



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI REGGIO CALABRIA

Prima Sezione civile

Il Tribunale di Reggio Calabria, Prima Sezione civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice Unico, dott.ssa Francesca Rosaria Plutino, ha pronunciato, la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 786/13 R.G.A.C., posta in decisione all'udienza del 3 novembre 2021, con la concessione dei termini ex art. 190 c.p.c., vertenti tra

Parte_1 (C.F. C.F._1) con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
[REDACTED] e domiciliata presso i difensori;

-attrice -

Contro

Controparte_1 (C.F. [REDACTED]) in persona del legale rappresentante pro tempore, con il patrocinio dell'avv. [REDACTED] e dell'avv. [REDACTED] elettivamente [REDACTED] presso il difensore avv. [REDACTED]

[REDACTED] rte_2 (C.F. [REDACTED]) con il patrocinio dell'avv. [REDACTED] e dell'avv. [REDACTED] entrambi con studio in MESSINA, [REDACTED] Is. 57 Pal. E, elettivamente domiciliato per il presente giudizio in REGGIO CALABRIA, [REDACTED] presso il difensore avv. [REDACTED]

E

Controparte_3 (C.F. *P.IVA*), in persona del legale rappresentante pro tempore, con il patrocinio dell'avv. *CP_4* e dell'avv. *CP_4* elettivamente *CP_4* n. 22 presso il difensore avv. *CP_4*

Terzo chiamato

OGGETTO: responsabilità medica

Conclusioni delle parti

I procuratori delle parti concludevano come da note di trattazione scritta.

Motivi della decisione

1.1. Con atto di citazione regolarmente notificato il sig. *Parte_1* esponeva che:

- in data 04.10.2010, era stato sottoposto ad intervento di artroprotesi totale destra presso l' *Organizzazione_1* , *Org_2* ” di Reggio Calabria, facente parte del gruppo *CP_1* eseguito dal Dott. *Controparte_2* ;
- in data 6 ottobre 2010 gli esami di flogosi risultarono positivi e, dopo che gli stessi si normalizzarono, in data 29.10.2010, venne dimesso nonostante la persistenza della sintomatologia dolorosa al ginocchio destro;
- dopo alcuni giorni essendo divenuto insopportabile il dolore, ritornava al suddetto istituto ortopedico dove gli veniva praticata terapia infusioneale analgesica e in data 10.11.2010, veniva nuovamente ricoverato presso il reparto di riabilitazione del suddetto istituto, dove, eseguiti gli esami di laboratorio, gli veniva riscontrata una positività degli indici di flogosi, e, diagnosticatagli un'infezione da Staphylococcus aureus, iniziava una terapia antibiotica;
- aggravatasi la sintomatologia dolorosa, il dott. *CP_2* decideva pertanto di sottoporlo, in data 27.04.2011, a un secondo intervento di espianto della protesi con posizionamento

di uno spaziatore antibiotato. Il risultato dell'esame culturale eseguito in sala operatoria confermava l'infezione da *Staphylococcus aureus*;

- successivamente, in seguito all'esame di scintigrafia ossea che evidenziava la permanenza di un processo flogistico-infettivo particolare senza più interessamento osseo, e non potendo più camminare, decideva di sottoporsi, in data 7.12.2011, presso l'istituto clinico

Org_3 ad un altro intervento di rimozione dello spaziatore e impianto di una nuova protesi da revisione;

- in data 20.12.2011 veniva dimesso ed eseguita la prescritta terapia riabilitativa, veniva giudicato guarito in data 15.3.2012 con postumi invalidanti nella misura del 55%.

- sussisteva la responsabilità della struttura ospedaliera e del dott. *Controparte_2* per avere omesso di adottare tutte le misure pre-operatorie idonee alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, e per non avere eseguito tempestivamente, nonostante la presenza di evidenti segni di flogosi, quegli accertamenti necessari per individuare e sconfiggere l'infezione;

- il danno subito dall'istante poteva essere quantificato in complessivi €521.216,97 ponendo come base del relativo calcolo le tabelle del Tribunale di Milano – anno 2009 – comprensivo di danno biologico cui andavano aggiunte le somme dovute per danno morale e per le spese mediche sostenute.

