



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI PISA

In persona del giudice unico dott. Stefano Palmaccio
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 5986/2016 R.G. promossa da:

Parte_1 rappresentato e difeso dall'avv. [REDACTED] ed elettivamente domiciliato presso il suo studio a Pisa, [REDACTED] giusta procura in atti;

- PARTE ATTRICE -

contro

Controparte_1, rappresentata e difesa dagli avv.ti [REDACTED] e [REDACTED] ed elettivamente domiciliata presso la sede legale dell'ente a Pisa, [REDACTED] giusta procura in atti;

- PARTE CONVENUTA -

Conclusioni delle parti:

Per parte attrice:

“condannare ... la convenuta CP_2 al risarcimento dei danni in favore dell'attore Parte_1 [...] , quantificati nella somma di € 41.663,53, od in quella diversa ritenuta di giustizia. In ipotesi denegata di non accoglimento della domanda attrice, ... voglia il Tribunale adito, tenuto conto dell'intera vicenda processuale, e dunque delle risultanze del procedimento per A.T.P. a seguito del quale è scaturito il presente giudizio, dichiarare compensate fra le parti le spese e competenze di lite”

Per parte convenuta:

“Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, disattesa ogni contraria domanda, istanza, eccezione e deduzione, rigettare le richieste risarcitorie avanzate dall'attore nei confronti della [...] Controparte_1 convenuta, perché infondate in fatto ed in diritto e non provate.

Con la condanna della controparte al pagamento delle spese sostenute, delle spese generali e del compenso ex D.M. n.55/2014, compresi oneri previdenziali e assistenziali pari al 23,8%, oneri a carico dell'avvocato dipendente dell' Org_1 , come le sottoscritte, ritenuti corrispondenti alle voci degli oneri accessori proprie dei legali liberi professionisti (cfr. Tribunale di Pisa sent. n. 1039/2020; Giudice di Pace di Pisa sent. n. 271/2020; Giudice di Pace di Pisa sent. n. 558/2020; Corte d'Appello di Firenze sent. n. 1556/2018; Tar Piemonte sent. n.1104/2017, Tar Emilia-

Romagna sent. n.151/2016, Tar Emilia Romagna sent. n.3/2016) sia del presente giudizio che del giudizio di cui al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. R.G. n. 2403/2015”

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione datato 9.12.2016, *Parte_1* conveniva in giudizio l' [...] *Controparte_3* per sentirla condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti per gli esiti – imputati a “malpractice” medica – dei trattamenti medico-chirurgici cui si era sottoposto presso la struttura sanitaria convenuta, a partire dal febbraio del 2013, in seguito a un ricovero d’urgenza con diagnosi di “*flemmone ad ascesso del braccio ed alla spalla destri*”. Esponeva che, come accertato dalla CTU espletata nel procedimento ex art. 696-bis c.p.c. iscritto al n. 2403/15 R.G., durante il ricovero ospedaliero si era verificata una superinfezione da germi nosocomiali, che aveva ulteriormente aggravato il decorso della malattia nel senso di un prolungamento terapeutico, e che, in conseguenza delle carenze assistenziali imputabili all' *CP_2* aveva riportato dei postumi permanenti consistenti nella “*maggiore limitazione funzionale della spalla e del braccio destro, quale esito chirurgico di flemmone del cingolo scapolare destro complicato da infezione nosocomiale*”, oltre a un periodo di complessivi giorni 60 di malattia.

L' *Controparte_1* si costituiva in giudizio, deducendo l'imprevedibilità dell'infezione sviluppata dall'attore e comunque l'inesistenza del nesso di causalità tra gli eventi dannosi prospettati e la condotta dei sanitari dell' *CP_2* contestando qualsiasi addebito di negligenza, anche con riferimento all'infezione nosocomiale. Chiedeva la rinnovazione della consulenza tecnica espletata nel procedimento ex art. 696-bis c.p.c. e la nomina di uno specialista in infettivologia, sull'assunto della carente valutazione da parte dei CC.TT.UU. del grave quadro clinico presentato dall'attore al momento dell'accesso presso la struttura sanitaria convenuta. Contestava, altresì, la quantificazione del danno e concludeva chiedendo il rigetto della domanda attorea.

Il procedimento veniva istruito mediante la rinnovazione della CTU medico-legale e con le produzioni documentali versate agli atti.

