



TRIBUNALE DI NOCERA INFERIORE

ORDINANZA ex art. 702 ter c.p.c

Il Giudice, dott. ssa Lucia Esposito;
a definizione del procedimento sommario di cognizione ex art. 702 bis e ss.
c.p.c., iscritto a ruolo presso questo Tribunale con il n. 6826 /2019 di
R.G.A.C., avente ad oggetto Responsabilità professionale proposto da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*)
rappresentato e difeso in forza di mandato in calce al
ricorso ex art. 696 bis cpc dall'avv. ed elettivamente
domiciliato presso lo studio di quest'ultimo in
SCAFATI

contro

CP_1 (CF e PIVA *P.IVA_1*, con sede legale in *CP_1*,
in persona del Direttore Generale e l.r.p.t. dott. *CP_2*
(CF *CodiceFiscale_2* rappresentato e difeso giusta procura generale
alle liti del 9/10/2024 per Notar *Persona_1* (rep.27515 e racc.4424)
dall'Avv.to (*C.F._3*, tutti domiciliati presso la
sede legale dell'Ente;

ha pronunciato la seguente ordinanza

Con ricorso *ex art. 702 bis* del 23/12/2019, *Parte_1* conveniva in
giudizio l' *Parte_2*, al fine di ottenere il risarcimento dei danni dallo
stesso subiti in conseguenza della condotta negligente, imprudente e imperita
addebitata ai sanitari della resistente.

A fondamento della pretesa, parte ricorrente evidenziava che: *Parte_1*

[...] veniva trasportato in data 03/06/2008, a seguito di incidente
stradale, presso il dove gli veniva diagnosticata
*contusione gamba e coscia dx con frattura pluriframmentaria scomposta della tibia e frattura
ossa nasali*; in assenza di posto letto presso l'U.O. di Ortopedia, veniva
ricoverato presso il reparto di Chirurgia con diagnosi di ingresso di *frattura
bifocale pluriframmentaria scomposta della diafisi di tibia dx* e sottoposto, in data
11/06/2008, ad intervento chirurgico ortopedico di *osteosintesi con chiodo e
midollare tipo Fixion*; in data 19/06/2008, veniva dimesso con doccia rigida,
divieto di carico, terapia medica e prescrizione di terapia iperbarica; tuttavia, in
data 23/06/2008, il ricorrente ritornava a ricovero presso l'unità ospedaliera di
ortopedia del medesimo presidio ospedaliero, a causa di rilevante
sintomatologia algica a carico della gamba destra; i sanitari riscontravano la

*presenza di necrosi cutanea con colliquazione al 1/3 anteriore e medio della gamba associata ai punti di sutura per recente intervento chirurgico ortopedico; veniva effettuata una revisione della ferita chirurgica, riapplicata una doccia rigida e instaurata terapia antibiotica in assenza di esecuzione di esami microbiologici; si procedeva ad eseguire un ciclo di 16 sedute di ossigenoterapia iperbarica presso il [REDACTED] di [REDACTED] per *piaga torpida da trauma della gamba dx*, nonché sedute di STP con solenoide presso il centro [REDACTED] in data 18/07/2008 il paziente lasciava il ricovero spontaneamente ricevendo prescrizione di medicazioni da eseguire a giorni alterni nonché cicli di fisioterapia e ossigenoterapia iperbarica; a seguito di controlli ortopedici ambulatoriali, in data 15/09/2008 si ricoverava presso l'U.O di chirurgia plastica del [REDACTED] di Napoli dove, durante la degenza, veniva evidenziata *piaga con esposizione ossea al III medio della gamba dx* e veniva sottoposto ad intervento chirurgico di *innesto cutaneo e prelievo dalla coscia dx*; il ricorrente rimaneva ricoverato fino al 21/09/2008, allorché veniva trasferito presso l'CP_3 di ortopedia della medesima struttura con diagnosi di *osteomielite in esiti di frattura gamba dx* è sottoposto a un nuovo intervento chirurgico di *fistolectomia osteo cutanea* con la rimozione di placca e viti metalliche; veniva trasferito nuovamente presso l'U.O. di chirurgia plastica è dimesso il 15/10/2008; veniva nuovamente ricoverato presso l'U.O. di chirurgia plastica del [REDACTED] in data 22/10/2008 per l'esecuzione di un ulteriore intervento di innesto cutaneo alla gamba destra e dimesso il 25/10/2008 per essere ricoverato nuovamente in data 29/10/2008 presso la medesima U.O. di chirurgia plastica, dove venivano eseguiti esami microbiologici con l'isolamento di *Pseudomonas aeruginos spp* multiresistente; veniva eseguito nuovo intervento chirurgico associato a copertura con lembo cutaneo con dimissioni in data 05/11/2008; in data 01/01/2009 il ricorrente si recava a visita ortopedica ambulatoriale presso il [REDACTED] dove veniva riscontrata *osteomielite in esiti di frattura gamba destra si prenota per intervento di rimozione chiodo più sequestrectomia*; il ricorrente si rivolgeva quindi agli specialisti infettivologi dell' Controparte_4 dove veniva ricoverato in data 06/02/2009 presso l'U.O. di malattie infettive ad indirizzo generale e posta diagnosi di *osteomielite cronica della tibia destra post chirurgica con fistola cutanea ed infezione da stafilococco aureo e pseudomonas aeruginosa multiresistente ai farmaci*; veniva dimesso il 24/02/2009 con prescrizioni di terapia medica; seguivano una serie di controlli nel 2009 fino ad essere ricoverato nuovamente in data 24/08/2009 presso il Presidio Ospedaliero [REDACTED] in cui veniva ribadita la diagnosi di *osteomielite cronica della tibia destra post chirurgica fistole cutanee ed infezione da pseudomonas aeruginosa multiresistente ai farmaci, positività per processo settico alla scintigrafia ossea con leucociti marcati* e veniva prenotato per rimozione chiodo e sequestrectomia al [REDACTED] ove tale intervento veniva eseguito in data 9 10 2009; seguivano controlli ortopedici ed*