Tutto ciò premesso, conveniva in giudizio lo *Controparte_1* e il dott. *Controparte_2* così concludendo: *“ritenere e dichiarare, per le causali di cui in narrativa, la responsabilità del dott. Controparte_2 nonché dello Controparte_1 in persona del suo legale rappresentante pro tempore, e conseguentemente condannarli, in solido, al pagamento, in favore dell'istante, di tutte quelle somme dovute per tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a seguito del sinistro per cui è causa, nella misura indicata in premessa o in quella maggiore o minore*

che sarà determinata in corso di causa, a seguito di espletanda ctu. Il tutto con rivalutazione monetaria ed interessi dal dì dell'evento al soddisfo e con vittoria di spese e competenze di giudizio».

Si costituiva in giudizio **Controparte_1** che nel merito eccepiva l'inesistenza di responsabilità della struttura sanitaria, e inoltre contestava il mancato assolvimento dell'onere della prova da parte dell'attore; infine, contestava le conclusioni del CTP di parte attrice e la relativa quantificazione percentuale dell'invalidità permanente indicata nella misura del 55% ritenendola eccessiva e sproporzionata e, contestava i danni patrimoniali e non patrimoniali così come identificati. Dunque, in via principale, domandava di rigettare la domanda attorea anche ai sensi dell'art. 1227 c.c.; in via subordinata, nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda dell'attore, chiedeva di ridurre le pretese risarcitorie del Signor **Pt_1** nei limiti in cui veniva data prova dei danni subiti e della responsabilità ascrivibile allo **Controparte_1**

Si costituiva in giudizio il dr. **Controparte_2** che eccepiva, in via preliminare, la nullità dell'atto di citazione per indeterminatezza, nonché la carenza di legittimazione passiva del dott. **CP_2**; contestava nel merito qualsiasi addebito di colpa professionale a suo carico; eccepiva l'inesistenza del nesso causale tra lo stato attuale di salute dell'attore e i fatti di causa lamentati dallo stesso, potendo essere l'attuale danno essere conseguenza dell'ulteriore intervento chirurgico effettuato il 07.12.2011; chiedeva l'autorizzazione alla chiamata in causa della **Parte_2**

Autorizzata la chiamata, si costituiva l **Controparte_3** che, in via principale, contestava l'operatività della polizza assicurativa stipulata dal dott. **CP_2** con **Parte_3** per violazione della clausola c.d. *claims made* della polizza e per violazione dell'art. 1892 c.c. e dell'art. 17 C.G.A. della polizza stipulata; in via subordinata,

in relazione all'infezione nosocomiale, chiedeva di accertare e dichiarare la sussistenza della responsabilità diretta ed esclusiva della struttura sanitaria; in via ulteriormente subordinata, di accertare e dichiarare la responsabilità risarcitoria solidale di CP_1 [...] e conseguentemente accertare e dichiarare il diritto del dott. CP_2, a beneficiare della copertura assicurativa fornita dalla polizza stipulata dall' [...]

Organizzazione_4 a favore dei propri medici ed in caso di inerzia del convenuto, accertare e dichiarare la sua perdita del diritto assicurativo ex art. 1914 c.c.; infine, eccepiva la circostanza che la polizza fosse a secondo rischio e che fosse limitata alla sola quota di responsabilità diretta del dott. CP_2.

La causa veniva istruita mediante consulenza medico-legale e all'udienza del 3 novembre 2021 veniva assegnata a sentenza con la concessione dei termini ex art. 190 c.p.c.

In via preliminare, quanto alle richieste di prova orale e di rinnovo della CTU reiterate da parte attrice, le stesse vanno rigettate perché superflue ai fini del decidere.

Con riferimento alla prova orale articolata dalla terza chiamata nella memoria ex art. 183 VI comma n. 2 c.p.c., la stessa non è ammissibile posto che i capitoli sono in parte documentali, in parte valutativi e in parte superflui ai fini del decidere.

In primo luogo si rileva che, in punto responsabilità contrattuale della struttura ospedaliera, come precisato dalla Corte di Cassazione, "ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della

prestazione. Ciò sul presupposto che nelle obbligazioni di diligenza professionale sanitaria il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, cioè il perseguimento delle *leges artis* nella cura dell'interesse del creditore, ma del diritto alla salute, che è l'interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato (così, da ultimo, le sentenze 11 novembre 2019, n. 28991 e n. 28992, in linea con la sentenza 26 luglio 2017, n. 18392)

Orbene risulta pacifico e documentalmente provato che in data 2 ottobre 2010 l'attore è stato ricoverato presso l' Organizzazione_5 di Reggio Calabria, e sottoposto in data 4 ottobre 2010 ad intervento di artroprotesi totale, eseguito dal dr. CP_2 .

