N. R.G. 10926/2024

TRIBUNALE DI FIRENZE
Quarta sezione civile
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Firenze, in composizione monocratica, in persona del giudice Michela Boi, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. R.G. 10926/2024

TRA

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), elettivamente domiciliato in VIA E. COSIMINI 15, MONTECATINI TERME (PT), presso lo studio dell'avv. CHITI LUCA dal quale è rappresentato e difeso;

RICORRENTE

CONTRO

Controparte_1 (P. Iva *P.IVA_1*), in persona del Direttore Generale, quale legale rappresentante *pro tempore* Ing. *CP_2* rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dalle avv. [redacted], [redacted], [redacted], [redacted] e [redacted] ed elettivamente domiciliata presso la propria sede legale in [redacted], FIRENZE;

RESISTENTE

OGGETTO

Responsabilità medica

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Per parte ricorrente: "*Voglia il Tribunale adito, previo espletamento di ogni incombente di rito omnibus contrariis reiectis, accertare e dichiarare la responsabilità della* *Controparte_1* *[...]* *- Sede legale* [redacted] *- Firenze- P.I. e C.F.:* *P.IVA_1* *in persona del Suo Direttore Generale quale legale rappresentante pro-tempore in relazione all'evento accaduto al Sig.* *Parte_1* *per l'errata diagnosi medica che ha portato alle note conseguenze meglio*

descritte nella premessa del presente atto e per l'effetto condannare la medesima [...] CP_1 *- Sede legale* [redacted] *- Firenze- P.I. e C.F.:* P.IVA_1 *in persona del Suo Direttore Generale quale legale rappresentante pro-tempore al risarcimento, in favore dell'attore, di tutti i danni dal medesimo subiti e subendi in conseguenza dell'evento dannoso accertata e valutata la sussistenza delle lesioni riportate dal sig.* Parte_1 *ed il relativo nesso causale fra le lesioni e l'evento, ossia la loro riconducibilità all'errata diagnosi così come descritta in narrativa e nella perizia del Prof. Dott.* Persona_1 *con danni quantificabili nell'importo di € 117.726,25, (stando a quanto emerso dall'elaborato peritale di cui all'all. 6, ovvero in quel maggiore o minore importo che verrà accertato/stabilito in corso di causa, nell'espletanda istruttoria nonché le eventuali ripercussioni che le stesse hanno avuto sullo svolgimento della vita quotidiana del ricorrente, oltre alla valutazione della congruità delle spese mediche dallo stesso sostenute, oltre interessi maturati e maturandi e/o rivalutazione monetaria dal giorno del fatto al pagamento effettivo, qualora si ritenga doversi applicare anche la personalizzazione massima al danno biologico nella misura del 50%.*

Con vittoria di spese di lite, oltre oneri come per legge."

Per parte resistente: "*CONCLUDE affinché l'Ill.mo Giudice adito, disattesa ogni contraria domanda, istanza, eccezione e deduzione,*

Voglia: nel merito in via principale: rigettare la domanda proposta dal ricorrente in quanto infondata in fatto ed in diritto;

nel merito in via subordinata: in caso di caso di accoglimento della domanda in misura non superiore alla proposta conciliativa formulata dal collegio peritale condannare parte ricorrente alle spese del processo maturate per aver senza giustificato motivo ha rifiutato la proposta.

Il tutto con vittoria di spese e competenze del giudizio."

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con ricorso ai sensi dell'art. 281-*undecies* c.p.c. depositato in data 30.9.2024, Parte_1 ha convenuto in giudizio l Controparte_1 , chiedendo l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria resistente per il ritardo diagnostico che avrebbe determinato l'aggravamento del proprio quadro clinico e, per l'effetto, la condanna dell' Parte_2 al risarcimento dei danni subiti in conseguenza dell'errore medico.

Nello specifico, Parte_1 ha esposto di essersi presentato al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di [redacted] il giorno 27 settembre 2014, lamentando febbre e forti dolori addominali. All'esito degli esami e degli accertamenti del caso, era stato dimesso in serata con diagnosi di "*febbre di verosimile origine virale in corso di accertamento"* e con prescrizione di terapia domiciliare.

