

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
IL TRIBUNALE DI PAVIA  
SEZIONE TERZA CIVILE

in composizione monocratica, nella persona del Dott. Luciano Arcudi, sulle conclusioni prese all'udienza del 29.9.2021, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 5004/2019 di R.G., promossa da:

D. R. (C.F.: *omissis*), elettivamente domiciliato in Milano, Via Fontana, 18, presso lo studio degli Avv.ti Antonella Pastore e Angelo De Giorgi, che lo rappresentano e difendono in forza di procura in atti,

- attore -

contro

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO (C.F.: 00303490189), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Pavia, Viale Golgi, 19, rappresentata e difesa dall'Avv. Simona Codena in forza di procura in atti,

- convenuta -

CONCLUSIONI

Per l'attore:

*«Piaccia all'Ill.mo Tribunale adito, così giudicare: nel merito: 1) accertare e dichiarare la responsabilità della Fondazione San Matteo di Pavia nella vicenda clinica del Sig. D. e per l'errore diagnostico del 13 giugno 2016; 2) condannare il convenuto al risarcimento integrale dei danni diretti e indiretti, patrimoniali e non patrimoniali, sostenuti e sostenendi, alla capacità lavorativa generica e specifica subiti dall'attore, danno da mancato futuro guadagno, danno biologico nella sua accezione più ampia inclusa la c.d. personalizzazione, nonché il danno morale liquidato in via equitativa, inabilità temporanea patita, spese mediche, accertamenti strumentali eseguiti su richiesta del collegio peritale e fondo spese versato ai Consulenti; indicati nella misura complessiva di Euro 135.367,70, come accertata in corso di causa, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali dal fatto al saldo effettivo; 3) con vittoria di spese ed onorari di causa oltre spese non imponibili, rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge, spese di CTU e CTP, spese e compensi professionali per il Procedimento di Mediazione attivato dal danneggiato ma rifiutato dal convenuto secondo i parametri dettati dal D.M. 8/3/2017 n. 37; il tutto con distrazione a favore del difensore antistatario ai sensi dell'art. 93 c.p.c., che dichiara di aver anticipato le spese e di non aver riscosso gli onorari (...).».*

Per la convenuta:

*«Voglia l'Ecc.mo Tribunale adito così giudicare: nel merito: - in via principale: accertare e dichiarare l'inesistenza, sotto ogni profilo, di responsabilità della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" e/o del suo personale in relazione ai fatti di causa, e, conseguentemente, respingere tutte le domande ex adverso avanzate, in quanto infondate in fatto ed in diritto; - in subordine: nella denegata e non creduta ipotesi in*

*cui dovessero essere ritenuti sussistenti profili di responsabilità in capo all'esponente, accertare e dichiarare che i danni emersi in corso di causa si sarebbero potuti evitare se l'attore avesse usato l'ordinaria diligenza nella gestione dei sintomi e nella loro veritiera, completa e tempestiva illustrazione al personale medico; - in ulteriore subordine: qualora l'On.mo Tribunale adito dovesse ritenere che la condotta dell'attore non valga ad esimere integralmente la convenuta, determinare la quota di responsabilità a carico di quest'ultima tenendo conto dei criteri illustrati in narrativa e, in particolare, dell'apporto causale dell'attore e dell'errore o ritardo diagnostico che dovesse risultare imputabile alla Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano. (...). In ogni caso: con vittoria di spese e competenze professionali».*

## SINTESI DEI PRECEDENTI DI FATTO E PROCESSUALI

In data 13.6.2016 l'odierno attore si presentava presso il Pronto Soccorso del Policlinico "San Matteo" di Pavia, ove veniva accettato con "codice verde" e indirizzato per visita presso l'ambulatorio "trauma" ove veniva all'anamnesi annotato quanto segue: *"riferisce da due settimane dolore alla prensione mano sinistra"*. All'esame obiettivo era refertato *"non deficit neuromuscolari in atto agli arti superiori. Rachide mobile non dolente"*. L'attore era quindi dimesso il giorno stesso con diagnosi di *"algia sedi non specificate. Deficit forza arto superiore sin. di ndd"* e con i seguenti consigli terapeutici: *"TM: Arcoxia 90 mg. 1 cp per 7 gg; RMN rachide cervicale; EMG comparativa arti superiori"*.

