



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di SALERNO**

Seconda Sezione Civile

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Daniela Oliva
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **1167/2018** promossa da:

Parte_1 *C.F._1*], [redacted] e ivi residente
in [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] rappresentato e difeso dagli avv.ti [redacted] [redacted]
C.F._2] e [redacted] *C.F._3*] ed elettivamente
[redacted] alla [redacted]

ATTORE

contro

CP_1 *P.IVA_1* , in persona del legale rappresentante p.t., con sede legale in
SALERNO alla [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]
C.F._4] ed elettivamente [redacted] alla [redacted]

CONVENUTA

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli allegati al verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione ritualmente notificato il sig. *Parte_1* esponeva che: - in data 18.12.2015 cadeva accidentalmente all'interno della propria abitazione procurandosi lesioni al piede sinistro, e veniva trasportato al Pronto Soccorso dell' *Org_1* *Organizzazione_2*

██████████ d ██████████ dove veniva sottoposto ad indagini che evidenziavano il distacco del tendine di Achille e la frattura del calcagno; - successivamente veniva ricoverato presso la UOC [...]

Organizzazione_3 della [REDACTED] laddove veniva sottoposto ad intervento di “tenorrafia del tendine di Achille, impianto di un’ancoretta metallica al calcagno e sutura del filo transosseo”, con applicazione di gesso e dimissioni in data 23.12.2015; - in data 7.01.2016 si sottoponeva a controllo specialistico presso la medesima struttura e in tale occasione dall’ispezione della ferita chirurgica emergeva una sua “sofferenza”, poi risultata in un’infezione della stessa accertata all’esito di controlli effettuati in data 26.01.2016 e 25.02.2016; - all’esito di esami colturali delle secrezioni della ferita condotti presso il [REDACTED] up di Salerno, veniva accertata la contaminazione del sito della lesione con “candida e *staphylococcus aureus* nistatina sensibile”; - in data 14.04.2016 l’attore veniva ricoverato presso la casa di cura [REDACTED] Controparte_2 per intervento di tolettatura della ferita e rimozione del filo di sutura, e successivamente ad altri interventi chirurgici correlati alla presenza di focolai di infezione da *staphylococcus aureus* nei tessuti ossei.

In considerazione della ricostruzione dei fatti sopra riportata, e ritenendo sussistente nel caso di specie un'ipotesi di responsabilità colposa a carico dei sanitari del [REDACTED] [REDACTED] di [REDACTED] della [REDACTED] il sig. *Pt_1* incardinava perciò il presente giudizio lamentando di aver subito, a causa della condotta negligente tenuta dal personale medico curante con particolare riguardo all'omesso impiego delle corrette pratiche settiche nonché all'insufficienza della terapia antibiotica, un danno alla propria integrità psico fisica riconducibile al genere del danno da *malpractice* medica, suscettibile di risarcimento in applicazione delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano e in aggiunta al rimborso delle spese sostenute per le cure mediche.

L'attore concludeva perciò per l'accertamento giudiziario della colpa dei sanitari dell' **Ente** convenuta e per la conseguente condanna di quest'ultima al risarcimento dei danni di natura patrimoniale e non patrimoniale subiti, oltre alla condanna della parte soccombente alle spese di lite.

Si costituiva in giudizio la convenuta CP_1, la quale contestava le avverse domande sotto il profilo sia dell'*an* che del *quantum debeatur*, e nel merito ribadiva la correttezza dell'operato del personale del CP_3 di [REDACTED] della [REDACTED] e la mancanza di prova del

nesso eziologico tra le condotte di quest'ultimo e l'aggravamento delle condizioni di salute del paziente, non dimostrabile sulla base della sola richiesta attorea di CTU medico – legale. Insisteva pertanto per il rigetto delle avverse pretese, con contestuale condanna del ricorrente alla refusione integrale delle spese di lite.

Svolta l'attività istruttoria richiesta tramite l'acquisizione di CTU medico – legale, all'udienza del 15.05.2023 il Giudice tratteneva la causa in decisione previa la concessione dei termini di legge.