infettivologici e sedute di fisioterapia fino al 23/12/2009; in data 01/03/2010 si rivolgeva [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] dove veniva posta diagnosi di *osteomielite cronica di tibia e perone con infezione da pseudomonas aeruginosa* e sottoposto in regime di ricovero ad intervento chirurgico di pulizia della piaga, dell'osso tibiale con sequestrectomia della tibia e del perone, fresatura del canale endomidollare, più altre incisioni per la revisione della piaga, rimozione di frammenti ossei necrotici, prelievo per cultura ed antibiogramma con dimissione in data 04/05/2010; veniva poi diagnosticata, durante un ricovero presso il CP_4 dal 07/04/2010 al 04/05/2010 una recidiva dell'osteomielite sostenuta da pseudomonas aeruginosa; su indicazione dei sanitari del CP_4 si sottoponeva ad RMN di tibia dx (5/1/2015) dalla quale emergevano *alterazioni morfostrutturali della diafisi tibiale dx a livello del terzo medio e del terzo prossimale da esiti di pregresse lesioni traumatiche con aspetto irregolare, ispessito e deformato dei margini corticali e piccoli difetti lacunari subcorticali evidenti a livello del terzo prossimale sul versante anteriore.*

Si costituiva tempestivamente nel giudizio la Parte_2, la quale eccepiva l'inammissibilità del ricorso per rito sommario, chiedendo il mutamento del rito; eccepiva il proprio difetto di legittimazione passiva avendo il ricorrente subito numerosi ricoveri e ritenendo da imputarsi anche al personale del [REDACTED] il ritardo nella diagnosi da infezione, essendo stata la stessa diagnosticata solo [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]. Nel merito contestava la metodologia adoperata e le conclusioni valutative cui erano giunti i Consulenti d'Ufficio, ritenendo comunque che questi non avessero stabilito il nesso causale tra operato dei sanitari e danno subito, trattandosi di paziente diabetico che, all'atto del ricovero presentava escoriazioni cutanee, con conseguente prevedibilità ma non prevenibilità della complicità dell'infezione cutanea; eccepiva altresì l'erronea quantificazione del danno biologico nella misura del 20%, senza la quantificazione del danno cd iatrogeno e l'eccessività dello stesso.

1. Questioni preliminari.

In via preliminare, deve essere disattesa l'eccezione di improcedibilità della domanda sollevata dalla difesa della resistente.

In proposito, giova richiamare il dettato normativo di cui all'art. 8, L. 24/17 - cd. Parte_3 - in forza del quale *“chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento (...) ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla*

scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-bis del codice di procedura civile".