Quattro giorni dopo, il 17.6.2016, lo stesso attore si presentava presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, ove veniva accettato con "codice giallo". In tale sede - ove l'attore aveva riferito di lamentare ipostenia dell'arto superiore sinistro, impaccio dell'eloquio, disturbo del "visus" e sonnolenza - all'esito dell'effettuazione di alcuni esami, tra i quali la TAC e la angio TAC dell'encefalo, veniva posta all'ingresso diagnosi di *"dissezione carotidea dx. Trombosi cerebrale con infarto cerebrale"* ed il sig. D. era conseguentemente ricoverato d'urgenza presso il reparto di neurologia del medesimo ospedale. Nella cartella clinica, veniva riportato il fatto che nella serata del 16.6.2016, quindi tre giorni dopo le dimissioni dal P.S. dell'Ospedale "San Matteo", la moglie dell'attore aveva notato *"deviazione della rima orale e difficoltà nell'articolazione delle parole con peggioramento nel giorno successivo"*. Il 24.6.2016, l'attore era dimesso con diagnosi di *"ictus ischemici cerebrali emisferici destri in paziente con riscontro di stenosi del sifone carotideo destro (ematoma intramurale? Placca aterosclerotica?) che necessita di controllo a breve distanza di tempo"*.

Seguirono un percorso di riabilitazione e l'effettuazione di ulteriori visite dirette a verificare l'evoluzione della patologia riscontrata, delle quali si dà esaurientemente conto nella C.T.U. medico-legale disposta in causa.

Il 26.9.2017 l'attore, in occasione di visita presso la Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile, veniva riconosciuto invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 34% al 73% con "Percentuale 46%" e diagnosi *"sfumata emiparesi sinistra in esiti ischemia cerebrale ipertensione arteriosa"*. Si dava atto in referto di un *"buon recupero motorio"* con *"lieve impaccio nei movimenti dell'arto superiore di sinistra con difficoltà nei movimenti di precisione. (...) Eloquio fluente. Orientato S/T. Capacità mnesiche conservate"*.

In data 5.5.2017, l'attore si sottoponeva a visita neurologica e medico-legale da parte di due professionisti di fiducia, i quali sostenevano l'errore nel quale erano incorsi i sanitari del Pronto Soccorso del Policlinico "San Matteo" per avere focalizzato la propria

attenzione, sul piano neurologico, solo nei riguardi dell'arto interessato da ipostenia, tralasciando di indagare la possibile origine ischemica dei sintomi lamentati. In particolare, evidenziavano come la dissezione arteriosa, se tempestivamente rilevata, avrebbe potuto essere efficacemente trattata con terapia anticoagulante.

Sulla base di tale valutazione, il sig. D. tentava di ottenere dalla struttura convenuta il risarcimento del danno in via stragiudiziale, e, fallito tale tentativo (incluso quello conseguente all'avvio della mediazione obbligatoria), si determinava ad agire in giudizio nei confronti della convenuta, radicando così la presente causa.

La convenuta si costituiva in giudizio contestando la responsabilità ascrittale.

Era disposta C.T.U. medico-legale collegiale, con nomina di uno specialista in neurologia e di uno specialista in medicina legale.

Raccolto l'elaborato peritale, la causa veniva trattenuta in decisione all'udienza del 29.9.2021, con concessione dei termini di cui al primo comma dell'art. 190 c.p.c. per il deposito delle difese conclusive.

### MOTIVI DELLA DECISIONE

Come noto, la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente può conseguire sia, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, sia, ai sensi 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.

Ciò premesso, la C.T.U. ha ritenuto la sussistenza di un errore medico, rilevando che la lamentata ipostenia all'arto superiore sinistro avrebbe dovuto indurre il sanitario a non escludere la ricorrenza di un problema di fonte vascolare e, quindi, a sottoporre l'attore ad una valutazione neurologica più ampia, non limitata solo alla periferia, ed, in particolare, l'esame strumentale di "neuroimaging", le cui risultanze "... *interpretate dal clinico insieme al dato anamnestico e all'esame obiettivo*" avrebbero consentito di porre, già in questa sede, la diagnosi di "ictus" a provenienza embolica carotidea.

La convenuta contesta le suddette conclusioni, ritenendo, in sintesi, che si tratterebbe di un giudizio "con il senno del poi", ponendo in evidenza che il sintomo lamentato (ipostenia all'arto superiore sinistro) era compatibile con cause diverse dalla patologia poi diagnosticata e che l'attore non aveva fornito adeguate informazioni (o aveva addirittura fornito informazioni non veritiere) in sede di anamnesi.

Tali deduzioni di parte convenuta non appaiono al giudicante convincenti.