Per stratificato indirizzo giurisprudenziale, non modificato dalla l. n. 189/2012 e ribadito dall'art. 7 l. n. 24/2017, la responsabilità della struttura ospedaliera per l'inadempimento o l'inesatto adempimento della prestazione medico-professionale svolta dal sanitario, che assume la qualifica di ausiliario del debitore, presenta natura contrattuale (cfr. Tribunale Milano sez. I, 02/03/2018, n.2483; Tribunale Mantova sez. II, 05/09/2019, n.642).

In particolare, la responsabilità della struttura per i danni che si verificano in ambito sanitario scaturisce dall'inadempimento e/o dall'inesatto adempimento di una delle varie prestazioni che la stessa è direttamente obbligata ad eseguire in base al contratto atipico di ospedalità (Tribunale Milano sez. I, 06/09/2019, n.8003; Cassazione civile sez. III, 22/09/2015, n.18610). Trattandosi di

responsabilità di tipo contrattuale, *“l’onere probatorio dell’esistenza del contratto, dell’aggravamento della situazione patologica (o dell’insorgenza di nuove patologie a seguito dell’intervento) e del nesso causale con l’azione o omissione dei sanitari grava sul danneggiato. Infatti, il danno è elemento costitutivo della fattispecie e l’eziologia è immanente alla nozione di danno; di conseguenza, anche il nesso causale è parte del fatto costitutivo che l’attore deve provare. Spetta, invece, alla struttura sanitaria dimostrare che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti infausti sono stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile o comunque che non sono causalmente riconducibili alla condotta negligente o imperita dei medici, senza che rilevi, ai fini della ripartizione dell’onere probatorio, il fatto che la prestazione sia di facile esecuzione o implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, ai sensi dell’art. 2236 c.c.”* (Tribunale Firenze, 05/02/2018, n.335).

La struttura sanitaria, per essere esonerata dalla responsabilità risarcitoria verso il paziente, è tenuta a fornire la prova positiva che le conseguenze dannose della condotta censurata non le sono imputabili a titolo di inadempimento delle obbligazioni oggetto del contratto di ospitalità (Tribunale Milano sez. I, 06/09/2019, n.8003).

Con specifico riferimento al tema delle c.d. “infezioni nosocomiali”, la S.C. ha di recente chiarito che la prova liberatoria da offrirsi da parte dell’ente sanitario, una volta accertata la natura ospedaliera dell’infezione contratta dal paziente, deve soddisfare due specifici profili:

1) sul piano generale, quello relativo all'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza appunto di patologie infettive a carattere batterico;

2) sul piano individuale, quello relativo alla prestazione, ad opera del personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico valutando se, nel caso specifico, fosse stata praticata una corretta terapia profilattica pre e post-intervento (così Cassazione civile sez. III, 23/02/2021, n.4864).

Tanto osservato in diritto, occorre premettere in fatto che la vicenda clinica per cui è causa è stata oggetto di disamina in due distinte consulenze tecniche medico-legali:

- la prima, espletata nel procedimento ex art. 696-bis n. 2403/15 r.g., a cura del prof. [...]
Per_1 specialista in medicina legale, e del prof. Persona_2, specialista in medicina interna;
- la seconda, rinnovata nel presente giudizio alla luce dei rilievi critici sollevati dall’ CP_2 e del mancato coinvolgimento nella prima di uno specialista in infettivologia, a cura dei dott.ri Persona_3 (medico legale) e Persona_4 (infettivologo).

I fatti storici dedotti in citazione e l’iter chirurgico e terapeutico cui l’attore è stato sottoposto a seguito del primo accesso al Pronto Soccorso dell’ CP_2 in data 13.2.2013, a causa di sintomatologia dolorosa accusata alla spalla destra, non sono oggetto di contestazione tra le parti e, comunque, risultano provati dalla documentazione versata in atti.

