione da parte del nosocomio di istruzioni e circolari che elenchino e precisino, nei confronti dei vari dipartimenti e reparti, le cautele da osservarsi. Al contrario, è necessaria la dimostrazione che tali attività siano state davvero concretizzate e non siano rimaste confinate nella mera burocrazia, il che può essere evinto solo attraverso specifiche attività di monitoraggio,riscontro, elaborazione e azioni positive conseguenti* (cfr. CTU pag. 29). "*si registra fin d'"ora la presenza di un comportamento inadeguato nei confronti della gestione della criticità,*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

anche solo nella mancata allegazione della documentazione comprovante l'attuazione delle suddette misure" (cfr. CTU pag. 31).

In risposta alle osservazioni dei CTP di parte convenuta, che hanno negato l'esistenza di una infezione nosocomiale, il CTU ha evidenziato la presenza di gran parte delle condizioni perché possa ritenersi integrata l'esistenza di una infezione nosocomiale, quali:

-. "*la presenza di batteri tipicamente nosocomiali, quali la pseudomonas aeruginosa (la sensibilità alle cefalosporine riscontrata non può ritenersi unica esimente per escludere la provenienza esogena)"*;

-. "*la mancanza di una consulenza infettivologica nei circa 4 mesi di ricovero ospedaliero"*;

-. "*la mancanza in atti di un piano di prevenzione, così come previsto dalle norme più volte ribadite dal* *Organizzazione_3* *fin dal 1985, attraverso la costituzione del C.I.O. (Comitato* *Org_4* *[...]* *".* Nella relazione del 20.1.2022, ancora, il CTU ha chiarito le origini nosocomiali della *Pseudomonas aeruginosa* che condusse al decesso del paziente.

Conclude il CTU rilevando che "*l'età e il quadro clinico di partenza (BPCO grave, trattata con broncodilatatori, e artrite reumatoide trattata con cortisonici e methotrexate, tale da determinare una reazione infiammatoria e immunologica non adeguata) rappresentano concause pre-esistenti che possono aver reso la persona maggiormente fragile, nonché suscettibile alle infezioni e meno responsiva ai trattamenti messi in atto ma non escludono il rapporto di causalità tra l'infezione e il decesso. La contrazione dell'infezione nosocomiale deve essere ricondotta a condizioni organizzative del nosocomio e deve considerarsi* ***elemento causale determinante*** *nei confronti dell'exitus successivamente verificatosi, secondo il criterio del più probabile che non. In ordine alla verifica sull'esistenza di eventuali deficit di organizzazione/sanificazione, l'assenza nei fascicoli di documentazione inerente il corretto adempimento degli obblighi delle strutture sanitarie non consente"* al CTU "*di effettuare*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

qualsivoglia valutazione, per modo che non sia possibile esprimersi in ordine alla presenza e concreta attivazione di procedure di sanificazione/organizzazione per la prevenzione delle infezioni nosocomiali. In definitiva, "*l'exitus del soggetto risulta correlabile alla perforazione esofagea e al suo non del tutto idoneo trattamento effettuato presso l'* *Organizzazione_2* *nonché all'insorgenza di una infezione correlata alle cure instauratasi successivamente".*

Vero è che lo stesso CTU, in chiusura delle proprie considerazioni medico – legali, ha riferito che il paziente era affetto da importanti patologie preesistenti (BPCO grave, trattata con broncodilatatori, e artrite reumatoide trattata con cortisonici e methotrexate), evidenziando l'incidenza negativa che tali patologie può manifestare sul trattamento ospedaliero, anche in termini incrementativi della suscettibilità fispetto alla contrazione di malattie infettive. Nonostante ciò, va tuttavia osservato che il CTU non ha dedotto che le patologie pregresse avrebbero potuto, dal punto di vista causale, determinare da sole l'insorgenza della patologia mortale riscontrata nel caso concreto; anzi esse, proprio perché predisponenti rispetto alle complicanze di tipo infettivo, avrebbero per l'appunto imposto al personale che ebbe in cura il *de cuius* una maggiore attenzione e cautela nella predisposizione e nella concreta esecuzione delle terapie antinfettive, nonché un maggior livello di assistenza e di monitoraggio delle condizioni del paziente.

