Tribunale di Latina, sez. II civile – 10/01/2018. Est. Piccialli.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO - MOTIVI DELLA DECISIONE

Occorre premettere brevemente in fatto che il thema decidendum della presente controversia ha ad oggetto l'azione risarcitoria per responsabilità medica proposta dalla sig.ra M.K. per i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti nei confronti del dott. E.S. e della A.L..

In particolare, nell'atto introduttivo l'attrice rappresentava che in data 28.09.2010 si recava presso il Pronto Soccorso dell'l'Ospedale " S. M. Goretti" di Latina in seguito a forti dolori addominali e, prestatele prime prime cure, veniva emessa la diagnosi di " sospetta appendicite acuta".

Il giorno successivo, in seguito a ricovero presso il reparto di Chirurgia Generale, la paziente venne sottoposta ad un intervento chirurgico di " Gangrena dell'appendice con ascesso peritiflitico" da una equipe medica diretta dal dott. E.S..

Deduce l' attrice l' erronea esecuzione del suddetto intervento, come evidenziata da una c.t.p. allegata all' atto introduttivo, atteso che, nel corso del presente intervento erano state riscontrate carenze legate alla modalità operatoria eseguita che avevano comportato la formazione di una fistola cutanea, dovuta in particolare alla scelta operatoria di affondare il moncone appendicolare e non di procedere alla sua asportazione; tale comportamento operatorio, secondo gli assunti dell'attrice, ha causato l' insorgenza della tumefazione infiammatoria coinvolgente l'ileo terminale, il colon dx e la parete addominale.

A causa di tale grave complicanza post operatoria la M., rileva di essersi ricoverata in data 6.10.2010 presso l' Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma, seguito di dimissioni spontanee dal nosocominio Pontino, ritenuto a quel punto inadeguato in relazione ai necessari trattamenti sanitari della patologia; rappresentava di essersi dovuta sottoporre ad ulteriori interventi presso la predetta struttura finalizzate a porre rimedio alla non

corretta esecuzione dei primo intervento presso l' Ospedale S. M. Goretti; in particolare in data 28.10.2010 veniva sottoposta a resezione del cieco e del tenue con escissione della fistola cieco-cutanea, in data 10.11.2010 venne quindi sottoposta ad un' ulteriore operazione di resezione ileo colica, in seguito alla quale, dopo un complesso decorso post-operatorio, analiticamente descritto nel libello introduttivo, venne dimessa in data 23.11.2010 con diagnosi " fistola stercoracea cutanea dopo appendicectomia".

Concludeva pertanto chiedendo il ristoro di tutti i danni non patrimoniali indicati (descrittivamente riconducibili alle componenti biologica sia funzionale che estetica, morale ed esistenziale) nonché patrimoniali, pregiudizi patiti in seguito all' insorgenza della complicanza sopradescritta riconducibile, secondo le prospettazioni attoree, alla erronea scelta effettuata durante l' intervento del 29.09.2010 dai Sanitari del Presidio Ospedaliero SM Goretti di Latina di affondare il moncone appendicolare piuttosto che di procedere alla sua asportazione.

Si costituiva sia l'A. convenuta che il dott. E.F. resistendo alla domanda e chiedendone il rigetto, chiedevano in ogni caso la A. la chiamata in garanzia della C.A. e il F. della A. s.p.a., per essere manlevati degli eventuali danni da risarcire in favore dell'attrice in caso di accertata responsabilità sanitaria.

Si costituivano entrambi i terzi chiamati sollevando eccezioni preliminari relative alla sussistenza della copertura assicurativa e, comunque, nel merito associandosi alla difesa dei convenuti in punto di assenza di qualsivoglia responsabilità sanitaria.

La causa è stata istruita mediante c.t.u. medico-legale e prove orali..

Tanto premesso in punto di fatto, va rilevato che la responsabilità dell'ente ospedaliero gestore di un servizio pubblico sanitario per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica ha, in ogni caso, natura contrattuale di tipo professionale, mentre quella del sanitario è, qualificabile come di natura extracontrattuale.

