

Sentenza n. 43/2014 pubbl. il 13/01/2014

RG n. 1944/2011

N. R.G. 1944/2011

Repert. n. 99/2014 del 13/01/2014



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di REGGIO EMILIA
SEZIONE SECONDA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Luca Ramponi
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 1944/2011 promossa da:

C. B. (C.F. **[REDACTED]**) con il patrocinio dell'avv. **[REDACTED]**
[REDACTED], elettivamente domiciliato in **[REDACTED]** REGGIO EMILIA presso il difensore
avv. **[REDACTED]**

ATTRICE

contro

St. [REDACTED] SPA (C.F. [REDACTED])

CONVENUTA/CONTUMACE

CONCLUSIONI

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



Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

La signora B. C. ha convenuto in giudizio la Casa di Cura Specialistica S. H. chiedendone la condanna al risarcimento del danno per il pregiudizio subito a seguito delle conseguenze dell'intervento di artroprotesi all'anca eseguito dai sanitari della predetta struttura.

La convenuta è rimasta contumace.

È stata eseguita CTU medicolegale e il CTU è stato poi sentito a chiarimenti per la definizione specifica delle conseguenze degli errori di trattamento diagnostico unici rilevati come causa di conseguenze definitive sulla paziente.

L'azione risarcitoria esperita da parte attrice si inquadra nell'ambito della pretesa di risarcimento del danno per responsabilità nell'espletamento di attività sanitaria di tipo diagnostico e terapeutico.

Appare, allora, opportuno richiamare alcuni principi, ormai in Giurisprudenza consolidati, in tema di struttura e natura della responsabilità del personale medico e sanitario e/o dell'ente ospedaliero (pubblico o privato), nonché in materia di prova del nesso causale e della colpa (o assenza di colpa) del professionista sanitario.

La giurisprudenza ormai consolidata ha sussunto la responsabilità professionale del medico nei confronti del paziente nell'ambito della responsabilità contrattuale o da contatto ritenendo, dunque, che l'obbligo risarcitorio del professionista sia soggetto alle disposizioni di cui agli art. 1218 ss. c.c.

Anche la responsabilità della struttura sanitaria si inserisce nell'ambito di un rapporto negoziale, qualificabile come complesso e atipico "contratto di ospedalità", il quale sorge per il solo effetto anche tacito del ricovero del paziente o del suo "contatto" e sottoposizione alla attività terapeutica o, sanitaria in generale, posta in essere all'interno delle strutture dell'ente A. S. L.

Invero, allorché siano allegati, come nel caso di specie, danni derivanti, in tesi dalla sola imperita o negligente attività professionale medica, la struttura ospedaliera (pubblica o privata) si ritiene che debba rispondere per inadempimento contrattuale anche in relazione alla inadeguata opera prestata direttamente dai propri dipendenti o medici convenzionati, secondo la fattispecie di responsabilità per fatto altrui configurata dall'art. 1228 c.c. (responsabilità per il fatto dei propri ausiliari o collaboratori: v. *ex plurimis*: Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008, nonché Cass., Sez. 3, n. 13953 del 14/06/2007; e più di recente: Cass., Sez. 3, Sentenza n. 24791 del 08/10/2008 ; Sez. 3, n. 11621 del 26/05/2011).

Dalla qualificazione della responsabilità dei medici e della struttura sanitaria come responsabilità di tipo contrattuale consegue, ai fini del riparto dell'onere probatorio, che l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento), nonché il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile (così in generale Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008; nonché Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

La giurisprudenza ha inoltre avuto modo di precisare che l'appena richiamato riparto dell'onere probatorio - costituente peraltro applicazione alla peculiare tipologia di casi delle generali regole in tema di responsabilità da inadempimento delle obbligazioni *ex negotio* - non subisce deroghe nemmeno quando l'intervento o l'attività diagnostica sia stata di speciale difficoltà, in quanto "l'esonero di responsabilità di cui all'art. 2236 cod. civ. non incide sui criteri di riparto dell'onere della prova", ma



opera esclusivamente nella definizione dei parametri di valutazione (diligenza professionale) del sanitario, limitando la responsabilità ai soli casi di colpa grave (Cass., Sez. 3, n. 24791 del 08/10/2008).