Ragion per cui, l'insufficienza in concreto delle misure adottate a tal scopo, attestata dall'esito mortale per il paziente medesimo, va intesa quale ulteriore profilo indicativo di un difetto di diligenza nell'esecuzione della prestazione sanitaria da parte della struttura convenuta, configurante un inadempimento degli obblighi a suo carico di prestazione di attività professionale secondo le *leges artis.*

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, sussiste il nesso causale tra le azioni e omissioni della convenuta struttura sanitaria – azioni e omissioni alla predetta suscettibili di essere ascritte ai sensi dell'art. 1228 c.c. poiché realizzate dal personale sanitario della stessa – e

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

l'evento lesivo; la condotta della convenuta – suscettibile di essere ascritta alla predetta ai sensi dell'art. 1228 c.c. in quanto posta in essere da personale sanitario della stessa – inoltre non è stata conforme alle *leges artis* e alla diligenza dell'*homo eiusdem generis et condicionis*.

Sussiste, dunque, l'elevata probabilità logica che una più attenta condotta dei sanitari della *Controparte_3* avrebbe evitato l'evento lesivo e il conseguente decesso, verificatisi a carico del *de cuius* *Persona_1* .

In particolare, giova evidenziare che "*la limitazione di responsabilità professionale del medico-chirurgo ai soli caso di dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 c.c., attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà. Ne consegue che, anche nei casi di speciale difficoltà, tale limitazione non sussiste con riferimento ai danni causati per negligenza o imprudenza, dei quali il medico risponde in ogni caso"* (cfr. Cass. sez. III, 12 marzo 2013, n. 6093).

In conclusione, va dichiarata la responsabilità della *Controparte_1* *[...]*

7). Passando all'esame del *quantum debeatur* della domanda risarcitoria, giova rilevare che gli attori hanno spiegato, anzitutto, domanda di risarcimento del danno non patrimoniale *iure hereditatis.*

È orientamento pacifico e consolidato, nella giurisprudenza della Suprema Corte, che le sole poste di danno liquidabili *iure proprio* alla vittima di lesioni mortali sono i c.d. danni terminali, di fonte giurisprudenziale e cristallizzati dalla Suprema Corte (cfr. Cass. SS.UU. sent. n. 15350/2015), a condizione che intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse.

È, quindi, configurabile un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla effettiva menomazione della integrità psicofisica patita dal soggetto leso per il periodo di tempo indicato.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento è trasmissibile agli eredi, che possono agire in giudizio nei confronti del danneggiante *iure hereditatis.*

In tal caso, l'ammontare del danno biologico (c.d. terminale) sarà commisurato soltanto all'inabilità temporanea, per il tempo di permanenza in vita, e tuttavia la sua liquidazione dovrà tenere conto, nell'adeguare l'ammontare del danno alle circostanze del caso concreto, del fatto che, se pure temporaneo, tale danno è massimo nella sua entità ed intensità, tanto che la lesione alla salute è così elevata da non essere suscettibile di recupero ed esitare nella morte (cfr. Cass. sez. III, 8 luglio 2014 n. 15491, Cass. sez. III, 23 febbraio 2004 n. 3549, Cass. sez. III, 30 ottobre 2009 n. 23053, a mente della quale "*l'ammontare del danno biologico, che gli eredi del defunto richiedono iure successionis, va calcolato non con riferimento alla durata probabile della vita del defunto, ma alla sua durata effettiva"*).

Si tratta di un danno – ha chiarito la Suprema Corte - nel quale i fattori della personalizzazione debbono valere in un grado assai elevato e, per questa ragione, non può essere liquidato attraverso l'applicazione automatica dei criteri contenuti nelle tabelle utilizzate dai Tribunali, ma deve essere compiutamente adeguato al caso concreto (cfr. Cass. sez. III, 16 marzo 2007 n. 7632, Cass. sez. III, 14 luglio 2003 n. 3549), tenendo conto della durata effettiva della vita.

Il danno biologico terminale, quale pregiudizio della salute che pur se temporaneo è massimo nella sua entità ed intensità, in quanto conduce a morte un soggetto in un sia pure limitato ma apprezzabile lasso di tempo (cfr. Cass., sez. III, 23 febbraio 2004, n. 3549, e Cass., sez. III, 23 febbraio 2005 n. 3766), è stato ravvisato come "*sempre esistente*", per effetto della "*percezione*", "*anche non cosciente*", della gravissima lesione dell'integrità personale della vittima nella fase terminale della sua vita (cfr. Cass., sez. III, 28 agosto 2007 n. 18163, Cass. sez. III, 19 ottobre 2007 n. 21976).