Tuttavia, due giorni più tardi, si era nuovamente recato al Pronto Soccorso a causa di un dolore addominale diffuso e di una febbre persistente. Sottoposto ad ulteriori esami, era stato ricoverato e sottoposto con urgenza ad intervento chirurgico di emicolectomia destra; era stato poi dimesso in data 9.10.2014 con la diagnosi di "*peritonite diffusa in ascesso pericecale da appendicite gangrenosa con sofferenza ischemica dell'ultima ansa ileale e del ceco*".

Successivamente, a causa di nuovi dolori addominali, il *Parte_1* si era presentato di nuovo al Pronto Soccorso il 17.11.20214 per "occlusione intestinale", con dimissione il successivo 21.11, e poi di nuovo, appena due giorni dopo il 23.11.2014, per episodio di "sub occlusione intestinale" risoltasi in modo spontaneo, con dimissioni nella medesima giornata; infine era stato nuovamente ricoverato in data 3.12.2014 e aveva subito un ulteriore intervento chirurgico di ileo-colostomia.

Il ricorrente, pertanto, si era sottoposto a visita medica specialistica, dalla quale era emerso un ritardo nell'individuazione di un trattamento adeguato – consistente nell'asportazione dell'appendice intestinale – da parte dei sanitari del Pronto Soccorso di , che avrebbe comportato una mutilazione del grosso intestino ed un'inibizione della funzione tipica dell'intestino del paziente.

Per tali motivi, parte ricorrente aveva promosso un procedimento per accertamento tecnico preventivo *ex* art. 696-*bis* c.p.c. (n. R.G. 1221/2018) dinanzi all'intestato Tribunale, convenendo in giudizio l' *Controparte_1* .

Detto procedimento si era concluso con il deposito dell'elaborato peritale da parte del Collegio di consulenti, che aveva escluso qualsiasi profilo di responsabilità dei sanitari che avevano avuto in cura il paziente, non ravvisando un nesso causale tra la loro condotta e la patologia del ricorrente.

Parte_1 ha, pertanto, agito nel presente giudizio per contestare le risultanze della CTU depositata in sede di ATP e chiedere il rinnovo della CTU medico-legale, nonché per ottenere la condanna della struttura resistente al risarcimento di tutti i danni subiti e subendi in conseguenza dell'evento dannoso, quantificati complessivamente in € 117.726,25.

Con comparsa di costituzione e risposta depositata il 23.4.2025, si è costituita in giudizio l' *[...]* *Controparte_1* , contestando integralmente in fatto ed in diritto la domanda del ricorrente in quanto infondata.

Secondo la struttura resistente, infatti, dall'esame della documentazione in atti e dalle conclusioni della CTU espletata nel procedimento *ante causam*, non sarebbe emerso nessun profilo di responsabilità ascrivibile all' *Controparte_1* , stante il corretto operato dei sanitari che avevano avuto in cura il *Parte_1*

In particolare, i resistenti hanno richiamato i risultati della CTU espletata ed evidenziato altresì che il paziente, in occasione del primo accesso al Pronto Soccorso, presentava una sintomatologia sfumata, era stato sottoposto a tutti gli accertamenti doverosi e, nonostante la proposta di rimanere in

osservazione breve per consentire un monitoraggio continuo, aveva preferito fare rientro a casa, essendo stabile, asintomatico e senza febbre.

Con ordinanza del 13.10.2025, il Giudice, ritenuto necessario indagare alcuni aspetti nuovi emergenti dalle allegazioni di parte ricorrente, ha disposto il rinnovo della CTU medico-legale, conferendo l'incarico al Collegio peritale composto dal dott. *Persona_2*, medico legale, e dal dott. *Persona_3* specialista in Chirurgia Generale.

A seguito del deposito della nuova relazione, il Giudice ha fissato udienza di discussione orale per il 13.10.2026, al termine della quale ha trattenuto la causa in decisione e ha riservato il deposito della sentenza in 30 giorni *ex* art. 281-*sexies*, u.c., c.p.c.

***

Va premesso che, come pacificamente riconosciuto dalle parti, quella dedotta da parte ricorrente è una responsabilità riconducibile al paradigma di cui all'art. 1218 c.c.

Ed infatti, come costantemente chiarito dalla giurisprudenza di legittimità, "*il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura (o ente ospedaliero) ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo lato sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze; ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto"* (Cass. civ., sez. III, sent. 22 settembre 2015, n. 18610).