Per quanto riguarda l'anamnesi, la convenuta sembra partire dal presupposto, non condivisibile, che essa consista in un flusso di informazioni unidirezionale, dal paziente al medico, che quest'ultimo deve limitarsi a recepire ed interpretare. In realtà, la raccolta anamnestica, pur richiedendo come ovvio la collaborazione del paziente, è attività che deve essere condotta dal medico, il quale, alla luce del dato clinico, deve rivolgere al paziente tutte le richieste necessarie al fine della formulazione di una diagnosi (cfr. sul punto, Cass. civ., Sez. III, ord. n. 26426 del 20.11.2020, secondo cui "*in tema di responsabilità medica, il paziente che ometta di fornire alcune notizie nel corso dell'anamnesi, senza ricevere specifiche richieste dal medico, non può ritenersi corresponsabile delle carenze informative, verificatesi in quella sede,*

*che hanno poi determinato l'errore diagnostico, perché non rientra tra i suoi obblighi né avere specifiche cognizioni di scienza medica, né sopperire a mancanze investigative del professionista”).*

Corollario del suddetto principio è che la struttura sanitaria convenuta, ove imputi l'errata diagnosi ad un difetto di informazioni fornite in sede di anamnesi, deve corredare tale linea difensiva dall'allegazione e dimostrazione di avere regolarmente condotto l'anamnesi stessa, formulando al paziente le domande pertinenti alla luce del caso specifico. Un tale onere nella specie non risulta assolto.

La circostanza che l'attore avrebbe riferito di avere avuto un “incidente domestico”, se anche vera, non può essere considerata rilevante ai fini di causa. La stessa convenuta dovrebbe quantomeno allegare e provare che il sanitario aveva, nell'occasione, approfondito la natura e dinamica di tale “incidente” (ciò che non risulta essere avvenuto) e, quindi, che alla luce dei dati raccolti era stato in grado di escludere la necessità di effettuare le valutazioni ritenute dai C.T.U. doverose. In altri termini, dovrebbe spiegare come tale informazione possa essere stata fuorviante per il sanitario del P.S., al punto da determinarlo ad escludere il sospetto di una patologia quale quella poi diagnosticata.

Per quanto concerne la posizione del medico del Pronto Soccorso, la stessa giurisprudenza di legittimità ha avuto recentemente modo di evidenziare che *“l'ambito dell'obbligo di garanzia gravante sul medico di Pronto Soccorso può in generale ritenersi definito dalle specifiche competenze che sono proprie di quella branca della medicina che si definisce medicina d'emergenza o d'urgenza. In tale ambito rientrano l'esecuzione di taluni accertamenti clinici, la decisione circa le cure da prestare e l'individuazione delle prestazioni specialistiche eventualmente necessarie. Correlata a tali doveri può ritenersi la decisione inerente al ricovero del paziente e alla scelta del reparto a ciò idoneo, mentre l'attribuzione della priorità d'intervento, detta triage ospedaliero, è procedura infermieristica. Delineata entro tale ambito la posizione di garanzia del medico di pronto soccorso, è agevole riscontrare nella giurisprudenza di legittimità casi nei quali il medico di pronto soccorso è stato ritenuto responsabile del decesso del paziente per non aver disposto gli idonei accertamenti clinici (Sez. 4, n. 18573 del 14/02/2013, Meloni, Rv. 256338) o per non aver posto una corretta diagnosi in modo da indirizzare il paziente in reparto o luogo di cura specialistico (Sez. 4, n. 29889 del 05/04/2013, De Florentis, Rv. 257073). Accanto a queste ipotesi, si rinvencono pronunce nelle quali la responsabilità è stata esclusa in ragione della singolarità dei sintomi, dunque della difficoltà di porre una diagnosi corretta (Sez. 4, n. 35659 del 09/07/2009, Morana, Rv.245316); ciò si spiega in quanto non è esigibile da tale sanitario una competenza diagnostica di livello pari a quella di tutte le altre specializzazioni medico-chirurgiche delle quali si deve occupare trasversalmente nell'intervenire su casi acuti”* (cfr., Cass. pen., sez. IV, sent. n. 45602 del 13.12.2021).

In sostanza, se dal sanitario del Pronto Soccorso non può attendersi una competenza diagnostica “pari a quella di tutte le altre specializzazioni medico-chirurgiche delle quali si deve occupare trasversalmente”, e quindi un particolare grado di perizia nell'effettuare la diagnosi in relazione ai diversi casi che gli si presentano, è invece lecito da lui pretendere, proprio per tale ragione, un adeguato livello di prudenza, che lo porti, nei casi sospetti, a disporre gli opportuni approfondimenti clinici e/o di indirizzare il paziente verso l'idoneo reparto specialistico.