Si legge nella relazione peritale depositata l'8 febbraio 2016, *Prima dell'intervento eseguiva gli esami routinari tra cui gli esami di laboratorio del 02/10/10 che risultano normali (nessuna alterazione degli indici di flogosi). Veniva trattato con antibioticoterapia mirata. Negli esami di laboratorio del 06/10/10 si evince alterazione degli indici di flogosi senza febbre. In data 15/10/10 viene dimesso dal reparto di chirurgia. Nella stessa data viene ricoverato presso il reparto di riabilitazione dello stesso istituto dove esegue il trattamento riabilitativo. In data 21/10/10 si evince un netto miglioramento degli indici di flogosi. In data 29/10/10 viene dimesso con prescrizione di terapia medica ed fkt. In data 10/11/10 nuovo ricovero nel reparto di riabilitazione a causa della grave limitazione funzionale del ginocchio dx. Durante il ricovero esegue trattamento riabilitativo, terapia medica ed antibiotica. I valori degli indici di flogosi sono migliorati e stabili. In data 03/12/10 viene dimesso con prescrizione di terapia medica, terapia antibiotica ed fkt. In data 12/01/2011 esegue visita ambulatoriale presso lo Controparte_1 ; controllo clinico e RDX tra 42 gg. In data 16/02/2011 effettua esame Scintigrafico eseguito presso XXXXXXXXXX RC prof. D.*

Org_6 ; referto: ...aumentata attività osteoblastica. In data 07/03/11 si ricovera nello stesso istituto per rigidità articolare ginocchio con sospetta sepsi protesi. Durante il ricovero esegue visite, terapia medica e fisica, artrocentesi per esame colturale, risultato negativo, ed esami di laboratorio leggermente alterati e stabili. In data 15/03/11 viene dimesso con prescrizione di terapia medica ed fkt. In data 06/04/2011 svolge nuovo esame Scintigrafico presso [REDACTED] RC prof. Per_1moderata migrazione specifica dei granulociti nei tessuti circostanti l'artroprotesi del ginocchio di destra (più marcata in corrispondenza dell'estremità distale del femore destro e sul versante interno del ginocchio destro). In data 26/04/11 si ricovera nel reparto chirurgico dello stesso Istituto per infezione della protesi. Durante il ricovero esegue tampone ferita con risultato positivo per staphylococcus aureus. Eseguiti tutti gli altri esami di routine, compreso gli indici di flogosi che risultano sempre positivi, in data 27/04/11 viene sottoposto ad intervento di rimozione protesi ed impianto di spaziatore antibiotato.”

Il CTU osserva anche che Le infezioni delle protesi ortopediche si distinguono in: 1) Infezioni precoci: avvengono nei primi 3 mesi successivi al posizionamento della protesi. L'infezione è generalmente dovuta ad una contaminazione perioperatoria con germi virulenti quali S. aureus; 2) Infezioni ritardate: avvengono tra 3 e 24 mesi successivi al posizionamento della protesi. L'infezione è generalmente dovuta ad una contaminazione perioperatoria con germi a bassa virulenza quali stafilococchi coagulasi negativi, Propionibacterium acnes (soprattutto nelle protesi di spalla); 3) Infezioni tardive: si osservano dopo 24 mesi dal posizionamento della protesi. Solitamente dipendono da una disseminazione ematogena di microbi provenienti da una infezione della cute, del tratto respiratorio, dell'apparato dentale o delle vie urinarie. L'incidenza delle infezioni che seguono l'impianto di una protesi di ginocchio al 2,5%. Eventuali interventi di revisione aumentano ulteriormente il rischio di infezione

protesica del 5,6%. Circa un terzo di queste infezioni insorge nei primi 3 mesi dall'impianto, mentre un altro terzo di soggetti si infetta entro il primo anno dall'impianto protesico"

Orbene, nel caso in esame, secondo il CTU “ *L’infezione del primo impianto è stata causata da una contaminazione perioperatoria oppure da contaminazione della ferita per via aerea”;* ad avviso dell’ausiliario inoltre “*La sintomatologia attuale del Sig. Parte_1 è da attribuire agli esiti dell’infezione del primo impianto protesico al ginocchio destro e ai trattamenti successivi medico-chirurgici terminati con l’impianto di una protesi da revisione vincolata, per la grave instabilità del ginocchio”*

Può quindi stabilirsi la natura nosocomiale dell’infezione, sia per la tipologia di batterio che per il momento di insorgenza e l’assenza di infezioni prima del ricovero; sussiste inoltre, il nesso causale tra la predetta infezione e l’aggravamento delle condizioni di salute dell’attore.