L'applicazione dell'art. 1218 c.c. porta con sé anche la sua regola di distribuzione dell'onere della prova, ragion per cui spetta al ricorrente dimostrare il fatto storico (c.d. danno-evento) alla base del pregiudizio subito (c.d. danno-conseguenza), mentre spetta al resistente dimostrare che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile, fermo restando l'obbligo in capo alla parte ricorrente di allegare in maniera specifica e puntuale in cosa sia consistito il difetto di diligenza ascritto agli operatori sanitari.

Nella fattispecie, il ricorrente ha lamentato un inadempimento da parte dell' *Parte_2* , consistente nel fatto che i sanitari non avrebbero formulato una tempestiva diagnosi di appendicite: tale ritardo avrebbe determinato l'aggravamento del quadro clinico sino alla peritonite diffusa e al successivo intervento demolitorio di emicolectomia destra con confezionamento di stomia temporanea.

Ebbene, dalle risultanze della CTU, rinnovata in corso di causa e depositata in data 14.4.2026, è emerso come le censure formulate da parte ricorrente con il ricorso introduttivo siano pienamente fondate.

Invero, il Collegio di consulenti ha ravvisato una criticità nel percorso diagnostico seguito dal paziente in occasione del primo accesso al Pronto Soccorso di del 27.9.2014. In particolare, i CC.TT.UU. hanno evidenziato una "*mancata identificazione ecografica di una formazione ascessuale di dimensioni rilevanti ed in sede ben esplorabile*" che ha "*determinato una sottostima del quadro clinico ed ha conseguentemente impedito l'attivazione del corretto percorso diagnostico*" (cfr. relazione CTU, p. 14).

Secondo i periti, "*l'errore diagnostico iniziale ha impedito di riconoscere la presenza di una patologia addominale e ha determinato la mancata esecuzione dell'approfondimento tomografico che avrebbe verosimilmente consentito di formulare la diagnosi in occasione del primo accesso ospedaliero. Tale circostanza ha quindi ritardato l'avvio del processo diagnostico-terapeutico, consentendo la progressione del processo infettivo locale fino alla successiva evoluzione in peritonite diffusa documentata al momento del secondo accesso*" (cfr. relazione CTU, p. 18).

Se infatti l'ascesso periappendicolare fosse stato diagnosticato tempestivamente, il ricorrente "*avrebbe avuto una probabilità largamente prevalente di essere avviato a un trattamento conservativo iniziale, così evitando la rottura ascessuale e, conseguentemente, l'evoluzione verso una peritonite purulenta diffusa*"; invero "*la diagnosi precoce avrebbe comunque consentito una gestione clinica radicalmente diversa, attraverso un monitoraggio stretto, un adeguamento della terapia antibiotica, l'eventuale trasferimento presso un centro di riferimento o, in ultima istanza, un intervento chirurgico in fase ancora localizzata, prima della contaminazione peritoneale generalizzata*". Ed infatti, pur considerandosi che, anche in presenza di un intervento metodologicamente corretto, una percentuale minoritaria di pazienti (circa il 7%), può comunque andare incontro a necessità chirurgiche, l'intervento avverrebbe in tal caso in condizioni cliniche meno gravi (cfr. relazione CTU p. 19)

In conclusione, la mancata e tempestiva diagnosi della massa ascessuale in questione ha determinato un considerevole aggravamento del quadro clinico del paziente, rendendo necessario "*un intervento chirurgico demolitivo con emicolectomia destra e confezionamento di stomia, intervento che con*

elevata probabilità sarebbe stato evitato o comunque significativamente ridimensionato in presenza di un corretto percorso diagnostico iniziale" (cfr. relazione CTU, p. 20).

Se la diagnosi fosse stata formulata tempestivamente (due giorni prima di quanto effettivamente avvenuto) – hanno ritenuto i CC.TT.UU. – il processo patologico sarebbe stato presumibilmente ancora localizzato e, pertanto, il paziente avrebbe potuto essere sottoposto ad un trattamento conservativo o comunque ad un intervento chirurgico meno esteso; la maggiore estensione di esso e il successivo iter terapeutico sono stati dunque ragionevolmente attribuiti alla progressione del processo infettivo tra il primo e il secondo accesso ospedaliero.