Sul punto va richiamato il recente intervento chiarificatore da parte del legislatore, atteso che l'articolo 7 della Legge Gelli - Bianco (L. n. 24 del 2017) prevede una bipartizione della responsabilità civile, differenziando la posizione della struttura sanitaria da quella dell'esercente la professione sanitaria. In particolare la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose. La medesima disciplina si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. In altre parole, la struttura sanitaria risponderà dei fatti illeciti compiuti dagli esercenti la professione sanitaria secondo le regole della responsabilità contrattuale, con importanti conseguenze in termini di prescrizione, onere della prova e danno risarcibile: il termine prescrizionale sarà infatti di dieci anni, il danneggiato dovrà semplicemente provare il titolo da cui deriva l'obbligazione (ad es. c.d. contratto di spedalità) rimanendo in capo alla struttura sanitaria la prova dell'esatto adempimento ovvero dell'inadempimento non imputabile, ed il danno risarcibile è limitato al danno che poteva prevedersi al tempo in cui è sorta l'obbligazione, salvo che in caso di dolo.

L'esercente la professione sanitaria, invece, sarà chiamato a rispondere del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile (salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, ipotesi non ricorrente nel caso di specie), cioè secondo le norme sulla responsabilità extracontrattuale, che prevedono - per quanto qui di interesse - un termine prescrizionale di "soli" cinque anni ed un gravoso onere della prova in capo al danneggiato, che dovrà non solo allegare ma provare il fatto illecito, il danno, l'elemento soggettivo ed il nesso eziologico tra condotta ed evento.

Va inoltre considerato che con riferimento alla posizione del Sa., la limitazione di responsabilità professionale ai soli casi di dolo o colpa grave ai sensi dell'art. 2236 c.c. attiene esclusivamente alla perizia nella soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà che trascendono la preparazione media (Cass4152/'95), o perché la particolare complessità discende dal fatto che il caso non è stato ancora studiato a sufficienza o perché non è stato ancora dibattuto con riferimento ai metodi da adottare (Cass 5945/2000; 8045/'95; 4152/'95).

Dunque, alla luce delle considerazioni che precedono tenuto conto delle risultanze della c.t.u. medico-legale allegata e dalla copiosa documentazione in atti, (relazione medico legale di parte, cartelle cliniche, referti e certificati medici), ritiene questo giudicante che può essere affermata la responsabilità tanto della A. quanto del dott. F. in relazione ai pregiudizi subiti dall' attrice in seguito all' intervento del 29.09.2010 di "Gagrena dell'appendice con ascesso peritiflitico", dovendosi ritenere che l' attore abbia assolto il proprio onere probatorio sia con riferimento alla dimostrazione della responsabilità contrattuale della Struttura Sanitaria quanto con riferimento al ben più gravoso onus probandi relativo all' illecito aquiliano del Sanitario convenuto.

In particolare, va rilevato che in base alla consulenza tecnica d'ufficio, logicamente motivata in base ad argomentazioni scientifiche e condivisibile nelle conclusioni, la condotta dei sanitari dell'ospedale convenuto non fu conforme alle leges cutis.

Evidenzia il c.t.u. che per quanto il trattamento chirurgico eseguito presso il nosocomio pontino fosse da considerarsi astrattamente adeguato alla patologia riscontrata tuttavia, si può affermare che la procedura seguita nel corso dell'intervento chirurgico del 29.09.2010 "si è caratterizzato per una difettosa esecuzione, dovuta ad un 'incompleta asportazione dell'appendice gangrenosa, di cui ne sono residuati 2 tratti non asportati, come evidenziato dall' esame anatomo-patologico su riportato. Pertanto l'intervento chirurgico è risultato non completo, anche se tempestivo, regolare per tempi di esecuzione e compatibile con i mezzi impiegati".