È quindi ormai principio consolidato che nell'ambito della responsabilità medica l'onere della prova della causalità tra la condotta del medico allegata come negligente ovvero imperita, ovvero comunque inosservante delle *leges artis*, e l'evento è posta a carico del paziente danneggiato: e ciò, quale conseguenza dei normali criteri di riparto dell'*onus probandi* tipici della responsabilità contrattuale.

Sicché, è stato in generale chiarito che "nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

L'attore danneggiato è, invece, corrispondentemente esonerato dal provare la negligenza del sanitario: si può infatti limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali *species* dell'inadempimento agli obblighi assunti con il contatto negoziale ovvero con il contratto di ospitalità, consistenti nella prestazione di assistenza diagnostica e terapeutica conformata alla miglior scienza ed esperienza ed alla perizia richiesta dalla natura e caratteristiche degli interventi necessari, ovvero comunque alla particolare situazione clinica-patologica.

È, per contro, onere del medico provare che l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile a propria negligenza o imperizia; in altri termini, "la presunzione di colpa dalla quale, ai sensi dell'art. 1218 c.c., è gravato il medico nei confronti del paziente che ne invochi la responsabilità professionale, può essere superata dal sanitario dimostrando che l'insuccesso dell'intervento sia dipeso da un evento impreveduto e non prevenibile con l'uso dell'ordinaria diligenza da lui esigibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 12274 del 07/06/2011; v. anche Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

In specie, all'esito della Consulenza Tecnica d'Ufficio svolta nel corso del presente giudizio, mentre risulta indimostrato il nesso eziologico tra i danni lamentati dalla B. e l'intervento operatorio, risulta acclarato il nesso eziologico tra postumi permanenti invalidanti e la gestione negligente rilevata dal CTU della fase post operatoria della paziente.

In particolare "in corso di visita peritale la sig.ra B. indossa un rialzo interno a destra di 2,5 cm. ed uno esterno sempre a destra di 1 cm. Complessivamente quindi il rialzo dell'arto inferiore destro è di 3,5 cm." (Cfr. Ctu pag. 16). Tuttavia "Obiettivamente la misurazione dalla SIAS (Spina Iliaca Antero Superiore) al malleolo interno evidenziava una sostanziale parità di lunghezza degli arti inferiori. All'osservazione dei malleoli veniva rilevato malleolo mediale a sinistra più basso (e quindi indice di ipermetria sinistra) di 1,5 cm. La tibia sinistra, sempre all'esame ispettivo appariva più lunga di 1 cm". Mediante esame teleradiografico degli arti inferiori eseguito in data 17.05.2012 il CTU ha però potuto rilevare che all'esito della operazione "esiste una dismetria tra i due arti inferiore al centimetro per una ipermetria a sinistra" (cfr. CTU pag. 18).

Dunque, ad avviso del CTU - che sul punto ha adeguatamente risposto previa consultazione di ausiliario esperto della materia e richiamo della affermata letteratura scientifica sul punto - di per sé stessa la rilevata dismetria - ed in particolare il fatto che l'arto inferiore sinistro operato ha subito un allungamento inferiore al centimetro - deve considerarsi "fisiologico"; infatti "non è quasi mai



possibile ottenere una parità successivamente all'impianto di un'artroprotesi d'anca. Di conseguenza "viene ritenuto un eccessivo allungamento quello che supera i 2 cm." Peraltro "anche per questi casi va detto che la ricerca della stabilità dell'impianto è preminente rispetto alla lunghezza dell'arto" (Cfr. CTU pag. 18). A risposta logica e congruente alle osservazioni sul punto del CTP di parte attrice il CTU ha ribadito come, secondo la letteratura scientifica accreditata "dismetrie inferiori al centimetro sono comuni e di solito ben tollerate" e che "la differenza di lunghezza delle gambe è una complicanza comune dopo intervento di protesi d'anca". In tali lavori viene precisata che "la differenza di lunghezza della gamba pur non potendo essere sempre eliminata... può essere minimizzata attraverso una serie di passaggi..." (cfr. CTU pag. 23-24).