All'esito delle operazioni peritali, il danno biologico permanente è stato stimato nella misura del 15%. Tale danno è stato attribuito causalmente, in via prevalente, proprio al ritardo nella diagnosi e nel trattamento della patologia appendicolare complicata.

Quanto all'invalidità temporanea correlata alla maggiore gravità del decorso clinico, questa è stata quantificata in 10 giorni di I.T.T., seguiti da 20 giorni di inabilità al 75%, 20 giorni al 50% ed ulteriori 20 giorni al 25%.

Ebbene, sulla scorta delle risultanze della CTU, rispetto alle quali non risultano proposte osservazioni, non vi sono dubbi circa gli esiti patologici riscontrabili sul paziente e la loro riconducibilità alla condotta dei sanitari della struttura resistente.

Il Collegio di consulenti ha, difatti, chiaramente concluso che "*La maggiore estensione dell'intervento chirurgico e il successivo iter terapeutico, comprendente la confezione e la successiva ricanalizzazione della stomia, risultano pertanto ragionevolmente correlati alla progressione del processo infettivo intervenuta nei due giorni intercorsi tra i due accessi ospedalieri. Alla luce delle risultanze cliniche e della valutazione medico-legale complessiva, il ritardo diagnostico e terapeutico appare aver inciso sull'entità delle conseguenze chirurgiche e sul decorso clinico successivo*" (cfr. relazione CTU, p. 21).

Pur non risultando osservazioni alla C.T.U., nelle note conclusive, la resistente ha tuttavia osservato che nessun addebito potesse muoversi ai sanitari, sostanzialmente per la considerazione che la diagnosi di appendicite è sostanzialmente clinica, basata cioè sulla valutazione dei sintomi riportati dal paziente, e può essere agevolata dalla palpazione all'esterno, la valutazione della dolorabilità e in talune circostanze dagli esami ematochimici. I sintomi sono tuttavia aspecifici, poiché comuni a diverse malattie infiammatorie, essendo pertanto elevato il rischio di confondere l'appendicite acuta con forme patologiche atipiche. Hanno inoltre osservato che il trattamento con antibiotici è in grado di risolvere, nelle forme meno gravi, l'episodio di appendicite acuta, essendo finanche possibile, in talune circostanze, una risoluzione spontanea.

Le considerazioni svolte dalla resistente, di carattere generale, non si confrontano tuttavia con il caso concreto e, in particolare, con le osservazioni volte dal Collegio di consulenti nell'individuazione del ritardo diagnostico.

In particolare, i consulenti hanno evidenziato come in occasione del primo accesso al Pronto Soccorso da parte del *Parte_1* era stata eseguita un'ecografia addominale che non aveva riscontrato alterazioni significative; la successiva evoluzione clinica aveva tuttavia dimostrato che il paziente presentava una "*voluminosa formazione ascessuale periappendicolare, successivamente documentata sia alla TC addominale eseguita due giorni dopo sia all'esame istologico del pezzo operatorio, di dimensioni pari a circa sette centimetri*". La censura mossa all'operato dei sanitari è dunque specifica, e consiste nel non aver rilevato tale formazione che, alla luce del quadro clinico "*fortemente suggestivo per patologia infettiva intra-addominale*" avrebbe dovuto essere "*quantomeno sospettabile nel corso dell'indagine ecografica*", sospetto che avrebbe dovuto indurre ad eseguire un successivo esame diagnostico (in particolare, una tomografia computerizzata dell'addome), che avrebbe consentito una diagnosi più accurata e il tempestivo avvio del corretto percorso terapeutico.

Dunque, sulla scorta delle valutazioni svolte dai CC.TT.UU. (pienamente condivisibili, siccome coerenti con la documentazione esaminata), le condizioni del paziente erano tali da consentire, al momento dell'indagine ecografica, il sospetto della patologia infettiva e la conseguente necessità di ulteriori approfondimenti che avrebbero consentito una corretta e tempestiva diagnosi e la conseguente adozione della terapia corretta, che avrebbe scongiurato le conseguenze chirurgiche più ampie e invasive che si sono poi rese necessarie nel caso di specie.