MOTIVAZIONE

Preliminarmente va dato atto che, nel costituirsi nel presente giudizio, nessuna delle parti in causa sollevava eccezioni preliminari potenzialmente ostative rispetto a una decisione nel merito della controversia, sicché ai fini della decisione occorrerà sin da subito soffermarsi sul profilo della fondatezza o meno della domanda risarcitoria avanzata da parte attrice.

Sotto tale prospettiva, appare comunque opportuno evidenziare - a titolo di necessaria premessa giuridica del discorso da svolgersi - che, come ormai pacificamente ammesso in dottrina e in giurisprudenza, la domanda volta ad accertare la responsabilità medica del sanitario per gli illeciti posti in essere nell'esercizio della sua attività professionale può essere avanzata, oltre che nei confronti di quest'ultimo, anche nei confronti della struttura ospedaliera presso la quale l'attività medesima veniva effettuata. Ed invero, in termini generali si afferma che la responsabilità della struttura sanitaria deve intendersi riconducibile alla categoria civilistica della responsabilità contrattuale traente la propria fonte in un contratto sinallagmatico atipico, noto come “contratto di ospedalità” o “di assistenza sanitaria”, concluso tra la struttura ed il paziente anche attraverso fatti concludenti quali la semplice presa in carico di quest'ultimo all'interno della struttura stessa; tale figura contrattuale pone in capo alla struttura sanitaria una serie di obblighi definiti nel loro insieme con il termine di “assistenza sanitaria” e comportanti sia l'esecuzione della prestazione medica principale, sia l'assolvimento di ulteriori prestazioni accessorie quali quelle assistenziali, alberghiere e di messa a disposizione di personale ed attrezzature, a fronte delle quali la prestazione gravante sul paziente si identifica nel pagamento del prezzo dovuto in ragione del trattamento effettuato.

Dalla natura complessa della posizione contrattuale propria della struttura sanitaria discendono conseguenze in merito alla responsabilità per inadempimento delle suddette prestazioni: per le

prestazioni secondarie gravanti in via diretta su di essa, la struttura sanitaria risponde infatti ai sensi dell'art. 1218 c.c., mentre in caso di inadempimento o inesatto adempimento della prestazione sanitaria principale, per la quale essa si serve dell'operato di ausiliari esercenti professione sanitaria, la responsabilità sarà quella prevista dall'art. 1228 c.c. per il debitore che si avvalga dell'opera di terzi per adempiere la propria obbligazione, con la precisazione che tale avvalimento rende del tutto irrilevante che il medico operante sia inserito nell'apparato organico dell'ente o meno (cfr., ex multis, Cass. n. 18610 del 22.9.2015).

Fatte queste necessarie premesse di ordine generale, occorre a questo punto focalizzarsi sul profilo, di carattere strettamente sostanziale, della ripartizione che da esse deriva dell'onere probatorio gravante sulle parti in causa, precisando che, ai fini dell'accoglimento della domanda di risarcimento per responsabilità medica del sanitario, grava sul paziente/danneggiato l'onere di documentare non solo l'esistenza del danno lamentato, ma anche il nesso di causalità che avvince tale danno alla condotta del sanitario, senza che rilevi ai fini dell'assolvimento di tale onere la prova della colpa del sanitario stesso. Sarà, infatti, quest'ultimo (ovvero la struttura sanitaria citata in giudizio) a dover fornire prova di aver adoperato la diligenza richiesta nel caso di specie, provando altresì che il danno sarebbe identificabile quale conseguenza imprevedibile e, perciò, inevitabile: *«Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del “più probabile che non” causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata»* (Cass. n. 3704 del 15.2.2018, che richiama Cass. n. 18392 del 26.7.2017, Cass. n. 26824 del 14.11.2017 e Cass. n. 26825 del 14.11.2017, ex multis).

Orbene, quanto all'onere probatorio gravante sulla parte attrice esso può pacificamente ritenersi in questa sede assolto, sulla base delle risultanze di cui alla perizia di CTU medico-legale depositata agli atti del presente giudizio.