Venendo alla controversia che ci occupa, dunque, va rilevato che la Consulenza è stata depositata nel procedimento di ATP e che correttamente parte ricorrente ha incardinato il presente giudizio con ricorso *ex art. 702 bis c.p.c.*, tempestivamente depositato, di talché la domanda deve considerarsi procedibile.

2. Sul merito.

La domanda del ricorrente è fondata e deve essere accolta nei limiti di quanto di seguito esposto.

Prima di valutare la fondatezza delle domande formulate da parte ricorrente, è necessario affrontare la questione relativa all'oggetto e alla natura della responsabilità dell'^{Parte} resistente; si pone, pertanto, il problema di inquadrare giuridicamente la fattispecie in esame e il conseguente regime probatorio.

In premessa, va rammentato che le prestazioni fornite dal sanitario in regime ospedaliero costituiscono adempimento dell'obbligazione della struttura sanitaria stessa, sicché l'inadempimento di tali prestazioni costituisce di per sé inadempimento dell'ospedale, la cui colpa si presume.

Ed invero, la struttura sanitaria può essere chiamata a rispondere nei confronti del paziente sia per il fatto colposo commesso dal medico suo dipendente o incaricato, ai sensi dell'art. 1228 c.c., sia per il fatto colposo proprio, ai sensi dell'art. 1218 c.c., che può consistere nella difettosa sepsi degli ambienti ospedalieri, nella carente od omessa predisposizione di macchinari, strutture e presidi terapeutici, nell'omessa predisposizione di turni efficienti relativi al personale, nonché nella *culpa in vigilando* e *in eligendo* (ossia nella colposa scelta dell'ausiliario e nella colposa vigilanza sul suo operato).

A tal proposito, la novella normativa introdotta con la L. 24/17 (c.d. "Legge Gelli-Bianco") ha confermato i principi giurisprudenziali consolidatisi negli anni precedenti, in forza dei quali la struttura sanitaria, pubblica o privata che sia, risponde a titolo contrattuale nei confronti del paziente.

Ne consegue che, ove la sua responsabilità venga invocata per fatto del dipendente, per ottenere la condanna il danneggiato avrà solo l'onere di dimostrare che il danno è stato provocato da un medico nell'esercizio delle mansioni attribuitegli dall'ospedale.

Il rapporto che si instaura tra paziente ed ente ospedaliero, difatti, ha fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che, si badi, ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore ovvero dal servizio sanitario nazionale), insorgono a carico dell'Ente, accanto a quelli di tipo *lato sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e

dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze.

Ai fini del riparto degli oneri probatori, va altresì considerato che l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto con la struttura sanitaria (o il contatto sociale con il medico) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, allegando l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo invece a carico del debitore la dimostrazione che tale inadempimento non vi sia stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.

Il paziente, cioè, ha il solo onere di dedurre qualificate inadempienze, in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno (cfr., tra le altre, Cass. n. 24073/17; Cass. n. 20547/14; SS.UU. n. 577/08).

In altri termini, il creditore deve provare il contratto (o contatto sociale), il danno subito e il nesso causale, limitandosi ad allegare il c.d. inadempimento qualificato del debitore (nel caso di specie, l'Ente ospedaliero e i sanitari che ebbero in cura il **Pt_1**), con indicazione dell'errore del professionista, indice della non corretta esecuzione della prestazione ricevuta; per contro, spetta al debitore, per il principio di vicinanza o prossimità della prova, dimostrare il diligente adempimento ovvero l'irrilevanza dell'inadempimento sotto il profilo eziologico.

Spetta dunque al medico provare che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che, quindi, gli eventuali esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile con l'ordinaria diligenza, non evitabile nonostante l'osservanza delle regole tecniche del caso.