L' intervento chirurgico eseguito non può definirsi routinario in quanto la presenza sia di uno stato infiammatorio/infettivo periappendicolare, sia di aderenze determinate da precedenti interventi chirurgici, possono determinare un anomalo sovvertimento del quadro anatomo- patologico locale, rendendo difficoltosa l'asportazione dell'appendice.
Tali conclusioni sono state ribadite anche in seguito a chiarimenti disposti con integrazione dell'elaborato peritale, depositate telematicamente in data 9.05.2016.
Rappresenta inoltre l'ausiliare del giudice che come risulta dagli accertamenti clinico-strumentali ed ematochimici effettuati prima dell'intervento sopraindicato, le condizioni di salute e nutrizionali della paziente M. non erano tali da controindicare l'intervento chirurgico per il trattamento della fistola entero-cutanea consistente in resezione del cieco e del tenue operazione poi eseguita presso l'Ospedale San Camillo in Roma.
Ad avviso di questo giudicante va osservato che la natura " non routinaria" dell'intervento non lo rende di per sé di speciale difficoltà non esimendo pertanto il sanitario dalla propria responsabilità ex art. 2236 c.c. atteso che la limitazione della responsabilità professionale del medico ai soli casi di dolo o colpa grave a norma dell'art. 2236 cod. civ. si applica nelle sole ipotesi che presentino problemi tecnici di particolare difficoltà e, in ogni caso, tale limitazione di responsabilità attiene esclusivamente all'imperizia, non all'imprudenza e alla negligenza, con la conseguenza che risponde anche per colpa lieve il professionista che, nell'esecuzione di un intervento o di una terapia medica, provochi un danno per omissione di diligenza (Cass. Civ. N. 9085/2006); nel caso di specie, ad avviso di questo giudicante l'incompleta asportazione dell'appendice gangrenosa è riconducibile più all' alveo della negligenza che della perizia, Riguardando la sfera dell'accuratezza del' esecuzione dei compiti.
Sotto il profilo della quantificazione del danno il c.t.u. ha determinato nella misura del 15% il danno biologico permanente, nella misura di gg. 60 il danno biologico temporaneo totale, ed in altrettanti 60 gg il parziale al 50% e nella misura di gg 210 il parziale al 25%.

Non sono state allegate e prodotte spese mediche sostenute.

Anche sotto i profili relativi al quantum debeatur le risultanze del c.t.u. sono pienamente condivisi dal giudicante, in quanto basati su un compiuto esame anamnestico ed obiettivo e su uno studio ed una valutazione adeguati e coerenti degli elementi desunti da tale esame e dalla documentazione prodotta.

Per il risarcimento del danno biologico subito dall'attore (che all'epoca dell'evento lesivo, settembre 2010, aveva, l'età di anni (omissis...) anni) spetta pertanto la somma, al valore attuale della moneta, di 39.690,00 a titolo di ristoro per il danno biologico permanente, per il risarcimento del danno biologico temporaneo spetterà la somma complessiva di € 6000,00, per l'inabilità temporanea assoluta, ed € 3000,00, quale inabilità temporanea parziale (al 25%) € 5250,00.

Il danno biologico da invalidità permanente riportato dall'attrice viene liquidato equitativamente sulla base di un parametro monetano (c.d. liquidazione a punto) ricavabile attraverso coefficienti moltiplicatori interagenti tra loro (età dell'infortunato, capacità biologica del soggetto di reagire al pregiudizio psicofisico in relazione alla sua specificità e all'età stessa, durata media della vita) che viene a fondarsi inizialmente sul rapporto tra grado di invalidità minimo (1%) ed il valore economico ad esso attribuibile (cfr. tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per Panno 2014).

Ora, deve osservarsi che alle luce delle note e molteplici sentenze della Corte di Cassazione si è avuto espresso riconoscimento di un sistema di risarcimento del danno alla persona bipolare, ossia di danno patrimoniale e non patrimoniale, ove quest'ultimo comprende il danno biologico in senso stretto, sopra liquidato (inteso come lesione all'integrità psicofisica della persona), il danno morale come tradizionalmente inteso (inteso come sofferenza morale, non necessariamente transeunte, turbamento dello stato d'animo del danneggiato), nonché tutti quei pregiudizi diversi e ulteriori, purchè costituenti conseguenza della lesione di un interesse costituzionalmente protetto ovvero di interessi di rango costituzionale inerenti alla persona.