Sulla scorta di tali principi, va pertanto riconosciuto agli attori, in qualità di suoi eredi, il danno biologico terminale del defunto.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Quanto alla configurabilità del c.d. danno morale terminale, inteso quale danno subito dalla vittima per la sofferenza provata nell'avvertire consapevolmente l'ineluttabile approssimarsi della propria fine, assume rilievo, in luogo dell'apprezzabile intervallo di tempo tra lesioni e decesso della vittima (rilevante per il danno biologico terminale), il diverso criterio dell'intensità della sofferenza provata (cfr. Cass. n. 15491/2014 cit., Cass. sez. III, 8 aprile 2010 n. 8360), rilevante sotto il profilo del danno morale, provocata dalla cosciente percezione da parte della vittima delle conseguenze catastrofiche delle lesioni (cfr. Cass., sez. III, 31 maggio 2005 n. 11601).

Il danno non patrimoniale in questione è quindi finalizzato al ristoro della paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda conto che esse saranno letali ed è risarcibile soltanto se la vittima sia stata in grado di comprendere che la propria fine era imminente, sicchè, in difetto di tale consapevolezza, non è nemmeno concepibile l'esistenza del danno in questione, a nulla rilevando che la morte sia stata effettivamente causata dalle lesioni (Cass. 13 giugno 2014 n. 13537; cfr. altresì Cass. Sez. U, 11 novembre nn. 26972 e 26973; cfr. Cass. sez. III, 5 dicembre 2014 n. 25731 che ribadisce l'ontologica diversità tra il danno biologico terminale e il danno morale terminale, fondato sull'intensa sofferenza d'animo conseguente alla consapevolezza delle condizioni cliniche seguite al sinistro).

Nel caso di specie, non è contestato che *Persona_1* sia rimasto cosciente in seguito agli eventi di cui è causa e può, dunque, ritenersi che lo stesso abbia avuto percezione delle ineluttabili conseguenze delle complicanze e del quadro patologico insorti dopo l'intervento chirurgico per cui è causa. Può pertanto ritenersi soddisfatto il principio espresso dalla Suprema Corte.

Peraltro, onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio e tenendo conto, sul punto, dell'insegnamento delle Sezioni Unite (cfr. SS.UU. nn. 26972-3-4-5 dell'11.11.2008, oltre alla

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

sent. N. 15350/2015) deve ritenersi il carattere onnicomprensivo della categoria del "danno terminale", tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente.

La valutazione del danno sarà comunque personalizzabile, in relazione alle circostanze del caso concreto e del particolare sconvolgimento che risulti di volta in volta provato.

Considerati, quindi, il predetto danno biologico e le sofferenze patite da *Persona_1*, tenuto conto del protrarsi delle sofferenze per circa 98 giorni (e cioè dalla data dell'intervento chirurgico al decesso), dell'entità delle sofferenze stesse, alla luce delle tabelle individuate dal Tribunale di Milano per la liquidazione del danno non patrimoniale c.d. terminale, comprensivo della componente biologica temporanea, si stima equo liquidare per il danno terminale la somma complessiva di euro 82.652,00, non ulteriormente personalizzabile, non essendo provato un ulteriore particolare sconvolgimento della vittima in relazione alle circostanze del caso concreto rispetto a quello già contemplato nelle citate Tabelle.

Agli attori, pertanto, spetta a tale titolo la somma complessiva di euro 82.652,00.

8). Gli attori hanno spiegato, altresì, domanda volta ad ottenere il risarcimento del danno morale patito *iure proprio* in conseguenza del decesso del loro coniuge (per la *Pt_1* e padre (per gli altri attori) *Persona_1*.

La domanda va accolta.