In sintesi, in seguito all'accesso del 13.2.2013 e all'esito di vari esami radiologici, l'attore fu dimesso con diagnosi di "trauma distrattivo" della spalla destra; il 20.2.2013 il paziente eseguì un secondo accesso presso il P.S. dell' CP_2 ove gli fu riscontrato "flemmone ed ascesso del braccio e della spalla destri"; in pari data, fu trasferito presso la CP_4 Organizzazione_2 per essere sottoposto ad ulteriori accertamenti; il 22.2.2013 a favore del paziente venne eseguito un intervento chirurgico di "fasciotomia, drenaggio e toilette in corrispondenza della loggia anteriore fino al terzo medio del braccio destro e, a carico del dorso, in corrispondenza della regione scapolare"; i trattamenti post-intervento inclusero, oltre a ripetute revisioni e medicazioni della ferita, il posizionamento di "VAC"; all'esito del tampone della ferita raccolto il 4.3.2013, il paziente risultò positivo al batterio "Klebsiella Pneumoniae"; il 21.3.2013 risultò positivo anche al batterio "Stenotrophomonas maltophilia"; seguirono visite infettivologiche e consulenze ortopediche; il paziente fu infine dimesso il 28.3.2013, con guarigione definitiva in data 19.6.2013, giusta certificazione dell'infettivologo.

Da entrambe le consulenze tecniche espletate si evince l'assenza di profili di negligenza professionale a carico della struttura sanitaria convenuta con riguardo alla gestione del paziente al momento del primo accesso presso l' CP_2 tenuto conto che la sintomatologia riferita non era suggestiva di una raccolta flemmonosa né di un'infezione in corso.

Parimenti immune da critiche deve considerarsi l'iter terapeutico-chirurgico iniziato con il secondo accesso, a fronte di segni di flogosi acuta, ed esitato nell'intervento di fasciotomia: come osservato dal secondo collegio peritale, l'intervento chirurgico era indicato e fu eseguito nel rispetto delle linee guida e di tutte le regole della buona pratica medica dell'epoca, con esclusione della possibilità di configurare a carico dell' CP_2 profili di negligenza, imprudenza o imperizia.

Le risultanze delle CC.TT.UU. impongono di ritenere assodato che, nel corso del periodo di ricovero ospedaliero, l'attore contrasse una super-infezione prodotta dai batteri "Klebsiella Pneumoniae" e "Stenotrophomonas maltophilia".

Ciò di cui si discute è se l'infezione nosocomiale in questione sia idonea a fondare una responsabilità della struttura sanitaria convenuta per gli esiti dannosi scaturiti a carico del paziente.

La prima consulenza tecnica ha espressamente qualificato l'infezione da germi nosocomiali come una *"complicanza severa legata ad una «carezza assistenziale» consistente in scarsa sepsi"* a cura dell'azienda sanitaria convenuta.

La seconda consulenza, in linea di principio maggiormente attendibile in virtù della partecipazione alle operazioni peritali di uno specialista infettivologo e dell'approfondimento condotto sulle produzioni documentali offerte dall' CP_2 ha ritenuto la super-infezione da Klebsiella una evenienza non totalmente prevenibile ed evitabile da parte della struttura sanitaria.

Chiamato a esprimere un parere sull'adeguatezza delle misure di prevenzione concretamente assunte nel caso di specie dall' CP_2 il collegio peritale composto dai dott.ri Per_3 e Per_4 ha rassegnato le seguenti considerazioni: *"riguardo alle misure di prevenzione adottate dalla Struttura Ospedaliera (punto "2" delle osservazioni), riteniamo che queste siano state elencate nella*

relazione di CTU e sono rappresentate dai seguenti documenti aziendali: “Processo di sterilizzazione, preparazione dei dispositivi medici, loro invio e ritiro alle/dalle centrali di sterilizzazione” e revisione ed aggiornamento delle stesse (doc n° 6 e 7), linea guida aziendale “Comportamenti del personale e percorsi dei materiali e dei pazienti nel reparto operatorio” con l’allegato documento sul lavaggio delle mani (doc 8) e relativo aggiornamento della procedura (doc 9). Tali documenti appaiono adeguati alle più aggiornate linee-guida in materia. Riguardo allo stabilire se tali provvedimenti siano stati adottati in concreto, da detta documentazione si evince una costante e organizzata attività di controllo delle infrastrutture, attrezzature e procedure interne non potendosi ritenere, fino a dimostrazione contraria non fornita da parte ricorrente, che si possa riconoscere una ipotesi di responsabilità della struttura per carente effettuazione dell’attività di gestione e controllo delle infezioni. Non sono sufficienti generiche ipotesi e affermazioni non supportate da elementi e dati, oltre che da evidenze scientifiche, per ammettere il nesso di causa fra operato medico e attività svolte nella struttura sanitaria con la infezione. In altre parole: si ritiene che la sola relazione fra intervento/ricovero e infezione non costituisca automatico riconoscimento, sotto il profilo medicolegale, di inadeguati comportamenti medici e sanitari in generale, ma solo una correlazione fra un evento antecedente e uno susseguente che non prova che vi siano state responsabilità in quanto trattasi di evento biologico, quindi con una alea di verifica sempre presente nell’atto medico nonostante l’osservanza di corretti comportamenti sanitari diagnostico-curativi e organizzativo-gestionali e di controllo” (pp. 3-4 “chiarimenti” del 27.10.2019).