Un'ipostenia all'arto protrattasi da due settimane, secondo quanto emerge dalla C.T.U. (alle cui risultanze ci si richiama), costituisce un sintomo che avrebbe dovuto indurre il sanitario del P.S., sulla base di un comportamento improntato a prudenza, ad una valutazione neurologica più estesa, ciò che il sanitario stesso ha ommesso di fare impedendo

così una tempestiva diagnosi.

La stessa C.T.U. rileva anche che una tempestiva diagnosi avrebbe consentito un “alta probabilità di guarigione e di prevenire le successive ischemie emisferiche destre poi purtroppo verificatesi”.

Pertanto, deve essere ritenuta sussistente la dedotta responsabilità in capo alla convenuta. Venendo alla quantificazione del danno, la C.T.U. ha accertato che l’attore, in allora di anni 47, ha avuto un periodo di inabilità temporanea protrattasi, in forma parziale, per giorni 45 al 75%, per giorni 45 al 50% e per giorni 45 al 25%, ed ha riportato postumi suscettibili di integrare un’inabilità permanente pari al 20% della totale.

Il suddetto danno deve essere quantificato come segue sulla base delle tabelle predisposte dal Tribunale di Milano, alle quali la Suprema Corte riconosce la valenza, in linea generale e nel rispetto dell'art. 3 Cost., di parametro di conformità della valutazione equitativa del danno non patrimoniale alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., salva l'emersione di concrete circostanze che ne giustifichino l'abbandono (cfr., Cass. Civ., sez. III, sent. n. 20895 del 15.10.2017 e, in senso analogo, Cass. Civ., sez. III, sent. n. 9950 del 20/04/2017):

Inv. temporanea (giorni 45)	€ 3.341,25
parziale al 75%:	
Inv. temporanea (giorni 45)	€ 2.227,50
parziale al 50%:	
Inv. temporanea (giorni 45)	€ 1.113,75
parziale al 25%:	
Inabilità permanente: (20% della totale)	€ 68.652,00
<b>TOTALE:</b>	<b>€ 75.334,50</b>

Occorre rilevare che le suddette Tabelle individuano il cd. “punto pesante”, corrispondenti al caso di incidenza della lesione in termini "standardizzabili" in quanto frequentemente ricorrente, sia quanto agli aspetti anatomico-funzionali, sia quanto agli aspetti relazionali, sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva.

Nell’edizione dell’anno 2021, utilizzata ai fini della liquidazione di cui sopra (con il meccanismo della devalutazione e successiva rivalutazione cui si farà cenno in seguito), la componente “morale” del danno è stata scomputata ed indicata in apposita distinta colonna.

Nella specie, il giudicante ha applicato il “punto pesante” comprensivo del danno da sofferenza morale soggettiva, che, al pari di quello derivante dall’incidenza della lesione sugli aspetti relazionali, deve ritenersi ricorrente in base all’*id quod plerumque accidit*, alla luce della gravità e natura della lesione.

Non può invece essere applicato alcun aumento per personalizzazione.

A tali fini, l’attore avrebbe dovuto allegare i fatti giustificativi di tale aumento (che costituiscono indubbiamente fatti “primari”) entro i termini per la delineazione del *thema decidendum*, coincidenti, nel rito riformato, con il deposito della prima memoria ex art. 183 comma 6° c.p.c.

In proposito, l’attore nulla allega in atto di citazione, mentre, con la prima memoria ex art.

183 comma 6° c.p.c. si limita a formulare la domanda nuova di risarcimento del danno da perdita della capacità lavorativa specifica, sulla quale si ritornerà in seguito.

Solo con la seconda memoria – e quindi tardivamente, essendo essa deputata non all'allegazione dei fatti ma alla prova degli stessi – l'attore espone circostanze che sarebbero rilevanti ai fini della personalizzazione del danno, ma, come detto, tale attività deve ritenersi tardiva.

In definitiva, il danno non patrimoniale deve essere riconosciuto nell'importo più sopra indicato di € 75.334,50.

L'importo così liquidato deve essere devalutato alla data del fatto e la somma risultante deve essere rivalutata fino alla data della presente sentenza.