8.1.)- Ai fini della determinazione di tale somma, come chiarito dalla recente giurisprudenza di legittimità e di merito, deve infatti considerarsi il danno scaturente dalla lesione del rapporto parentale. Ed invero, come affermato dalla predetta giurisprudenza, in tema di danno non patrimoniale per la perdita di un familiare, questo può essere determinato in un'unica somma comprendente sia il cosiddetto danno morale in senso stretto, derivante dalla sofferenza per la perdita del congiunto, sia il cosiddetto danno esistenziale, derivante dalla

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

lesione del rapporto parentale e dall'incidenza che tale lesione assume sulla vita futura del congiunto superstite (secondo l'accezione di cui alle sentenze Cass. sez. III, 31 maggio 2003, n. 8827 e n. 8828, ribadita, poi, da Cass., sez. U., 11 novembre 2008 n. 26972, n. 26973, n. 26974 e n. 26975). Pertanto, nell'ipotesi di riconoscimento congiunto del danno morale subiettivo e del danno relativo alla compromissione dei rapporti parentali, appare equo liquidare a favore dei congiunti del defunto una somma complessiva a titolo di ristoro del danno non patrimoniale subito in proprio, sia nella sua componente esistenziale che nella sua proiezione morale, attinente cioè al c.d. *pretium doloris*, in senso stretto.

Laddove il fatto lesivo provochi una determinante riduzione, se non annullamento, delle positività che dal rapporto parentale derivano (Cass., sez. III, 31 maggio 2003 n. 8827), si determina uno sconvolgimento delle abitudini di vita che, pur potendo avere diversa ampiezza e consistenza in termini di intensità e protrazione nel tempo in relazione alle diverse situazioni, deve trovare comunque obiettivazione nell'alterazione del modo di relazionarsi del soggetto sia all'interno del nucleo familiare che all'esterno di esso nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione (Cass., sez. III 31 maggio 2003 n. 8827 e n. 8828).

Esso si concreta in una modificazione peggiorativa della personalità dell'individuo, che si obiettivizza socialmente nella negativa incidenza sul suo modo di rapportarsi con gli altri, sia all'interno del nucleo familiare, che all'esterno del medesimo, nell'ambito dei comuni rapporti della vita di relazione; ciò in conseguenza della subita alterazione e della privazione del rapporto materiale e personale con lo stretto congiunto nel suo essenziale aspetto affettivo o di assistenza morale (cura, amore), cui ciascun componente del nucleo familiare ha diritto nei confronti dell'altro (Cass. 12 giugno 2006 n. 13546). La compromissione della personalità dell'individuo in ipotesi tragiche come quella di specie deve sicuramente presumersi, in quanto

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

corrispondente all'*id quod plaerumque accidit,* fino a prova contraria gravante sul danneggiante (cfr. Cass. 12 giugno 2006 n. 13546).

8.2.)- Pertanto, condividendo l'orientamento emerso nel Tribunale di Milano (cfr. "*Criteri orientativi per la liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale"*- edizione 2022) in ordine ad una valutazione "*a punti",* tenuto conto dell'età della vittima primaria e di quella delle vittime secondarie, del grado di parentela, si ritiene di dover determinare il risarcimento spettante, in via equitativa, a titolo di danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale, in termini monetari attuali, il cui pagamento va posto a carico della convenuta struttura sanitaria *Controparte_1* *[...]*

-. € 242.280,00 a favore di *Parte_1*

-. € 262.470,00 a favore di *Parte_2* ;

-. € 262.470,00 a favore di *Parte_3* ;

-. € 262.470,00 a favore di *Parte_4* .

9). Va rigettata la domanda di risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza, atteso che, come sopra rilevato, dalla CTU espletata, applicando la regola probatoria del "più probabile che non", emerge la prova dell'esistenza di un nesso causale tra la condotta dei sanitari e la morte del paziente, essendo la perdita di chance di sopravvivenza un danno ontologicamente diverso da quello della perdita del bene vita, accertato dal CTU.

10). Nella liquidazione del danno cagionato da illecito civile (anche di tipo contrattuale, come nel caso di specie), in caso di ritardo nell'adempimento deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovuta a titolo di risarcimento, la quale, se tempestivamente corrisposta, avrebbe potuto essere investita per ricavarne un lucro finanziario. Tale danno, invero, ben può essere liquidato con la tecnica degli interessi, con la precisazione, tuttavia, che detti interessi non debbono essere calcolati né sulla somma originaria, né su quella rivalutata al momento della

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria progressivamente rivalutata, anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (cfr., in tal senso, *ex multis*, Cass. civ., sez. un., 17 febbraio 1995, n. 1712, nonché Cass. civ., sez. III, 10 marzo 2000, n. 2796).