Accertata la sussistenza del nesso di causalità, ai fini del riconoscimento del danno da responsabilità contrattuale, come statuito dalla Suprema Corte, è necessario valutare se la struttura ospedaliera abbia o meno assolto l’onere di dimostrare “*la regolarità dell’operato dei suoi dipendenti anche in relazione alla sterilizzazione dell’ambiente operatorio*” (Cass., Sez. Terza Civile, Ord. n. 17696/2020).

Sul punto il CTU ha evidenziato che *Gli operatori nello svolgimento della loro attività sanitaria si sono totalmente attenuti ai protocolli, alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica suggerite e indicate in queste patologie. Nel reparto chirurgico dello Org_7 i sono osservate tutte le leggi, regolamenti, ordini e discipline dovute al caso; lo stesso ha ritenuto che da parte del personale dello Org_7 è stata effettuata un’adeguata profilassi pre-operatoria e post-opertaoria; per quanto riguarda l’asepsi della sala operatoria il CTU in sede di risposta alle osservazioni, ha ammesso di non essersi*

espresso ma di non averlo *ritenuto opportuno in quanto lo ritiene scontato poiché se ciò non fosse in una sala dove si fanno minimo 5-6 interventi il numero di infezioni sarebbe assai elevato e riscontrato facilmente.*

Le conclusioni del CTU non sono condivisibili, sono generiche e non sono sufficienti ad escludere la responsabilità della struttura ospedaliera.

Quanto alla sterilizzazione dell'ambiente operatorio si osserva che, come precisato dalla Suprema Corte, il fatto che lo stafilococco aureo sia un batterio di frequente origine nosocomiale "*comporta la necessità, da parte della struttura sanitaria, di una particolare attenzione alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio, proprio perché l'insorgenza di un'infezione del genere non può considerarsi un fatto né eccezionale né difficilmente prevedibile*" (Cassazione, Sez. Terza Civile, Ord. n. 17696/2020). Per tali ragioni, l'onere di dimostrare "*l'assoluta correttezza dell'attività di sterilizzazione*" grava sull'Controparte_5 ; poiché nella documentazione prodotta dalla struttura risultano gli "*attestati di verifica dei cicli di sterilizzazione dello strumentario impiegato*" e la "*sterilizzazione della biancheria*" mentre la documentazione è carente su ogni operazione o precauzione posta in essere dalla struttura per garantire l'assoluta sterilità del sito operatorio, il suddetto onere non può considerarsi adempiuto.

Invero, con il ricovero dell'attore gravava sulla struttura sanitaria la relativa responsabilità contrattuale, che esige l'adempimento di una serie di obbligazioni. Tra queste, pacificamente esiste anche l'obbligazione di garantire l'assoluta sterilità non soltanto dell'attrezzatura chirurgica ma anche dell'intero ambiente operatorio nel quale l'intervento ha luogo. In un caso simile la Suprema Corte ha statuito che *lo stafilococco aureo sia un batterio di frequente (anche se non esclusiva) origine nosocomiale è nozione che questa Corte può dare come pacifica; ed è altrettanto noto che proprio per questa sua frequente origine, lo*

stafilococco aureo è un batterio particolarmente resistente agli antibiotici, ivi compresi quelli affini alla penicillina. Ciò comporta la necessità, da parte della struttura sanitaria, di una particolare attenzione alla sterilità di tutto l'ambiente operatorio, proprio perché l'insorgenza di un'infezione del genere non può considerarsi un fatto né eccezionale né difficilmente prevedibile. E l'onere della prova di avere approntato in concreto tutto quanto necessario per la perfetta igiene della sala operatoria è, ovviamente, a carico della struttura (Cassazione, Sez. Terza Civile, Ord. n. 17696/2020)

Alla luce di tutto quanto riportato fino ad ora, in punto responsabilità contrattuale, il **CP_1** non risulta aver assolto il proprio onere probatorio, non avendo dimostrato l'assoluta sterilizzazione dell'ambiente operatorio in cui l'attore in data 4 ottobre 2010 aveva subito l'intervento chirurgico.