Risulta invece una divergenza dalla esatta diagnosi effettuata nella fase post operatoria, non perseguita mediante l'esame strumentale, unico in grado di dare certezze, ad avviso del CTU in ordine alla effettiva portata di eventuali dismetrie agli arti, essendo inidoneo a tal fine il mero esame clinico (v. pag. 16-17- CTU), e quella effettuata dai sanitari che gestiscono il percorso post operatorio della paziente: infatti questi ultimi "diagnosticarono un'ipermetria dall'arto operato inizialmente di 2 cm e successivamente di 6 mm. Poiché la sig.ra B. si trovava a suo agio nella deambulazione con un rialzo di 2 cm., i medici stessi, sulla base di quanto detto in precedenza, ovvero che la sensazione iniziale del paziente può essere quella di una dismetria legata a vari fattori non organici bensì funzionali, prescrivevano la dismissione graduale del rialzo dell'arto inferiore sinistro. In data successiva (07.09.2009) il rialzo era di circa 1,5 cm. In tal caso, facendo riferimento alla misurazione teleradiografica, la dismetria veniva "trasformata" in ipermetria controlaterale, ovvero a destra, di circa 6-7 mm" (Cfr. CTU pag. 20); successivamente "nel corso di una visita fisiatrica effettuata in data 20.09.2009 veniva invece prescritto un rialzo di 2 cm a destra sulla base di valutazioni cliniche; in tale occasione non si prescrisse, al contrario di quanto suggerito ai precedenti controlli, la dismissione graduale del rialzo"; per arrivare, infine, "complessivamente a 3,5 cm, portando in tal modo l'ipermetria controlaterale "da rialzo" ad oltre 2 cm, comportando così lo squilibrio del bacino e le ripercussioni sulla colonna vertebrale". (cfr. CTU pag. 20-21).

Oltre al segnalato errore diagnostico, dunque, il CTU ha rilevato negligenze nelle prescrizioni terapeutiche post operatoria: a differenza di quanto prescritto dalle *leges artis* che indicavano la opportunità di una progressiva dismissione del rialzo, ciò non avvenne se non a seguito dei primi controlli, come risulta dalla documentazione clinica non essendo invece sicuramente conforme a diligenza la prescrizione di un successivo aumento del rialzo fino ad arrivare all'incremento di 3,5 cm. "dato che ciò avrebbe (e ha) comportato una dismetria degli arti inferiore maggiore con conseguente ripercussione sul bacino e sulla colonna, come poi si è verificato nel caso della Sig.ra B." (cfr. quanto ribadito dal CTU a pag. 24-25 in risposta alle osservazioni del CTP di parte attrice).

Il CTU ha quindi in definitiva valutato che l'errore diagnostico e operativo che ha condizionato la terapia post operatoria consistente nell'aumento della correzione con rialzo fino ad arrivare <<nell'arrivare al 3,5 senza fare un esame precedentemente sulla dismetria che all'esame radiologico>>. Con il conseguente opinamento tecnico secondo cui <<un danno c'è ma è conseguente non all'intervento ma alla non corretta gestione successiva; si tratta di un errore di gestione successiva ma solo per il periodo dopo il 6 settembre, in quanto prima veniva suggerito di abbandonare il rialzo>> (v. verbale udienza di chiarimenti del 6-12-2012).

Secondo il CTU invero << L'accorciamento di 2 cm viene valutato a livello di diminuzione della integrità permanente di circa 3 % ; però questa valutazione dovrebbe essere compensata con il rialzo;



qui il discorso è diverso perché abbiamo un rialzo di oltre 6,7 punti percentuali, che però ha determinato un discompenso della colonna; sicuramente il danno andrebbe valutato in almeno 6,7 punti percentuali; il temporaneo andrebbe individuato in base a quando venne messo il rialzo, in quanto la colonna tende a compensare>>.