Appare, pertanto, pienamente accertata la sussistenza di un nesso causale tra l'errore diagnostico riscontrato e le lesioni subite dal *Parte_1*

Tanto affermato sull'*an debeatur*, è adesso possibile passare all'analisi del *quantum* del risarcimento.

Parte ricorrente ha domandato il risarcimento dei soli danni non patrimoniali patiti con riferimento all'invalidità permanente e temporanea lamentata dal *Parte_1* in conseguenza dell'inadempimento sanitario come sopra accertato, quantificandoli nella somma complessiva di € 117.726,25.

Sul punto, giova premettere in diritto che è ormai pienamente consolidato il principio giurisprudenziale per cui il danno non patrimoniale costituisce una categoria "unitaria" e "onnicomprensiva", che ricomprende ogni pregiudizio insuscettibile di valutazione economica esatta e derivante da un fatto illecito o da un inadempimento (cfr. Cass. civ., Sez. Unite, sent. 11 novembre 2008, n. 26975). Il pregiudizio non patrimoniale consta dell'insieme delle sofferenze patite da un soggetto in conseguenza del fatto lesivo; le sue diverse voci hanno valore meramente descrittivo e

non integrano entità di danno ontologicamente distinte tra di loro ed autonomamente risarcibili, pena un'inammissibile duplicazione risarcitoria. Delle diverse sfumature dei pregiudizi subiti, infatti, il Giudice terrà poi conto in sede di liquidazione *sub specie* di personalizzazione del danno; quest'ultimo, secondo un orientamento giurisprudenziale oramai affermato, "*non può essere considerato 'in re ipsa', ma deve essere provato secondo la regola generale dell'art. 2697 c.c., dovendo consistere nel radicale cambiamento di vita, nell'alterazione della personalità e nello sconvolgimento dell'esistenza del soggetto. Ne consegue che la relativa allegazione deve essere circostanziata e riferirsi a fatti specifici e precisi, non potendo risolversi in mere enunciazioni di carattere generico, astratto, eventuale ed ipotetico*" (Cass. civ., sez. Lav., sent. 13 aprile 2021, n. 9648).

Nel caso di specie, per la liquidazione dei danni non patrimoniali, si ritiene di dover far riferimento alla Tabella Unica Nazionale (T.U.N.) istituita dal d.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12. Invero, recentemente la Suprema Corte di Cassazione, pronunciandosi su rinvio pregiudiziale *ex* art. 363-bis c.p.c., ha stabilito che tale tabella costituisce il parametro privilegiato per la liquidazione equitativa del danno biologico da macrolesioni anche per sinistri verificatisi prima del 5 marzo 2025, ivi compresi quelli non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti, in applicazione indiretta degli artt. 1226 e 2056 c.c., con obbligo di motivazione puntuale in caso di scostamento (cfr. Cass. civ., sez. III, sent. 7 aprile 2026, n. 8630).

Ciò posto, preso atto delle indicazioni fornite dalla CTU, il danno biologico permanente che deve essere riconosciuto al *Parte_1* viene liquidato nella somma di € 43.751,89. Si precisa che nella quantificazione dell'invalidità (15%) non può che ritenersi incluso anche il danno cd estetico, che rientra nel danno biologico permanente; d'altro canto, non risultano osservazioni alla relazione dei consulenti d'ufficio, le cui conclusioni sono anzi richiamate dal ricorrente.

Quanto all'inabilità temporanea, è stato accertato un periodo complessivo di 70 giorni, suddivisi in 10 giorni di inabilità assoluta, seguiti da 20 giorni al 75%, 20 giorni al 50% e ulteriori 20 giorni al 25%. Devono, pertanto, liquidarsi i relativi danni, per un totale di € 2.247,20.

Così determinato l'ammontare del risarcimento "tabellare", si rileva che dalla documentazione in atti non sono emerse circostanze eccezionali tali da ritenere provati ulteriori pregiudizi specifici patiti dal ricorrente che giustifichino un incremento della somma a titolo di personalizzazione del danno.

Invero, si osserva che nel ricorso non vengono allegate circostante di fatto specifiche a fondamento della richiesta e, solo nelle note conclusive, sono contenute deduzioni comunque astratte e generiche (cfr. Sentenza Cass. Sez. 3 n. 24471 del 18/11/2014 "*In tema di risarcimento del danno alla persona, le circostanze di fatto che ne giustificano la personalizzazione integrano un "fatto costitutivo" della*

pretesa, sicché devono essere allegate in modo circostanziato già nell'atto introduttivo del giudizio e non possono risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche").