La domanda va rigettata nei confronti del chirurgo, dr. **Controparte_2**, dato che la sterilizzazione della sala operatoria e dei ferri chirurgici è compito che non spetta direttamente al chirurgo operatore (in questo senso sempre Cass n. 17696/20) e che il CTU ha ritenuto la correttezza dell'intervento nonché della scelta successiva di rimozione dell'impianto protesico. L'attore non ha poi specificato le specifiche inadempienze in tema di sterilizzazione a suo carico.

Il danno biologico permanente arrecato all'attore è quantificato dal CTU nel 40% cui va detratta la percentuale derivante dall'intervento di ARTROPROTESI **Org_8** (che avrebbe, comunque, recato al periziando un'invalidità ed una invalidità sia totale che parziale) che il CTU ha determinato nella misura del 20% (ventiperceto) sicchè, pertanto, in maniera differenziale, si configurano postumi invalidanti nella misura del 20% (ventiperceto).

La durata totale della malattia (o meglio l'inabilità totale e parziale) del periziando deve

essere calcolata sempre come differenza tra la durata totale della malattia certificata ossia 505 gg e quella dovuta, in genere, alla durata delle cure per il 1° impianto cioè di 200 gg che equivale pertanto a 305 gg così distribuiti 90 gg al 100%, 100 gg al 75% e 115 gg al 50%

In ordine alle contestazioni del ctp della convenuta sull'eccesso di quantificazione, il CTU ha risposto con puntuali repliche che questo giudice condivide: *Gli esiti della riprotesizzazione del ginocchio destro hanno avuto, nel caso in questione, come conseguenza una grave coxalgia, un'articolari  molto limitata (quasi impossibile, infatti, il periziando usa un tutore e due bastoni canadesi per deambulare), un carico molto limitato, un'eterometria superiore a 3 cm, una grave sofferenza scheletrica ed uno scompenso controlaterale (grave peggioramento della gonartrosi sinistra a causa del sovraccarico e del bacino e del rachide che nella tabella di legge (Bargana et al, guida orientativa per la valutazione del danno biologico, pag. 112 – IV gruppo 35-45%) che merita una valutazione superiore a quella indicata dal Dr Controparte_6 (che la descrive bene nelle sue osservazione ma non le attribuisce in maniera appropriata secondo quanto indicato in relazione dall'esame obbiettivo del CTU)*

Il danno biologico cos  accertato va liquidato applicando secondo le tabelle in uso presso questo Tribunale che fanno riferimento alle tabelle del tribunale di Milano del 2021.

In conclusione, atteso il riconoscimento di una percentuale di invalidit  del 20%, e l'et  della danneggiato (66) al momento di cessazione dell'inabilit  temporanea (essendo questo il momento in cui si consolidano gli esiti permanenti) va liquidato nella misura di euro **44.251,00.**

Nell'ambito del danno non patrimoniale l'attore ha domandato, includendoli nella quantificazione operata nell'atto di citazione, sia il danno biologico sia il danno non patrimoniale o morale.

Quanto al risarcimento del danno morale, è pacifico il principio per cui *“In tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, non costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del risarcimento del "danno biologico", quale pregiudizio che esplica incidenza sulla vita quotidiana e sulle attività dinamico-relazionali del soggetto, e di un'ulteriore somma a titolo di ristoro del pregiudizio rappresentato dalla sofferenza interiore (c.d. danno morale, "sub specie" di dolore dell'animo, vergogna, disistima di sé, paura, disperazione), con la conseguenza che, ove dedotto e provato, tale ultimo danno deve formare oggetto di separata valutazione e liquidazione”* (Cass. Civ., Sez. 6-3, Ordinanza n. 4878 del 19/02/2019).

Nel caso *de quo*, in considerazione dei diversi interventi subiti e dell'incidenza sulla qualità della vita evidenziate dal CTU, può, senz'altro, riconoscersi la liquidazione della componente del danno non patrimoniale, costituita dalla sofferenza soggettiva interiore, nella misura riconosciuta dalle Tabelle Milano 2021 e, cioè, in misura pari al 36 % del punto base del danno biologico.