Ciò posto, va preliminarmente osservato che la CTU costituisce uno strumento di valutazione tecnica e di accertamento di situazioni di fatto rilevabili solo con il ricorso a determinate cognizioni tecniche. Essa rappresenta un mezzo di ausilio per il giudice, volto alla più approfondita conoscenza dei fatti già provati dalle parti, la cui interpretazione richiede nozioni tecnico-scientifiche (come quelle proprie della scienza medica). Al consulente non compete, invece, esprimere valutazioni di carattere giuridico, né il giudice può fondare la propria decisione su valutazioni di carattere giuridico operate dal CTU.

Del pari consolidato è il principio per cui il giudicante, una volta esaminate le conclusioni rassegnate dal CTU, non è obbligato a conformarvisi, se ritenute non convincenti, secondo il canone del "judex peritus peritorum", in virtù del quale è consentito al giudice di merito disattendere le argomentazioni tecniche svolte nella propria relazione dal CTU, fornendo un’adeguata motivazione, esente da vizi logici ed errori di diritto, nella quale indichi gli elementi di cui si è avvalso per ritenere erronei gli argomenti sui quali il consulente si è basato, ovvero gli elementi probatori, i criteri di valutazione e gli argomenti logico-giuridici (cfr., da ultimo, Corte appello Roma sez. VIII, 03/04/2020, n.1898, in DeJure).

Orbene, nella fattispecie per cui è causa si tratta di verificare se, in applicazione dei sopra richiamati criteri di riparto dell’onere probatorio in tema di responsabilità medica e in particolare di danno cagionato da infezione nosocomiale, la struttura sanitaria abbia assolto l’onere, su di essa

incombente, di dimostrare di aver fatto tutto il possibile per prevenire l'insorgenza dell'infezione patogena.

A parere di questo giudice, nonostante le contrarie conclusioni rassegnate dai CC.TT.UU., tale onere non può considerarsi assolto da parte della convenuta.

L'azienda sanitaria era gravata dell'onere di dimostrare, in primo luogo, di aver adottato e rispettato in concreto le cautele prescritte dalla vigente normativa, o comunque esigibili in base alla miglior scienza medica, in tema di preservazione delle condizioni igieniche dei locali destinati all'effettuazione degli interventi chirurgici ed al ricovero dei pazienti, nonché di sterilizzazione e profilassi preventiva della strumentazione adoperata.

La prova dell'adozione e del rispetto degli standard di igiene e prevenzione non può, invece, incombere sul paziente danneggiato, anche in applicazione del c.d. principio di vicinanza della prova.

Ciò detto, i documenti prodotti dalla convenuta subb. 6-9 e 11-13 (procedura aziendale del processo di sterilizzazione; linee guida relative ai “comportamenti del personale e percorsi dei materiali e dei pazienti nel reparto operatorio”; istruzione sull'igiene delle mani nelle attività assistenziali; guida alla compilazione della check-list per la sicurezza in sala operatoria; linea guida sull'antibioticoprofilassi perioperatoria nell'Adulto; istruzione aziendale su “prevenzione e controllo della diffusione di enterobatteri produttori di carbapenemasi in [REDACTED] con particolare riferimento a *klebsiella pneumoniae*”), peraltro in alcuni casi di formazione successiva rispetto ai fatti di causa (docc. 12-13), permettono al più di apprezzare l'avvenuta predisposizione di protocolli di prevenzione ma non consentono in alcun modo di appurare se concretamente, in particolar modo nella specifica vicenda clinica oggetto di causa, tali misure siano state osservate.

Non è dirimente che, secondo quanto osservato dal collegio peritale, dalle produzioni documentali richiamate si evinca *“una costante e organizzata attività di controllo delle infrastrutture, attrezzature e procedure interne”*: la rigorosa prova liberatoria richiesta alla struttura per esimersi da responsabilità avrebbe richiesto la dimostrazione che tale attività di monitoraggio e di controllo sia stata espletata in concreto.

In altri termini, l'eventuale adozione di adeguati protocolli di prevenzione delle infezioni non può costituire prova del loro effettivo rispetto nel caso di specie.