In sostanza secondo tale orientamento, ribadito dalla recente sentenza della Suprema Corte a Sezioni unite n. 26972 del 2008, condiviso da questo Tribunale, nel bipolarismo risarcitorio (danni patrimoniali e danni non patrimoniali) previsto dalla legge, al di là della questione puramente nominalistica, non è possibile creare nuove categorie di danni, ma solo adottare, per chiarezza del percorso liquidatorio, voci o profili di danno, con contenuto descrittivo - ed in questo senso ed a questo fine può essere utilizzata anche la locuzione danno esistenziale, accanto a quella di danno morale e danno biologico - tenendo conto che, da una parte, deve essere liquidato tutto il danno, non lasciando privi di risarcimento profili di detto danno, ma che, dall'altra, deve essere evitata la duplicazione dello stesso che urta contro la natura e la funzione puramente risarcitoria della responsabilità aquiliana (cfr Cass. Sez. III n. 22884 del 30.10.2007).

Compete, quindi, all'attore, quale danno morale ed esistenziale (la fattispecie integra astrattamente gli estremi del reato di lesioni colpose), descrittivamente ancora così qualificabili tali poste risarcitone ed intesi più correttamente quale residuo danno non patrimoniale l'importo di € 16.000,00 al valore attuale; la suddetta somma è stata determinata tenendo conto della notevole entità delle lesioni e del rilevante grado di afflittività delle cure ricevute (ricovero ospedaliero per numerosi giorni, ripetuti controlli e visite ambulatoriali, trattamenti terapeutici prolungati, decorso post- operatorio particolarmente complesso con un conseguente accertamento della ITP decisamente lunga).

Detta somma costituisce la necessaria personalizzazione del predetto danno non patrimoniale riconosciuto, dovendo essere presi in considerazione (per un'adeguata personalizzazione del risarcimento) i riflessi oggettivi e soggettivi di tale danno (accertati mediante indagine medico legale) consistenti, nel caso di specie, come sopra detto, nella sofferenza derivante dalle cure ricevute, ma anche dalla percezione costante e rinnovata nel tempo della propria inabilità fisica (circostanze queste da ritenersi

provate in via presuntiva) attesa anche la evidenziata rilevanza sul piano estetico ed anatomico-funzionale del danno subito dall'attrice.

Sotto il profilo dei danni patrimoniali va rilevato che non sono state documentate spese mediche sostenute e, quindi, nulla può essere liquidato a tale titolo, nonostante la valutazione di congruità espressa dal CTU. In proposito, va rilevato che il giudice può addivenire alla liquidazione dei danni in via equitativa ex art. 1226 c.c., nell'ipotesi in cui sia mancata interamente la prova del loro preciso ammontare, solo per l'impossibilità della parte di fornire congrui ed idonei elementi al riguardo, oppure nell'ipotesi di notevole difficoltà di una precisa quantificazione (Cass. Civ. 06/22836; 06/17483; 06/11370; 05/19883; 05/8004; 98/1382; 96/11535; cfr. anche 00/409); orbene, nel caso di specie, trattandosi di spese di cui si poteva agevolmente fornire una prova documentale, non può ricorrersi ai criteri di cui all' art. 1226, in quanto, diversamente, il giudicante supplirebbe ad un onere probatorio della parte.

Relativamente ai danni da c.d. capacità lavorativa specifica, va rilevato che mentre sono state già considerate nella liquidazione del danno non patrimoniale (da intendersi nella sua più ampia accezione di danno determinato dalla lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica) le ripercussioni sulla capacità lavorativa generica e, non risultano d' altra parte concretamente provate riduzioni di reddito e subite dall'attore a causa del sinistro.

Diversamente merita ristoro il danno patrimoniale consistito nel mancato guadagno della somma di € 3933,43 per assenza non retribuita dal posto di lavoro durante il periodo di inabilità accertata (cfr all. 4 fascicolo di parte attrice), riconducibile all' intervento del 29.09.2010, specifico profilo in relazione al quale le difese della A. e del dott. F. non hanno assunto alcuna specifica posizione.

Dunque, complessivamente sarà dovuto all' attore la somma di € 73.873,43 a titolo di danni non patrimoniali, debitamente personalizzati, e patrimoniali.

Su tale somma andrà calcolato anche il lucro cessante per il mancato godimento della somma liquidata a titolo di risarcimento, somma che - ove posseduta ex tunc - sarebbe stata presumibilmente investita per ricavarne un lucro finanziario.