Venendo ora al merito del caso in esame - posto che è stata sufficientemente dimostrata (né è altrimenti dubitabile) l'esistenza del rapporto contrattuale tra

Parte_1 e l' **Parte_2**, a seguito e in occasione del ricovero del primo presso **[REDACTED]** - in sede di Accertamento Tecnico Preventivo ex art. 696 bis c.p.c. è stato conferito incarico collegiale a due medici specialisti, i quali, all'esito del loro mandato, hanno confermato che *“il decorso patologico del paziente sia da riferire unicamente agli effetti ed alle conseguenze di un errato management intra, peri e post operatorio. I sanitari che sottoposero l'istante al primo intervento chirurgico, agirono con imperizia, imprudenza e negligenza non mettendo in atto tutte le misure di asepsi, profilassi e management intra, peri e post operatorio cagionandogli una grave infezione batterica nosocomiale e, verosimilmente aggravando non riconoscendone i sintomi e i segni iniziali o, quantomeno, non adottando tutti gli strumenti diagnostici e terapeutici del caso”*. I CCTTUU hanno altresì affermato che *“la prestazione*

sanitaria offerta al paziente fosse del tutto routinaria e priva di qualunque carattere di sperimentaltà e che la struttura sanitaria interessata, possedeva in sé tutti i requisiti tecnico professionali tali da poter offrire un'adeguata prestazione e che le cure mediche del caso concreto avevano facile esecuzione in quanto il caso in questione richiedeva solo una media diligenza professionale. Dalla documentazione sanitaria, poi, non si evincono eventi che abbiano richiesto la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, insorti durante la degenza”.

Dalla Consulenza Tecnica d'Ufficio espletata in sede di ATP ex art. 696 bis c.p.c. presso questo Tribunale, che si condivide sia per la metodologia adoperata che per i risultati cui la stessa è giunta, è emersa incontrovertibilmente la responsabilità dell'^{Parte} essendo il decorso patologico del paziente, secondo i CCTTUU, riconducibile unicamente agli effetti ed alle conseguenze di un errata gestione intra, peri e post-operatoria.

Allegati e dimostrati l'inadempimento dei sanitari, l'onere probatorio circa la dimostrazione che l'inadempimento non vi sia stato ovvero sia stato eziologicamente irrilevante, si è detto, ricade sull'*CP_5* resistente, il quale tuttavia si è limitato ad eccepire il proprio difetto di legittimazione passiva, affermando che il danno sarebbe da ascrivere alla condotta di altre strutture sanitarie che ebbero in cura il D' *Pt_1* , sussistendo dunque una responsabilità quanto meno concorrente di altri nosocomi.

In proposito chiaramente i CCTTUU hanno affermato che *“l'infezione si è sviluppata durante il primo ricovero presso [REDACTED] così come si evidenzia dalle cartelle cliniche laddove è riportato: marcata sofferenza cutanea con aree di necrosi con colliquazione”.*

Secondo i CCTTUU *“da ciò si evince chiaramente che si è di fronte ad un processo infettivo. I sanitari non hanno provveduto ad isolare il germe in causa, cosa che è stata fatta solo successivamente dai sanitari dell'ospedale [REDACTED] Ne deriva che vi è stato un errato management intra peri e post operatorio dei sanitari che hanno eseguito l'intervento chirurgico, non mettendo in essere le necessarie misure di asepsi e non solo ma hanno anche ritardato la diagnosi di infezione”.*

Osserva poi questo Giudice che le riportate conclusioni dei due Consulenti Tecnici d'Ufficio consentono di ritenere sussistente il nesso di causalità materiale tra la condotta dei sanitari e l'evento di danno rappresentato dalla *“ostiomelite cronica post-traumatica”.*

Gli Ausiliari, si ribadisce, hanno chiarito che risulta dimostrata ampiamente la possibilità scientifica dell'evento (criterio di possibilità scientifica), e che risultano soddisfatti gli altri criteri per l'attribuzione di un nesso causale, in quanto appaiono ampiamente riconosciuti sia il criterio cronologico, in quanto alla luce della documentazione esaminata sussiste congruità temporale tra l'epoca di intervento della causa lesiva e momento di comparsa dei relativi effetti, che quello topografico, corrispondendo la sede di lesione con quella

della successiva infezione, che quello dell'efficienza qualitativa e quantitativa, in quanto l'agente eziologico dell'infezione batterica è quantitativamente e qualitativamente sufficiente a causare il danno in analisi, così come tale infezione appare idonea (criterio eziologico o dell'idoneità lesiva) come responsabile dell'evento non solo sotto il profilo dell'efficienza qualitativa e quantitativa, ma anche in rapporto alla cosiddetta idoneità modale. Hanno aggiunto altresì come appare evidente che il criterio di continuità fenomenica trovi ampia soddisfazione nella disamina del caso in esame, mostrando come in successione logica e cronologica si siano svolte le manifestazioni cliniche (quindi dei sintomi) della causa lesiva.