Per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma originaria progressivamente rivalutata anno per anno, le somme sopra liquidate, determinate all'attualità, vanno rideterminate con riferimento alla data dell'evento lesivo (26.1.2016) devalutandole secondo il tasso di svalutazione relativo al periodo (da gennaio 2016 fino alla data di pubblicazione del presente provvedimento) e, quindi, sulla somma così ottenuta e di volta in volta rivalutata a partire dal 26.1.2017 in base all'indice ISTAT delle variazioni dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (cosiddetto indice FOI) ex art. 150 disp. att cpc, con decorrenza dal 26.1.2016 vanno applicati, anno per anno, gli interessi al tasso legale previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., con divieto di anatocismo.

Dal momento della pubblicazione della presente sentenza e fino all'effettiva corresponsione, infine, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale liquidata a titolo risarcitorio (comprensiva di capitale, rivalutazione e interessi), gli ulteriori interessi al tasso legale, ai sensi dell'art. 1282 cod. civ., posto che, al momento della pubblicazione della decisione, l'obbligazione risarcitoria, che ha natura di debito di valore, si trasforma in debito di valuta, con conseguente applicabilità degli istituti tipici delle obbligazioni pecuniarie in senso stretto, sulla somma globale composta da capitale, rivalutazione e coacervo degli interessi maturati fino alla data predetta (pubblicazione della decisione: cfr., in tal senso, Cass. civ., sez. III, 3 dicembre 1999, n. 13470; Cass. civ., sez. III, 21 aprile 1998, n. 4030).

11). Le spese di lite, comprese quelle relative al procedimento di mediazione, liquidate e distratte come in dispositivo, seguono la soccombenza della *Controparte_3*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, definitivamente pronunziando:

-. Condanna la *Controparte_1* in persona del direttore generale p.t, al pagamento in favore di *Parte_1* *[...]* *Parte_2* *Parte_3* e *Parte_4* della complessiva somma di € 82.652,00 a titolo di risarcimento, *iure hereditatis*, del danno non patrimoniale spettante al *de cuius* *Per_1* *[...]*, oltre interessi al tasso previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., calcolati come in motivazione e fino alla data di pubblicazione della presente sentenza, e agli interessi al tasso previsto dall'art. 1284 comma primo cod. civ., sul totale delle somme così liquidate, dalla pubblicazione della presente sentenza al soddisfo;

-. Condanna la *Controparte_1* in persona del direttore generale p.t, al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 242.280,00, e a favore di *Parte_2*, *Parte_3* *[...]* e *Parte_4* della somma di € 262.470,00 a ciascuno, e per tutti a titolo di risarcimento, *iure proprio*, del danno non patrimoniale subito per le causali di cui in motivazione, oltre interessi al tasso previsto dall'art. 1284, comma primo, cod. civ., calcolati come in motivazione e fino alla data di pubblicazione della presente sentenza, e agli interessi al tasso previsto dall'art. 1284 comma primo cod. civ., sul totale delle somme così liquidate, dalla pubblicazione della presente sentenza al soddisfo;

-. Rigetta ogni altra domanda;

-. Condanna la *Controparte_1* in persona direttore generale p.t, al pagamento in favore di *Parte_1* *[...]* *Parte_2*, *Parte_3* e *Parte_4* delle spese di lite, comprese quelle relative al procedimento di mediazione, liquidate in € euro 77,00 per spese vive **(**incluse quelle relative al procedimento di mediazione) ed euro 20.714,00 per competenze (incluse quelle relative al procedimento di mediazione), oltre I.V.A., C.P.A. e spese generali come per legge, con distrazione a favore dell'avv. [redacted] dichiaratosi anticipatario;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

-. Pone definitivamente a carico della *Controparte_1* le spese di CTU medico legale e condanna la *Controparte_1* *[...]* a rivalere gli attori delle somme a tale titolo corrisposte al nominato consulente.

Napoli, 10/05/2024 .

IL GIUDICE

dott.ssa Nicoletta CALISE

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it