Ed invero il consulente incaricato, provvedeva, sulla base della documentazione da lui acquisita, a ricostruire l'intera vicenda clinica del paziente/danneggiato, a partire dalla prima diagnosi clinica in data 18.12.2015 (con diagnosi di accettazione di “distacco tendine calcaneare a sinistra” e diagnosi in uscita di “lesione tendine di Achille”) sino all'attualità, con diagnosi conclusiva formulata dallo stesso consulente al termine del suddetto iter operatorio del

seguente tenore: «*GAMBA E PIEDE SINISTRO: l'esame ispettivo dei vari segmenti d'arto con quelli controlaterali permette di rilevare un discreto ipotrofismo muscolare del tricipite della sura. In regione achillea presenza di medicazione, rimossa la quale si apprezza fistola secernente materiale biancastro, del diametro di circa 0,5 cm. Esito cicatriziale chirurgico alla regione posteriore di gamba di circa 19 cm. Test di Per_1 negativo. Funzionalità passiva del collo piede conservata ma con accreditabile sintomatologia dolorosa. Deambulazione in autonomia sebbene cautelata da bastone monolaterale*» (pag. 6 CTU medico – legale).

Con riferimento particolare, poi, agli specifici segmenti della complessiva vicenda clinica nel quale si inseriva l'intervento dei sanitari dell'Contr odierna resistente, dal punto di vista storico essi vanno identificati, sulla base degli accertamenti condotti dal tecnico incaricato, dapprima nel ricovero del Pt_1 presso la Organizzazione_4 di [REDACTED] della [REDACTED] in data 18.12.2015 (dimissioni in data 23.12.2015), in occasione del quale veniva praticato l'intervento chirurgico di tenorrafia del tendine di Achille ritenuto dall'attore foriero delle lamentate lesioni, e successivamente nelle visite ortopediche da questi effettuate presso la medesima struttura tra il 07.01.2016 e il 10.03.2016, che gradualmente mettevano in evidenza il processo di infezione batterica del sito di intervento per contaminazione da *staphylococcus aureus*.

Ebbene, rispetto ad ambedue i segmenti appena indicati il consulente, nel fornire risposta ai quesiti postigli dal Giudice con ordinanza dell'11.02.2019, individuava specifici profili di negligenza nell'operato del personale medico dipendente dell'Contr che ebbe in cura il Pt_1 nel corso della vicenda di cui è causa, arrivando per tale via a confermare nelle proprie conclusioni l'esistenza di un nesso di derivazione causale tra le condotte poste in essere dai sanitari in pendenza del ricovero e il peggioramento delle condizioni cliniche del paziente.

Con riguardo al primo ricovero, il CTU esprimeva considerazioni critiche in merito alle modalità di effettuazione della profilassi e di somministrazione degli antibiotici nella fase preoperatoria, rilevando che rispetto alla scelta clinica di somministrazione di profilassi con lincomicina «*le linee guida sull'antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto dell' [...] Organizzazione_5 (pubblicate nel 2011) suggeriscono per gli interventi di chirurgia ortopedica non protesica (se ASA ≥ 3 ed il sig Pt_1 era un ASA 3), nel caso di "riparazione, sezione o plastica su muscoli, tendini e fasce" - la somministrazione di cefazolina e in alternativa, nei pazienti allergici ai beta-lattamici - come nel caso del Sig. Pt_1 - di*

clindamicina. La durata della profilassi deve essere limitata al periodo perioperatorio e al massimo per le prime 24 ore.». Allo stesso riguardo venivano individuati dal perito profili di criticità anche con riguardo all'aspetto della durata del trattamento antibiotico, rispetto alla quale si evidenziava che «Non esistono prove a supporto di una maggiore efficacia della profilassi e pertanto la scelta di continuare la profilassi (prescritta alla dimissione) non è giustificata. In altri termini, la profilassi chirurgica antibiotica non deve essere considerata un tentativo di sterilizzazione dei tessuti, ma un presidio aggiuntivo usato in un momento critico finalizzato a ridurre la carica microbica contaminante il campo operatorio a livelli che non possano sopraffare le difese dell'ospite».