Parimenti non può essere riconosciuto nl caso in esame il danno morale, in assenza di qualsivoglia allegazione sul punto. A tal proposito si osserva infatti che, se è vero che la prova del danno morale può essere raggiunta anche per presunzioni, tuttavia non è possibile indulgere in automatismi nel riconoscimento di tale voce di danno risarcibile in presenza di un danno biologico, "*attesa l'esigenza di evitare duplicazioni risarcitorie destinate a tradursi in un'ingiusta locupletazione del danneggiato, laddove quest'ultimo si sia sottratto […] a una rigorosa allegazione e prova di fatti secondari idonei a supportare, sul piano rappresentativo, la prospettata sofferenza di conseguenze dell'illecito rilevabili sul piano del proprio equilibrio affettivo-emotivo*" (cfr. Ordinanza Cass. Sez. 3 n. 6444 del 03/03/2023, in motivazione).

Ne consegue che, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, l'importo complessivo da liquidare in favore di *Parte_1* ammonta a € 45.999,09, oltre interessi sulla sorte capitale, devalutata alla data dell'evento, e poi via via annualmente rivalutata secondo gli indici ISTAT in base al periodo di riferimento (cfr. *ex multis*, Cass. civ., Sez. Un., sent. 17 febbraio 1995, n. 1712).

Le spese del giudizio, ivi comprese quelle del procedimento *ex* art. 696-*bis* c.p.c., seguono la soccombenza; esse, pertanto, vanno poste a carico della resistente e – avuto riguardo all'entità della causa ed alle questioni trattate, nonché facendo applicazione dei minimi tabellari per le fasi di studio, introduttiva e istruttoria del procedimento *ante causam* (e con esclusione, per tale procedimento, della fase decisionale) e dei parametri medi per il giudizio di merito, tenuto conto della concreta attività svolta e delle modalità di trattazione attuate – vengono liquidate in favore del ricorrente nell'importo complessivo di € 9.623,00, oltre spese generali nella misura prevista dalla legge, I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Non può trovare, difatti, accoglimento la richiesta di parte resistente in merito alla condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali ai sensi dell'art. 91, comma 1, c.p.c. Sul punto, giova evidenziare che a nulla rileva il tentativo di definizione conciliativa effettuato dal Collegio peritale in corso di causa, atteso che, ai fini dell'applicazione di tale norma, la proposta conciliativa deve essere formulata in giudizio dal giudicante.

In coerenza con il criterio della soccombenza, le spese per la CTU espletata nel procedimento *ex* art. 696-*bis*, liquidate come da decreto del 25.9.2018, nonché per quella svolta nel presente giudizio, liquidate con separato decreto, debbono essere poste integralmente a carico della resistente, sicché il ricorrente ha diritto alla ripetizione di quanto eventualmente corrisposto in via anticipata all'ausiliario del magistrato.

P.Q.M.

Il Tribunale, in funzione di giudice monocratico, sentiti i procuratori delle parti, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e difesa, definitivamente pronunciando nella causa promossa da *[...]* *Parte_1* contro *Controparte_1* :

1. Accoglie le domande risarcitorie proposte da *Parte_1* contro *[...]* *CP_1* per le motivazioni esposte in parte narrativa;
2. Condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di *[...]* *Parte_1* della somma di **€ 45.999,09**, oltre interessi sulla sorte capitale, devalutata alla data dell'evento, e poi via via annualmente rivalutata secondo gli indici ISTAT in base al periodo di riferimento;
3. Condanna *Controparte_1* al pagamento delle spese processuali in favore di *Parte_1* che quantifica in complessivi **€ 9.623**, ivi comprese le spese di lite per il giudizio di ATP, oltre spese generali nella misura prevista dalla legge, I.V.A. e C.P.A. come per legge;
4. Pone le spese di CTU, sia della fase di ATP che del presente giudizio, come liquidate con separato decreto, definitivamente a carico di *CP_1* *Controparte_1* .

Manda alla Cancelleria per quanto di competenza.

Così deciso in Firenze, lì 31/10/2026

Il Giudice

Michela Boi