Tale pregiudizio deve ritenersi dimostrato come riconducibile alla attività dei sanitari di S. H.C. che seguirono il decorso post operatorio della paziente: benché il CTU non sia stato in grado di attribuire esattamente la responsabilità all'uno o all'altro medico, è documentato come i sanitari della struttura convenuta abbiano seguito la fase di riabilitazione post operatoria e abbiano sicuramente operato le valutazioni diagnostiche previe alla apposizione dei rialzi (parzialmente prescritti per quanto detto in modo sicuramente erroneo nelle dimensioni e nell'altezza, nonché nell'omessa prosecuzione della scalare diminuzione di quest'ultima; per converso, la convenuta, non essendosi costituita nulla ha allegato o tantomeno provato in ordine a cause alternative del pregiudizio prevalenti rispetto alle erronee prescrizioni terapeutiche, né ha dimostrato positivamente la piena perizia dell'operato dei propri sanitari.

Il danno biologico permanente così stimato dal CTU deve essere dunque oggetto di risarcimento a favore della attrice.

Nonostante tale generica valutazione tuttavia non sussistono adeguati elementi di fatto per stimare un effettiva inabilità temporanea che possa dirsi con adeguata certezza probatoria riferibile all'unica causa della attività negligente dei sanitari: infatti non è possibile sceverare, nemmeno mediante valutazione equitativa, quale parte del tempo di convalescenza sarebbe comunque stato connesso alle esigenze di ripristino dell'andatura consequenziali all'intervento comunque riuscito e quali alla erronea prescrizione di rialzi in aumento.

Infine deve escludersi che possa liquidarsi un danno da erronea o omessa informazione previa all'intervento in ordine alle complicità dello stesso. Per un verso l'attrice non ha addotto alcun danno da lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica, per altro verso, è assolutamente implausibile che l'intervento (che ha comportato di per sé conseguenze ordinarie non patologiche, salvi i sopracitati profili post-operatori) non sarebbe stato comunque prescelto dalla attrice (visto che, come rilevato dal CTU, l'artroprotesi era comunque necessaria) e non avendo in ogni caso l'attrice allegato alcunché.

Ciò posto, nella liquidazione del danno, possono e debbono trovare applicazione le Tabelle del Tribunale di Milano applicate ordinariamente dal Tribunale nell'ultima versione aggiornata del 2013. Ciò in quanto costituisce principio giurisprudenziale esposto dalla Suprema Corte e da condividersi quello per cui *"se le "tabelle" applicate per la liquidazione del danno non patrimoniale cambino nelle more tra l'introduzione del giudizio e la sua decisione, il giudice (anche d'appello) ha l'obbligo di utilizzare i parametri vigenti al momento della decisione"* integrandosi in caso contrario un vizio di violazione di legge della motivazione della sentenza (cfr. Cass., Sez. 3, n. 7272 del 11/05/2012).

Invero la Suprema Corte con le succitate sentenze ha chiarito che il danno non patrimoniale costituisce una categoria unitaria dovendo essa ritenersi dunque onnicomprensiva del risarcimento per la lesione a diritti inviolabili della persona costituzionalmente garantiti, onde le voci di danno biologico e danno morale costituiscono delle mere categorie descrittive. Infatti, in seguito al *revirement* della Giurisprudenza di legittimità, il danno non patrimoniale non è articolabile in più profili, se non in senso puramente descrittivo, onde la quantificazione del danno non patrimoniale alla luce delle tabelle deve considerarsi configuri un adeguato ristoro di tutte le lesioni ai valori della persona, sia sotto i profili



fisio-psichici, sia sotto il profilo dei riflessi dinamico relazionali sulla vita del danneggiato, sia sotto la funzione specifica dello strumento tabellare per la quantificazione del danno consista nell'attuare, in concreto, nell'ambito dell'attività di liquidazione giudiziale dei danni, i principi costituzionali di uguaglianza fra i cittadini e risponda altresì ad esigenze di ragionevole prevedibilità delle conseguenze degli eventi dannosi. Conseguentemente, una quantificazione del danno personalizzata, che si discosti dalle tabelle, è giustificata soltanto in presenza di situazioni particolari (riflessi sul piano dinamico relazionale e delle attività autorealizzative della persona di particolare intensità e gravità) provate o, quantomeno, allegate dall'ricorrente o dal ricorrente.