Alla luce delle predette considerazioni, il consulente propendeva perciò per una declaratoria della derivazione iatrogena dell'infezione batterica riportata dall'attore, le cui cause venivano rinvenute, oltre che nella dedotta insufficienza della profilassi, anche nella "particolare infezione del sito chirurgico", rispetto alla quale operavano quali fattori ulteriormente incrementativi del rischio anche la presenza di altre malattie concomitanti a carico del paziente ((insufficienza renale e cardiopatia cronica, malattia infiammatoria cronica intestinale e diabete mellito).

Ulteriori manchevolezze e negligenze nella condotta tenuta dai sanitari dell'^{Contr} venivano poi riscontrate, come già anticipato, anche in occasione delle visite di controllo tenutesi presso il CP_3 di [REDACTED] della [REDACTED] in epoca successiva all'intervento di tenorrafia, e nello specifico veniva contestata la manchevolezza dell'approccio di revisione chirurgica del sito infetto e della ferita: dopo aver premesso che in tale ambito "Le linee guida dell'epoca della Organizzazione_6 - pubblicate nel 2014 - sottolineavano l'importanza della revisione della ferita chirurgica" e che "Tale approccio è confermato anche da linee guida e consensus di esperti italiani ed internazionali", il CTU proseguiva esponendo che "Alla revisione chirurgica della ferita deve essere associata una terapia antibiotica adeguata e ragionata diretta nei confronti dei principali microorganismi coinvolti nella patogenesi delle infezioni post-chirurgiche. Tale terapia deve considerare anche i fattori di rischio per microorganismi antibiotico-resistenti e precedenti ospedalizzazioni, come nel caso del Sig. Pt_1".

Le riscontrate negligenze, pertanto, conducevano il perito incaricato a concludere nel senso della sussistenza, nel caso di specie, di elementi di condotta dei medici operanti caratterizzata da elementi di imprudenza e negligenza, mentre dall'altro lato veniva escluso che le menomazioni riscontrate a carico del paziente in sede di esame obiettivo fossero da imputarsi anche solo parzialmente a condotte erronee tenute dallo stesso *Pt_1* .

Orbene, le conclusioni raggiunte dal CTU, che appaiono a questo Giudice condivisibili in quanto basate sulla documentazione clinica presente agli atti e immuni da vizi logici o di ragionamento, non possono ritenersi smentite dalle controdeduzioni formulate dalla [...] *Parte_2*

evocata in giudizio, sulla quale gravava, come già anticipato, l'onere di fornire adeguata prova, in senso contrario alle allegazioni di controparte, della non imputabilità del danno alla condotta dei sanitari operanti – per avere questi operato secondo i canoni di diligenza professionale richiesti dal caso concreto – ovvero dell'imputabilità del medesimo a fattori esterni non prevedibili e perciò in concreto non evitabili.

Al riguardo, infatti, le affermazioni difensive di parte resistente, consacrate all'interno degli scritti difensivi di quest'ultima, appaiono inidonee a determinare il sovvertimento delle conclusioni già raggiunte nei termini sinora esposti, concretandosi esse in considerazioni di carattere generico e insufficientemente circostanziato, sia in merito alla regolamentazione processuale dell'*onus probandi* riconducibile alla posizione dell'attore/danneggiato (argomento da ritenersi superato alla luce di quanto sopra esposto), sia in merito alla la correttezza dell'intervento chirurgico praticato e l'osservanza da parte del personale sanitario delle linee guida e della buona pratica medica, che devono ritenersi superate alla luce delle conclusioni a cui perveniva l'accertamento tecnico d'ufficio e delle responsabilità professionali in esso accertate.

Parimenti superate devono ritenersi anche le osservazioni critiche mosse all'elaborato peritale dai CTP di parte resistente, avendo esse trovato puntuale e soddisfacente risposta nelle controdeduzioni alle medesime fornite dal perito incaricato, il quale confermava le conclusioni già raggiunte attraverso un continuo richiamo alle linee guida e alle massime di esperienza vigenti nei singoli campi terapeutici ed il loro raffronto con il singolo caso di specie. Conclusioni alle quali questo Giudice ritiene corretto aderire in considerazione della loro pertinenza e della solidità argomentativa che le sostiene.