Tale importo va determinato equitativamente ex art. 2056 cod. civ. secondo un consolidato orientamento giurisprudenziale (cfr. Cass. Sez. Un. 17.2.1995 n. 1712) con il metodo seguente:

a base di calcolo va posta non la somma sopra liquidata per ciascuno anno (cioè rivalutata ad oggi) ma l'originano importo rivalutato anno per anno; su tale importo va applicato un saggio di rendimento equitativamente prescelto, tenuto conto di quello inferiore tra la media ponderata di rendimento dei titoli di Stato e la media ponderata degli interessi legali (nella fattispecie in misura del 1.2%); tale saggio va computato sul predetto importo dalla data dell'evento dannoso ad oggi.

Sulla somma così liquidata spetteranno anche gli interessi legali dalla pubblicazione della sentenza fino ad effettivo soddisfo.

Con riferimento all'azione di manleva spiegata dalla convenuta A.L. nei confronti della C.A. la stessa va accolta.

In particolare, con riferimento alla eccezione di inoperatività della polizza ai sensi dell'art. 20 delle condizioni di polizza in base all' assunto secondo cui la richiesta di risarcimento del danno non sarebbe stata presentata durante il periodo di assicurazione e cioè dal 31.01.2010 al 31.01.2012, ciò in quanto la prima richiesta risarcitoria sarebbe stata presentata in data 24.09.2012.

Invero, sul punto va rilevato che secondo una più recente sentenza della Suprema Corte, del tutto condivisibile, la clausola "claims made" inserita in un contratto di assicurazione della responsabilità civile stipulato da un'azienda ospedaliera, per effetto della quale la copertura esclusiva è prestata solo se tanto il danno causato dall'assicurato, quanto la richiesta di risarcimento formulata dal terzo, avvengano nel periodo di durata dell'assicurazione, è un patto atipico immeritevole di tutela ex art. 1322, comma 2, c.c.,

atteso che realizza un ingiusto e sproporzionato vantaggio dell'assicuratore, e pone l'assicurato in una condizione di indeterminata e non controllabile soggezione (Cass. civ. n. 10506/2017); in effetti con tale clausola sarebbe rimesso a circostanze dipendenti dalla volontà di terzi la sussistenza della copertura assicurativa, in quanto legate al momento di proposizione da parte del terzo danneggiato della richiesta risarcitoria nei confronti della A., sempre possibile nel termine decennale di prescrizione dell'azione; in tal modo poi si esclude di fatto la copertura assicurativa in relazione a tutti i danni causati dall' assicurato in prossimità della scadenza del contratto per effetto di un fisiologico iato temporale tra il momento di verificazione del danno e la richiesta risarcitoria soprattutto con riferimento a quelle tipologie di danno a decorso occulto.

Con riferimento alla ulteriore eccezione di inoperatività della Polizza ai sensi dell'art. 8 delle Condizioni Generali secondo cui la comunicazione scritta del sinistro doveva avvenire almeno 45 giorni prima da quando l'ufficio ne avesse avuto conoscenza si osserva quanto segue.

Per costante giurisprudenza, l'omesso assolvimento dell'obbligo di avviso di cui all' art. 1913 comporta la perdita del diritto all' indennità assicurativa ai sensi dell'art. 1915 c.c. solo in caso di inadempimento doloso da parte dell'assicurato, diversamente in caso di colposa omissione vi è una riduzione dell'indennità proporzionale al pregiudizio sofferto.

In particolare, è la Compagnia Convenuta a dover dimostrare il carattere doloso della suddetta omissione, dovendosi, in mancanza, presumere un inadempimento colposo per cui l'assicuratore ha soltanto il diritto ad una riduzione della indennità in ragione del pregiudizio effettivamente subito, così come dispone l'art. 1915 c.c., che è norma derogabile solo in favore dell'assicurato ai sensi del successivo art. 1932 c.c. (Cass. Civ. 89/1196).

Nel caso di specie, nessuna prova è stata fornita in merito alla natura dolosa dell'omessa comunicazione della verificazione del sinistro così come nessuna prova è stata fornita

dalla C.A. circa gli eventuali pregiudizi sofferti in conseguenze del citato inadempimento.

Ne consegue il rigetto dell'eccezione.