Per converso, tale personalizzazione, pure finalizzata ad evitare che il risarcimento si risolva in un mero "simulacro" di ristoro effettivo (cfr. da ultimo Cass., n. 4770 del 2010) non sarebbe né necessaria, né possibile in assenza della prova di circostanze specifiche che ne fondino il substrato giustificativo.

Invero, risultano tuttora applicabili alla fattispecie esclusivamente le tabelle milanesi in uso nella prassi del Tribunale, a prescindere dalla entrata in vigore della legge 189/2012 di conversione in legge del D.L. 13/9/2012 n. 158 c.d. Decreto Balduzzi.

Invero, l'art. 3 comma I, ultima alinea, di tale legge ha previsto che il "giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo"; l'art. 3 comma III, poi, ha stabilito che "il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo".

Non può condividersi la opinione che sembra filtrare dalla motivazione di alcuni arresti di merito successivi alla entrata in vigore del decreto che, sia pur non prendendo posizione, e con esiti interpretativi analoghi a quelli cui si giunge nel caso di specie, paiono attribuire alla norma in questione natura processuale (v. Tribunale di Varese, 16.11.2012, n. 1406, nella parte in cui pare conferire decisivo rilievo, per escludere l'applicazione della norma citata al caso deciso alla fase processuale di avanzamento della procedura alla data di entrata in vigore del decreto legge, poi convertito).

Tali norme devono ritenersi di natura sostanziale e sono di natura speciale rispetto agli artt. 2056 e 1226 c.c., uniche fattispecie pertinenti alla tipologia di danno oggetto della pretesa ristorativa attorea vigenti alla data di consumazione del fatto illecito.

Esse hanno introdotto una deroga alle norme codicistiche che stabiliscono i criteri di liquidazione del danno non patrimoniale, e rispetto alle quali il parametro dell'osservatorio milanese costituisce solo (come si è visto) ausilio ermeneutico nella estrinsecazione del percorso di ricostruzione della regola del caso concreto nella applicazione della fattispecie equitativa assunta come clausola generale dal legislatore dell'epoca del sinistro.

Infatti, attraverso tali norme, per un verso, si impone, con modalità innovative rispetto alla giurisprudenza e alla stessa legge civile vigente, di tener conto nella liquidazione del danno non solo delle conseguenze della condotta colposa, ma anche del tipo e della gravità della stessa (art. 3 comma I nella parte in cui consente e, anzi impone, per il futuro al giudice civile di tener conto dell'adeguamento alle linee guida nella liquidazione del danno); per altro verso, esse sanciscono imperativamente un criterio alternativo rispetto a quello meramente equitativo per la determinazione



del contenuto del diritto risarcitorio non patrimoniale vantato dal danneggiato (9/2014 del 13/01/2014 138 e 139 Cod. Ass.).

Poiché, peraltro, quest'ultimo diritto sorge in capo al danneggiato al momento dell'evento dannoso, la liquidazione dello stesso, come diritto quesito, non può subire (contro la sua volontà) decurtazioni ad opera di norme non retroattive (e quindi soggette alla disciplina di vigenza *ex nunc* di cui all'art. 11 delle preleggi) successivamente introdotte. Si tratta di soluzione che peraltro, con riguardo alla analoga problematica insorta al momento della entrata in vigore originaria delle predette tabelle è stata risolta in modo identico dalla Suprema Corte, con argomenti sostanzialmente sovrapponibili a quelli qui ripercorsi con riferimento alla norma citata di cui all'art. 3 L. 198/2012 che ha esclusivamente ampliato l'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione della predetta tabella: con principio di diritto che è quindi parimenti estensibile al caso di specie (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 11048 del 13/05/2009).

La misura dei danni non patrimoniali patiti deve essere determinata, avuto riguardo alle tabelle milanesi sopra richiamate, in uso presso Questo Ufficio, sulla base della CTU medico legale disposta in corso di causa, che è condivisibile dal giudicante, quanto a metodo tecnico e a percorso logico seguito non essendo state oggetto di contestazioni nemmeno sul punto.