Neppure risulta sufficiente il riscontro dalle cartelle cliniche di singoli accorgimenti profilattici: l'isolata attestazione della sottoposizione del paziente, ad esempio, ad antibiotico-profilassi prima del trattamento chirurgico ovvero le certificazioni volte a dare atto della sterilizzazione degli strumenti chirurgici non possono bastare a considerare assolto l'onere di provare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione e di profilassi lungo tutto l'arco temporale e con riferimento ai diversi locali in cui l'attore è stato ricoverato durante il suo non breve periodo di degenza presso la struttura sanitaria convenuta, anche tenuto conto che non è risultato stato possibile individuare con esattezza la concreta occasione in cui l'infezione è stata contratta.

La riscontrata carenza asseverativa in ordine al concreto rispetto delle cautele esigibili per la salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e del personale sanitario rende superfluo l'esame del profilo del trattamento terapeutico del paziente, successivamente alla contrazione dell'infezione.

Pur dovendosi dare atto della sostanziale correttezza dell'approccio terapeutico adottato dal personale medico dell' CP_2 dopo l'infezione patogena (come precisato dalla seconda CTU, la terapia antibiotica doveva essere necessariamente empirica all'inizio, non vi furono ritardi nell'esecuzione delle ricerche microbiologiche e deve altresì considerarsi corretta la sottoposizione del paziente a sedute di camera iperbarica e alla terapia "VAC"), tanto non basta a elidere la responsabilità dell'azienda sanitaria per aver cagionato l'infezione.

Dal mancato raggiungimento della prova liberatoria da parte dell' CP_2 discende dunque la responsabilità della struttura nella causazione dell'infezione, per non avere offerto la positiva dimostrazione del corretto adempimento nella vicenda storica per cui è causa di tutte le misure di prevenzione, esigibili in quel determinato momento, necessarie ad evitare l'insorgenza dell'infezione patogena.

In sintesi, l' CP_2 non ha dimostrato l'effettiva attuazione delle misure standard di prevenzione e non ha quindi provato di aver adeguatamente protetto il paziente dal rischio infettivo.

Ad ogni modo, dall'infezione nosocomiale non sono derivati postumi invalidanti permanenti a carico del paziente: dalla medesima è scaturito soltanto un prolungamento della malattia.

Al riguardo, devono condividersi le conclusioni rassegnate nella CTU espletata nel presente giudizio, poiché sviluppate all'esito di un analitico esame della documentazione clinica prodotta e di un'attenta ricostruzione e descrizione dell'iter clinico subito dal paziente, oltre che motivate da ragionamenti lineari e immuni da vizi logici, idonei a superare i diversi risultati cui era pervenuta sul punto la consulenza tecnica resa nel procedimento di istruzione preventiva.

Pare opportuno precisare che la non condivisibilità delle argomentazioni espresse dal collegio a proposito dell'adequazione delle misure di prevenzione e della ritenuta inevitabilità dell'infezione, in specie nella parte in cui sono svolte delle ultronee considerazioni circa il riparto e l'assolvimento dell'onere probatorio, non inficia l'attendibilità delle risultanze della CTU con riguardo al diverso tema degli esiti dell'infezione, in quanto supportate da logica e congrua motivazione.

Orbene, pur essendo assodato che dagli eventi clinici per cui è causa sia residuo a carico dell'attore un marcato deficit funzionale all'arto superiore destro, nondimeno deve ritenersi che tale esito dannoso non sia stato provocato né aggravato dall'infezione patogena.

Come osservato dal collegio peritale, *"tali esiti, comunque quantificati, non sono stati influenzati dalla sovrapposizione dei patogeni isolati dato che non è stato necessario intervenire chirurgicamente in tempi successivi e di "di per sé" il quadro iniziale ["flemmone ed ascesso del braccio e della spalla destra", cui è seguito il trattamento chirurgico, correttamente eseguito, di fasciotomia e drenaggio] rende conto dell'esito "de quo"."* In altri termini, *"la menomazione deve ritenersi conseguenza della grave patologia iniziale e degli esiti dell'intervento chirurgico di fasciotomia e svuotamento della raccolta ascessuale"*, mentre la super-infezione nosocomiale da

Klebsiella p. non ha “determinato un maggior danno rispetto a quello che si sarebbe potuto verificare in sua assenza. Ciò anche in considerazione del fatto che la raccolta ascessuale era già particolarmente estesa al momento del primo intervento”.