Un discorso argomentativo a parte deve condursi, poi, con riferimento al richiamo, più volte effettuato nel corso del giudizio, alla qualificazione dell'evento peggiorativo delle condizioni di salute del paziente in termini di mera complicità, termine quest'ultimo impiegato nella disciplina di settore al fine di individuare quelle situazioni caratterizzate da eventi dannosi che, pur essendo prevedibili in astratto, siano però inevitabili in concreto, integrando perciò una causa di inesatto adempimento o di impossibilità sopravvenuta per cause non imputabili al debitore della prestazione.

A tale riguardo si precisa che la nozione di “complicità”, comunemente impiegata nella letteratura medica per indicare un evento dannoso che insorge in un qualsiasi momento dell'iter terapeutico e connotato dalla prevedibilità in astratto ma inevitabilità in concreto, non può essere pedissequamente trasposta nelle sue connotazioni in ambito civilistico, ambito nel quale possono assumere valenza di cause non imputabili solo quelle circostanze che appaiano sia imprevedibili che inevitabili: questo è quanto sostenuto, da ultimo, nella sentenza n. 28985 dell'11 novembre 2019 dalla Terza Sezione della Corte di Cassazione, la quale, ribadendo che il giudice, in quanto interprete del caso concreto sottoposto alla sua attenzione, è chiamato ad esaminare la vicenda clinica e le circostanze di fatto nella loro singolarità e specificità, afferma che *«Nel giudizio di responsabilità medica, per superare la presunzione di cui all'articolo 1218 del c.c. non è sufficiente dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una complicità, rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione - indicativa nella letteratura medica di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile - priva di rilievo sul piano giuridico, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi a un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile»*.

Sulla base della giurisprudenza citata, pertanto, il solo richiamo al concetto di complicità, riferito al rischio di un eventuale e probabile esito peggiorativo delle condizioni del paziente connaturato all'esecuzione di un intervento o alla somministrazione di una cura, non è di per sé sufficiente a mandare il soggetto ritenuto responsabile per la lesione del diritto alla salute (sia esso la struttura sanitaria, il singolo medico curante o entrambi) esente da qualsivoglia profilo di colpevolezza rispetto al proprio operato in costanza di rapporto obbligatorio, ponendosi

comunque quale necessario presupposto a questi scopi quello della compiuta prova, che come detto risulta mancante nel caso in esame, della obiettiva imprevedibilità ed inevitabilità del suddetto esito peggiorativo, anche in relazione alle specificità del singolo caso concreto nonché alle condizioni di salute del destinatario del trattamento, la cui dimostrazione pacificamente ricade entro gli oneri probatori gravanti sul professionista in quanto diretta a fornire una giustificazione dell'inesatto adempimento degli obblighi di prestazione sanitaria da questi contrattualmente assunti.

Per tali ragioni, in termini probabilistici la possibile derivazione della patologia dalla inesatta esecuzione dell'intervento chirurgico da parte del personale medico che per primo ebbe in cura l'attore, nonché dall'erronea diagnosi e trattamento dei postumi virali, restano le ipotesi più plausibili sulla base del materiale istruttorio e documentale prodotto e non possono ritenersi smentite né dalle affermazioni né dalle allegazioni di parte convenuta, la cui responsabilità nella determinazione del danno de quo sarà da intendersi pienamente confermata con il conseguente obbligo di risarcimento dei danni ad essa conseguenziali.

Passando, a questo punto, alla quantificazione dei danni suddetti, si premette che il pregiudizio non patrimoniale sofferto dal *Pt_1* in conseguenza dell'intervento chirurgico effettuato presso la struttura ospedaliera di [REDACTED] della [REDACTED] ossia quel danno all'integrità psico-fisica dell'individuo comunemente noto come "danno biologico", appare agevolmente determinabile sulla base delle valutazioni di cui alla CTU in atti, nella parte in cui il perito addiveniva, sulla base dei postumi accertati in sede di esame obiettivo condotto sulla persona del ricorrente (già esposti in apertura alla motivazione), alla seguente quantificazione del danno da questi patito: 11 punti percentuali di danno biologico; 60 gg. di ITT; 60 gg. di ITP al 50%; 60 gg. di ITP al 25%.