Non sono stati allegati come specifiche conseguenze del danno biologico funzionale alla colonna vertebrale (unico riconducibile causalmente ad errori terapeutici dell'ospedale convenuto) rinunce ad attività autorealizzative della persona a carattere non patrimoniale: nessuna personalizzazione ulteriore rispetto alla complessiva considerazione del danno biologico in senso stretto è quindi possibile, essendo le conseguenze complessive già unitariamente ricomprese nel punto di invalidità cosiddetto corretto ricavabile dallo strumento tabellare di liquidazione.

In definitiva spetterà un danno non patrimoniale valutato alla attualità pari ad € 10.217,00 tenuto conto dell'età del paziente al momento del pregiudizio (tabelle Milano 2013).

Avrà inoltre diritto al danno da ritardo, da determinarsi negli interessi legali determinati devalutando la somma di cui sopra dalla data odierna fino alla data del fatto e calcolando gli interessi sulla somma così ottenuta, e successivamente via via rivalutata dalla data del fatto illecito (coincidente con il primo profilo di negligenza nella gestione post operatoria : 6-9-2009) alla data di pubblicazione della sentenza, pari dunque ad € 827,79, dovendosi alla attualità determinare il danno non patrimoniale in € 11.044,79.

Quanto al danno patrimoniale costituiscono elementi risarcibili sotto specie di *damnum emergens* le spese mediche documentate dalla paziente tutte evidentemente connesse alla esigenza di trovare soluzione ai dolori alla schiena e alle difficoltà di deambulazione correlate alla erronea soluzione post operatoria, che una più corretta gestione avrebbe, con ogni probabilità evitato (cfr. docc. 1-11 att. dep. il 7-7-2011): in totale dunque a parte attrice spetterà l'importo di € 1611,00.

Su tale somma spetta inoltre il danno da ritardo da calcolarsi in via equitativa mediante la rivalutazione della medesima dalla data intermedia degli esborsi individuabile nel 15 aprile 2010, alla data odierna, nonché gli interessi su tale somma via via rivalutata dalla predetta data fino alla data di pubblicazione della presente sentenza. In totale l'ricorrente avrà diritto a percepire a titolo di danno patrimoniale la somma di € 1.843,46.

Nessun importo dovrà essere invece risarcito per le spese future per il rialzo essendo il costo di quest'ultimo una conseguenza normale dell'intervento (visto che l'esigenza di portarne uno adeguato



alla correzione può essere come detto conseguenza ordinaria e fisiologica dell'intervento di artroprotesi eseguito correttamente).

Nemmeno idonea allegazione di consequenzialità e quindi anche di prova di nesso eziologico sussiste tra i dedotti danni patrimoniali da carente incasso del [redacted] gestito dalla Be [redacted] e i dolori alla schiena avendo la stessa dedotto solo problemi connessi alla deambulazione e alla dismetria agli arti; peraltro non avendo il CTU valutato alcuna inabilità lavorativa specifica.

Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo, avuto riguardo al valore della domanda accolta quanto ai compensi.

A carico integralmente della convenuta nei rapporti interni tra le parti processuali vanno poste altresì le spese di CTU, vista la soccombenza di S. [redacted] contumace.

P.Q.M.

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

1. Dichiara tenuta e condanna la parte convenuta a risarcire a parte attrice i danni per i titoli di cui in motivazione che si liquidano in

- € 11.044,79 per danno non patrimoniale alla attualità;
- € 1.843,46 per danno patrimoniale alla attualità;

oltre interessi legali di mora sulle somme così liquidate dalla pubblicazione della sentenza fino al saldo.

2. Dichiara tenuta e condanna parte convenuta a rifondere a parte attrice le spese di lite che si liquidano in € 400,80 per esborsi ed € 2100,00 per compensi professionali oltre accessori come per legge.

3. Pone definitivamente a carico della parte convenuta contumace le spese di CTU come già liquidate in corso di causa.

Così deciso in Reggio Emilia, il 3 gennaio 2014

Il Giudice
dott. Luca Ramponi