Come già rilevato, la gestione dell'infezione fu corretta. Si rinvia alla replica del collegio alle osservazioni critiche formulate sul punto dal CTP di parte attrice: “*riguardo al fatto che “La terapia antibiotica doveva e poteva essere anticipata nella sua specificità (il trattamento invece fu, per stessa ammissione di parte convenuta, “empirico e a largo spettro”)”, non si comprende l’osservazione: le colture microbiologiche furono fatte sin dall’inizio e non dettero risultato, la terapia non poteva che essere empirica. Pur nell’empirismo era razionalmente impostata e guidata da supervisione specialistica Infettivologica. Pare che la CTP non abbia preso nota dei vari campionamenti microbiologici con relative date riportate nella relazione preliminare di CTU tenuto conto altresì della corretta gestione dell’infezione, una volta accertata”.*

L'infezione nosocomiale ha invece comportato un prolungamento del ricovero ospedaliero. La maggior durata del periodo di malattia è stata stimata dai CC.TT.UU. in 20 giorni di inabilità assoluta e in ulteriori 30 – 40 giorni di inabilità parziale, al tasso medio del 50%.

Esclusa la risarcibilità del danno biologico permanente, il danno biologico temporaneo subito dal paziente per effetto dell'infezione può quindi essere quantificato in complessivi 60 giorni, di cui 20 per invalidità temporanea totale e 40 per invalidità temporanea parziale al 50%.

Ai fini della liquidazione dei danni così accertati e della loro risarcibilità, possono trovare applicazione le tabelle predisposte dal Tribunale di Milano (cfr. Cassazione civile sez. III, 15/05/2018, n.11754). In applicazione dei criteri tabellari già indicati e aggiornati al 2021, il periodo di invalidità temporanea deve essere adeguatamente risarcito con € 1.980,00 ($€ 99,00 \times 20$ gg.) per invalidità temporanea totale ed € 1.980,00 ($€ 99,00 \times 40$ gg. $\times 50\%$) per invalidità temporanea parziale al 50%, per l'ammontare complessivo di € 3.960,00, già rivalutata all'attualità.

Non sono risarcibili le spese sanitarie dedotte dall'attore, in considerazione del rilevato difetto di nesso eziologico tra gli esiti permanenti lamentati e l'infezione nosocomiale imputabile alla convenuta.

Devono invece essere risarcite all'attore le spese documentate (doc. 4, 18 e 19) corrispondenti all'onorario del CTP di € 610,00, le spese di viaggio pari a € 238,30 sostenute per la visita medico-legale nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e il costo di € 121,00 relativo ad altra visita effettuata per il rilascio di preventivo parere medico-legale, trattandosi di oneri giustificati in vista dell'esercizio dell'azione risarcitoria, oltre al costo di € 48,80 sostenuto per l'avvio del procedimento di mediazione, per un ammontare complessivo di € 1.018,10

Devono infine essere refusi all'attore gli onorari posti a suo carico per la CTU espletata nel procedimento ex art. 696-bis c.p.c., pari a € 3.587,33.

In conclusione, l' **CP_2** va condannata al pagamento in favore di **Parte_1** della complessiva somma di € 8.565,43 (di cui € 3.960,00 per danno non patrimoniale; € 1.018,10 per

danno patrimoniale ed € 3.587,33 per rimborso del compenso del CTU), oltre interessi legali dalla presente pronuncia al soddisfo.

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate sul valore del *decisum* (Cass. n. 19014/2007) e in base ai parametri di cui al D. M. n. 55/2014, nella misura indicata in dispositivo, comprensiva anche degli onorari relativi al procedimento ex art. 696- bis c.p.c.

Le spese di CTU devono essere poste a carico della parte convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza ed eccezione disattesa, così provvede:

- 1) accoglie parzialmente la domanda e per l'effetto condanna l' *Controparte_5* [...] al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 8.565,43, oltre interessi legali dalla pubblicazione della sentenza sino al soddisfo;
- 2) condanna l' *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* [...] delle spese processuali, che liquida in complessivi € 5.000,00 per onorari, oltre a € 582,60 per esborsi, I.V.A. (se dovuta) e C.P.A, rimborso forfettario spese generali nella misura del 15%;
- 3) pone le spese di CTU a carico dell' *Controparte_1* .

Pisa, 23/07/2021

Il giudice
dott. Stefano Palmaccio