Il valore monetario della componente del danno non patrimoniale costituita dalla c.d. sofferenza soggettiva interiore ammonta, dunque, ad **€ 15.931,00 per un totale di euro 60.182,00**

Il danno biologico temporaneo è pari **ad € 22.027,50**

Avuto riguardo alla personalizzazione del danno (o, all'altrimenti detto “danno esistenziale”) giova rammentare che, in tema di quantificazione del danno permanente alla salute, la misura standard del risarcimento prevista dalla legge e dal criterio equitativo uniforme adottato dai giudici di merito (secondo il sistema c.d. del punto variabile) può essere aumentata, nella sua componente dinamico-relazionale attinente alla vita esterna del danneggiato, non sulla base di un automatismo, ma, solo in presenza di conseguenze

dannose del tutto anomale, eccezionali e peculiari, che fuoriescono da quelle normali ed indefettibili secondo l'"*id quod plerunque accidit*" entro le quali non è giustificata alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento (*ex multis*, v. Cass. Sez. 6 - 3, ordinanza n. 10912 del 07/05/2018 ed anche Sez. 3 - , Ordinanza n. 23469 del 28/09/2018).

Ne consegue che non vanno valutate autonomamente tutte quelle limitazione nei movimenti, anche tali da richiedere il necessario ausilio di altri, per le attività quotidiane ordinarie (o anche l'eventuale preclusione di determinate attività sportiva e/o ludica), potendo (e dovendo) astrattamente riferirsi, ciascuno dei pregiudizi richiamati, a qualunque altro soggetto che incorra nelle medesime conseguenze lesive (di quella specifica entità e riferite a un soggetto di quella specifica età anagrafica). Appare d'immediata percezione, difatti, come una simile modalità di personalizzazione del danno non patrimoniale (incline ad aggiungere poste risarcitorie per ogni conseguenza che di regola segue quel particolare tipo di lesioni) si traduce in un'inammissibile duplicazione risarcitoria, essendo ciascuna delle conseguenze ordinariamente secondarie a quel tipo di lesioni, già per intero, ricomprese nella liquidazione del danno alla persona operata attraverso il meccanismo c.d. tabellare.

Tanto chiarito, nel caso di specie, l'attore non ha allegato nulla di specifico per cui nessuna personalizzazione può essere concessa.

Il totale dei danni non patrimoniali ammonta ad euro **82.209,50**.

Vanno riconosciute le spese sostenute, sia mediche che per raggiungere Como per fare l'intervento resosi necessario, pari ad euro **1025,13**.

Il totale dei danni ammonta ad euro **83234,63** oltre interessi legali fino al soddisfo da calcolare sulla predetta somma da devalutare alla data dell'evento lesivo e via via da rivalutare annualmente fino alla data odierna in base agli indici ISTAT del costo della vita

per impiegati ed operai;

Le questioni poste dalla terza chiamata restano assorbite.

Quanto alle spese, nei rapporti tra attore e **CP_1** vengono compensate in ragione della metà, alla luce della forte riduzione del quantum, e sono liquidate come in dispositivo, con riferimento al *decisum* e ai parametri medi.

Con riferimento ai rapporti tra attore e **Controparte_2** nonché **Controparte_3**, alla luce della peculiarità delle questioni trattate, se ne dispone la compensazione integrale.

Le spese di CTU sono poste definitivamente a carico del convenuto **CP_1**

P.Q.M.

Il Tribunale di Reggio Calabria, Prima sezione civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice, dott.ssa Francesca Rosaria Plutino ,definitivamente pronunciando, nella causa in epigrafe indicata, disattesa ogni contraria, istanza, difesa, eccezione, così provvede:

1. Accoglie la domanda nei confronti dell' **Controparte_7** e, per l'effetto, lo condanna al pagamento a favore di parte attrice della somma di euro **83234,63** oltre interessi legali fino al soddisfo da calcolare sulla predetta somma da devalutare alla data dell'evento lesivo e via via da rivalutare annualmente fino alla data odierna in base agli indici ISTAT del costo della vita per impiegati ed operai;
2. Rigetta la domanda attorea nei confronti di **Controparte_2** ;
3. Compensa in ragione della metà le spese di lite tra attore e convenuto **CP_1** , in persona del legale rappresentante pro tempore, ponendo il residuo che liquida in euro 8537,00 (di cui euro 7795,00 per compenso ed euro 742,00 per spese)

oltre iva e c.p.a, spese generali del 15% a carico del convenuto CP_1 ed a favore dell'attore con distrazione a favore dei difensori antistatari;

4. Compensa le spese di giudizio tra attore e Controparte_2 e Controparte_3 .
5. Pone le spese delle CTU a carico del convenuto CP_1 .

Reggio Calabria, 13.06.2022

Il Giudice

Dr.ssa Francesca Rosaria Plutino