Ciò premesso, facendo riferimento, in assenza di un intervento legislativo che uniformi i criteri risarcitori a livello nazionale (non trovando applicazione al caso in esame l'art. 139 del Codice dell'Assicurazione, non estensibile per analogia – cfr. Cass. n. 12408 del 7.6.2011), alle sopra menzionate tabelle di liquidazione del danno biologico predisposte dal Tribunale di Milano per il 2021 (approvate il 10.3.2021), che oramai da tempo vengono regolarmente utilizzate da questo Tribunale così come dalla maggior parte degli uffici giudiziari italiani e la cui

applicazione è resa ormai obbligatoria dalla sentenza n. 12408/2011 della Suprema Corte, a

Parte_1 vanno riconosciute le seguenti somme:

- **€ 21.513,00** a titolo di danno non patrimoniale derivante da lesione permanente dell'integrità psico-fisica (considerando 11 punti per una persona di 70 anni, all'epoca del ricovero);
- **€ 10.395,00** a titolo di danno biologico temporaneo (così suddiviso: € 5.940,00 per 60 gg di ITT, € 2.970,00 per 60 gg. di ITP al 50% e € 1.485,00 per 60 gg. di ITP al 25%, calcolato tenendo conto del fatto che l'importo liquidabile pro die, in base alle citate tabelle, è pari ad € 99,00);

Per un totale di **€ 31.908,00**, somma che rivalutata all'attualità secondo gli indici ISTAT ascende a complessivi **€ 36.853,74**. Ad essa andranno poi aggiunte le spese mediche sostenute dall'attore e giudicate congrue dal CTU, che ammontano a complessivi **€ 323,70**.

Alla luce delle note pronunzie della Cassazione a Sezioni Unite (nn. 26972 e ss dell'11.11.2008, ribadite da ultimo anche da Cass., sez. III, del 26.5.2011 n. 11609), il danno biologico ha una portata tendenzialmente omnicomprensiva (confermata dalla definizione normativa adottata dal d.lgs. n. 209/2005 “*per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente dell'integrità psico – fisica della persona, suscettibile di valutazione medico – legale, che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico – relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito*”), per cui le Sezioni Unite (cite) hanno più volte sottolineato l'importanza di una adeguata personalizzazione delle note tabelle nella liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza (cfr. in particolare il punto 4.9 comune alle sentenze, che in realtà richiama le precedenti pronunzie della sezione III, quali la n. 8292 del 31.3.2008 e, ex multis, di recente anche Cass. sent. n. 901/2018).

Alla luce delle citate sentenze di San Martino, considerato che il ricorrente non provava in alcun modo ulteriori danni (ad esempio limitazioni all'attività lavorativa o alla propria vita di relazione), si ritiene di non dover liquidare null'altro, oltre al danno biologico come già liquidato.

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate in dispositivo ai sensi del D.M. 55/14 e successive modifiche.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

- 1) accoglie la domanda per le ragioni di cui in motivazione, e per l'effetto condanna la [...] CP_1 a versare in favore di Parte_1 la somma di € **36.853,74** oltre interessi sino al soddisfo, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da quest'ultimo patito a causa della condotta dei sanitari del CP_3 di [REDACTED] della [REDACTED]
- 2) condanna altresì la CP_1 a rifondere a Parte_1 le spese mediche da questi sostenute a titolo di danno patrimoniale, per complessivi € **323,70** oltre interessi;
- 3) pone definitivamente a carico di parte convenuta le spese per la CTU esperita in corso di causa, con contestuale condanna alla restituzione degli acconti sul compenso già versati dall'attore.
- 4) condanna l' CP_1 a versare direttamente in favore degli avv.ti [REDACTED] e [REDACTED] dichiaratisi antistatari, le spese di lite del presente giudizio, che si quantificano in complessivi € **8.161,00** oltre IVA, cpa e rimborso spese forfettario come per legge;

Si comunichi.

Salerno, 9 febbraio 2024

Il Giudice

dott. Daniela Oliva