Con riferimento all' estensione della domanda da parte dell'attrice nei confronti della citata Compagnia va osservato come la stessa sia fondata e menti accoglimento.

Invero, diversamente dall'ipotesi in cui il convenuto in giudizio chiami in causa un terzo, indicandolo come il soggetto tenuto a rispondere della pretesa dell'attore (caso, questo, in cui la domanda attorea si estende automaticamente al terzo, pur in mancanza di apposita istanza, dovendosi individuare il vero responsabile nel quadro di un rapporto oggettivamente unitario), nell'ipotesi della chiamata del terzo in garanzia come nel caso in esame, la predetta estensione automatica non si verifica, in ragione dell'autonomia sostanziale dei due rapporti, ancorché confluiti in un unico processo sicchè l'attore deve necessariamente estendere in modo espresso la domanda nei confronti del terzo chiamato (Cass, civ. N. 5400/2013).

Nel caso di specie l'attore attenendosi la citato principio, tempestivamente, ovvero con la prima memoria ex art. 183 sesto comma c.p.c. ha esteso la domanda nei confronti delle Compagnie Assicurative evocata in giudizio dalla A. convenuta e dal dott. F..

Ne consegue, per effetto della citata estensione della domanda, il dritto dell'attrice, in caso di accoglimento della domanda risarcitoria, ad ottenere la condanna in solido ed in via diretta dei convenuti ed anche della terza chiamata.

Con riferimento all' eccezione di difetto di legittimazione passiva proposta dalla A. s.p.a. va osservato come la stessa sia fondata e meriti accoglimento.

In effetti mediante la produzione documentale allegata e segnatamente (Visura Camerale, elenco Compagnie assicurative autorizzate ad operare in Italia autorizzate dall'ISVASS, nonchè copie delle Polizze Assicurative C.A. e L.) la A. s.p.a. ha dimostrato la sua natura di soggetto svolgente attività di Broker, occupandosi di

intermediazione e di consulenza assicurativa, ma non già il ruolo di assicuratrice con assunzione diretta del rischio assicurato.

Con riferimento alle spese di causa va rilevato che, per il principio della soccombenza, quelle relative al rapporto processuale tra l'attore ed i convenuti A.L. e S.E. vanno poste interamente a carico dei convenuti in solido, comprese quelle relative alla CTU.

Con riferimento alle spese relative alla chiamata in garanzia effettuata dalla convenuta A. nei confronti della C.A. la natura interpretativa delle questioni giuridiche trattate, obiettivamente controvertibili, giustifica la compensazione; analogamente sussistono valide ragioni di equità sostanziale e di opportunità per compensare le spese tra il convenuto dott. S. e la A. s.p.a., non evincendosi la natura di mero soggetto intermediario della A. s.p.a. sulla base della sla documentazione in possesso del convenuto.

P.Q.M.

il Tribunale, in funzione monocratica, nella persona del dott. Alfonso Piccialli, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda ed eccezione disattesa, così provvede:

1) Accoglie per quanto di ragione la domanda risarcitoria proposta da M.K. nei confronti della A.L. e di S.E., domanda estesa espressamente alla C.A. s.p.a. e, per l'effetto, condanna la A.L., S.E. e la C.A. al pagamento in favore di M.K. della somma di € 73.873,43 oltre lucro cessante ed interessi come in motivazione;

2) In accoglimento della domanda di garanzia proposta dalla A.L. condanna la C.A. A. r.l. a manlevare la A.L. da quanto dovuto all' attrice per effetto della presente sentenza;

3) Dichiara inammissibile la domanda di garanzia proposta da S.E. nei confronti della A. s.p.a. e la conseguente estensione della domanda risarcitoria proposta da parte attrice nei confronti del terzo;

4) condanna la A.L. e S.E. in solido a rimborsare in favore dell'attore le spese del presente giudizio, che si liquidano, in 730,00 € per spese, 5500,00 € per competenze oltre IVA e c.p.a. come per legge, ponendo definitivamente a carico delle convenute in solido le spese di c.t.u. medico -legale;

5) Compensa per il resto le spese di causa.

Così deciso in Latina, il 3 gennaio 2018.

Depositata in Cancelleria il 10 gennaio 2018.