3. Sulla quantificazione del danno.

Con riguardo alla quantificazione del danno, il pregiudizio non patrimoniale conseguente a colpa medica va liquidato in modo unitario, ma tenendo conto di due diverse componenti, destinate ad assumere autonoma rilevanza nella quantificazione giudiziaria del danno: quella biologica/dinamico-relazionale (attinente alla lesione psico-fisica subita dal paziente e alla conseguente compromissione della sua dimensione esistenziale) e quella morale (collegata alla sofferenza soggettiva provocata dall'errore medico) (Cass. Civ., Sez. III, 10.11.2020, n. 25164).

La Cassazione giunge a questo approdo all'esito di una serie di interventi giurisprudenziali volti, da un lato, a ribadire l'autonomia del danno morale rispetto a quello biologico (Cass. Civ., n. 910/2018, Cass. Civ., n. 7513/2018 e Cass. Civ. n. 28989/2019) e, dall'altro, a dettare rigorosi criteri di accesso alla c.d. "personalizzazione" del danno biologico/esistenziale (Cass. Civ., n. 27482/2018), per evitare qualunque forma di automatismo risarcitorio, anche collegato all'acritica applicazione dei parametri previsti dalle Tabelle del Tribunale di Milano.

Secondo la Cassazione, per accedere al risarcimento del danno, il paziente danneggiato è tenuto a dedurre e dimostrare in giudizio sia la lesione alla salute, con le eventuali ripercussioni sulla sua vita socio-relazionale, sia la sofferenza morale patita in conseguenza della malpractice medica.

Come previsto anche dall'art. 138 del codice delle assicurazioni private, il danno derivante dalla lesione del bene salute può essere declinato in due differenti componenti: quella "fisica e della vita di relazione" e quella "interiore" (intesa come dolore, vergogna, paura, disperazione). Mentre la prima (c.d. danno biologico/esistenziale) è oggetto di accertamento medico legale ad opera di un consulente nominato dal Giudice, che sarà chiamato a verificare l'esistenza di eventuali postumi permanenti e/o temporanei, il loro collegamento causale con l'errore medico nonché le ripercussioni sulle attività quotidiane del paziente (non da ultimo sulla sua capacità lavorativa generica), la seconda (c.d. danno morale), attenendo alla sofferenza interiore, rimane estranea all'accertamento medico-legale e deve essere dimostrata dal paziente.

Per ottenere il risarcimento della componente morale, dunque, il paziente danneggiato è tenuto a dimostrare con ogni mezzo (anche attraverso presunzioni e

massime di comune esperienza) lo stato di angoscia, di prostrazione e di disperazione interiore collegato alla malattia.

Dimostrata l'esistenza, accanto al pregiudizio biologico, della componente morale del danno, il paziente avrà quindi diritto di vedersi liquidato l'intero importo previsto dalle Tabelle del Tribunale di Milano, che esprimono parametri risarcitori omnicomprensivi, tanto della componente di danno biologico, quanto di quella morale.

Diversamente, e quindi nell'ipotesi in cui il paziente non riesca a provare il danno morale, dall'importo espresso nella Tabella milanese andrà scorporata una quota percentuale pari alla valorizzazione di tale componente, così da evitare la liquidazione di un pregiudizio non sussistente (o meglio, non dimostrato) nel caso di specie.

L'impostazione bipartita, volta a differenziare il danno biologico/esistenziale da quello morale, ha non irrilevanti ripercussioni anche sulla c.d. personalizzazione del danno, ossia sulla possibilità per il paziente danneggiato di ottenere un incremento risarcitorio, rispetto ai parametri standard individuati dalle Tabelle milanesi, sulla base della peculiarità e della particolare intensità del pregiudizio in concreto subito. Per accedere a tale incremento risarcitorio è necessario che il paziente vanti (e di ciò dia piena dimostrazione in giudizio) esperienze di vita specifiche ed eccezionali, tali da rendere "il danno dinamico-relazionale subito più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da lesioni personali dello stesso grado sofferte da persone della stessa età e condizione di salute" (Cass. Civ., Sez. III, 30 ottobre 2018, n. 27482).

Pertanto, applicando le nuove Tabelle milanesi, va riconosciuta al ricorrente, a titolo di danno biologico permanente, tenuto conto della gravità della lesione alla integrità psico-fisica (20%) e alla età del danneggiato, la somma di € 51813,00 e la somma di € 23230,00 per invalidità temporanea (102 gg di ITT; 100 gg di ITP al 75% e 50 gg di ITP al 50%), per un totale di € 75043,00.

In assenza di qualsivoglia elemento di allegazione e prova, va escluso sia l'incremento per sofferenza soggettiva, sia la personalizzazione.

Con riguardo al danno patrimoniale vanno riconosciute le spese mediche, quantificate, sulla base della documentazione prodotta, in € 8760,21, per un totale complessivo di € 83.803,21.

Non sono state dedotte né provate spese da sostenere in futuro.

Nella liquidazione del danno causato da illecito aquiliano, in caso di ritardo nell'adempimento, tuttavia, deve altresì tenersi conto del nocumento finanziario (lucro cessante) subito dal soggetto danneggiato a causa della mancata tempestiva disponibilità della somma di denaro dovutagli 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 liquidazione, dovendo gli stessi computarsi, piuttosto, o sulla somma originaria via via rivalutata anno per anno, ovvero in base ad un indice di rivalutazione medio (Cfr., ex multis, Cass., S.U., 17.2.1995 n. 1712, nonché Cass., 10.3.2000, n. 2796).

Orbene, per ottenere l'effetto pratico del riconoscimento degli interessi calcolati sulla somma rivalutata in base ad un indice di rivalutazione medio questo Giudicante reputa opportuno ordinare il pagamento in favore di **Parte_1** degli interessi al tasso legale dalla data del sinistro, sulla somma complessiva innanzi liquidata all'attualità (pari ad € 83.803,21) ma devalutata, in base agli indici ISTAT, al 11/6/2008 -quale momento del sinistro- e, quindi, anno per anno, ed a partire dal 11/6/2008 e fino al momento del deposito della presente decisione, sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione di quella sopra precisata, con divieto di anatocismo.

Dal momento della pronunzia della presente ordinanza e sino all'effettivo soddisfo, infine, con la trasformazione dell'obbligazione di valore in debito di valuta, dovranno essere corrisposti, sulla somma totale sopra liquidata all'attualità (pari ad € 83.803,21), gli ulteriori interessi al tasso legale, ex art. 1282 cod. civ. (cfr., in tal senso, Cass., 3 dicembre 1999 n. 13470; Cass., 21 aprile 1998 n. 4030).

Anche tali somme vanno poste a carico della resistente.

4. Sulle spese di lite.

Le spese di lite, liquidate sulla base del *decisum*, seguono la soccombenza e vengono liquidate come da dispositivo, con esclusione della fase istruttoria per il presente grado di giudizio.

Vanno poste a carico della resistente anche le spese del giudizio di ATP e della CTU espletata in tale sede.

P.Q.M.

Letto l'art. 702 *ter* c. 5 c.p.c

Il Tribunale di Nocera Inferiore, a definizione del procedimento sommario di cognizione ex art. 702 bis e ss., iscritto a ruolo presso questo Tribunale con il n. 6826/2019 di R.G.A.C., proposto da **Parte_1**, contro l' **Pt_2**

[...], ogni contraria istanza disattesa così provvede:

1. accoglie parzialmente, nei limiti e per le causali in motivazione, le domande del ricorrente, e

per l'effetto:

2. condanna l' **Parte_2**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento in favore di **Parte_1**, della somma di € 83.803,21, oltre interessi come in motivazione;
3. condanna, per le causali di cui in motivazione, l' **Parte_2**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento in favore di **Parte_1** delle spese di lite del presente giudizio, che si liquidano in € 406,50 per spese ed € 8433,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA, come per legge, con attribuzione al difensore dichiaratosene anticipatario;
4. condanna l' **Parte_2**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, al pagamento in favore di **Parte_1**, delle spese di

lite del giudizio di ATP, che si liquidano in € 286,00 per spese ed € 3.827,00 per compensi, oltre rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA, come per legge, con attribuzione al difensore dichiaratosene anticipatario;

5. pone definitivamente a carico dell' *Parte_2* le spese della CTU espletata in sede di ATP.

Manda alla Cancelleria per gli adempimenti di rito.

Nocera Inferiore, 11/2/2025

Il Giudice

Dott.ssa Lucia Esposito