Per il calcolo degli interessi c.d. "compensativi" si fa riferimento al criterio stabilito dalle S.U. della Corte di Cassazione nella sentenza n. 1712 del 17.2.1995, secondo cui detti interessi vanno calcolati inizialmente sull'importo del danno come liquidato alla data del fatto e, successivamente, sulle ulteriori frazioni via via risultanti dalla rivalutazione annuale operata sulla base degli indici ISTAT.

A seguito della conversione del debito di valore in debito di valuta per effetto della liquidazione giudiziale del danno, spettano inoltre gli ulteriori interessi al tasso legale dalla data della sentenza al saldo.

La domanda di risarcimento del danno, avente natura patrimoniale, per perdita della capacità lavorativa specifica deve essere dichiarata inammissibile.

La Corte di Cassazione, nella sentenza n. 25631 del 15.10.2018, ha precisato che *“la riduzione della domanda, la domanda di danni incrementali (ipotesi che si verifica allorché “l'attore deduca che il danno originariamente dedotto in giudizio si sia incrementato in corso di causa, ferma restando la natura di esso e l'identità del fatto generatore” – n.d.r.) e i fatti sopravvenuti sono (...) le tre ipotesi in cui è consentito all'attore domandare il risarcimento di danni diversi, per quantità o (nel terzo caso) anche per qualità rispetto a quelli prospettati con la citazione od il ricorso introduttivi del giudizio”*.

Nella terza ipotesi (i fatti sopravvenuti) l'attore può chiedere di essere rimesso in termini nella presentazione della relativa domanda in quanto impossibilitato a presentarla nel rispetto delle preclusioni processuali contemplate dal codice di rito.

Nella specie, non essendo la prima memoria deputata all'introduzione di domande nuove da parte dell'attore<sup>1</sup>, il sig. D. avrebbe potuto presentare, in tale sede, la domanda del risarcimento del danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica solo a seguito di rimessione in termini che, ex art. 153 comma 2° c.p.c., avrebbe dovuto essere da egli richiesta dimostrando la non imputabilità dell'intervenuta decadenza.

Nulla di ciò è avvenuto.

Vero è che nelle conclusioni dell'atto di citazione si chiede la condanna al risarcimento dei danni “patrimoniali e non patrimoniali”, ma, a non voler ritenere tale locuzione una mera formula “di stile” in difetto di allegazioni di sorta in merito ai primi (in alcun modo specificati, quanto alla loro natura, nella narrativa dell'atto di citazione), si può sostenere l'esistenza di una rituale domanda con riferimento ai danni patrimoniali che non

---

<sup>1</sup> Tali domande possono essere presentate dall'attore fino alla prima udienza (comunque, non nella 1° memoria ex art. 183 comma 6° c.p.c., essendo essa deputata alla sola precisazione e modificazione di quelle già formulate) laddove siano “conseguenza della domanda riconvenzionale o delle eccezioni proposte dal convenuto”, secondo quanto disposto dall'art. 183 comma 5° c.p.c.

richiedono allegazioni particolari e che comunque risultano dalla documentazione prodotta e ben specificata nell'elenco allegato all'atto di citazione. Nella fattispecie, alcun documento concernente il danno da perdita della capacità lavorativa specifica risulta prodotto con l'atto di citazione, mentre risultano ivi indicate sotto la voce "spese mediche" una serie di ricevute di somme per prestazioni sanitarie, la cui produzione non può che trovare giustificazione nella volontà di vederle rimesse.

In definitiva, l'unico danno patrimoniale sul quale questo giudice può dirsi avere cognizione, in quanto la relativa domanda può ritenersi implicitamente formulata già in atto di citazione, è quello consistente negli esborsi sostenuti per spese mediche.

Le spese documentate devono essere liquidate nella misura, indicata dal C.T.U., di € 571,90, alla quale va aggiunta la spesa di € 116,50 per test neuropsicologico sostenuta il 10.3.2021, quando erano decorsi i termini per le produzioni documentali, sicché l'attore deve essere rimesso in termini nell'effettuazione della produzione stessa (la relativa istanza deve ritenersi implicitamente formulata).

Il totale per tale titolo è quindi pari ad € 688,40, somma che deve essere rivalutata dalla data dei rispettivi esborsi fino alla data della sentenza nonché maggiorata degli interessi compensativi come in precedenza evidenziato.

Le spese di lite sono liquidate come da dispositivo avuto riguardo ai valori parametrici medi di cui al D.M. n. 55/2014.

In proposito, si rileva che la nozione di soccombenza reciproca, che consente la compensazione parziale o totale delle spese processuali, sottende, anche in relazione al principio di causalità, una pluralità di domande contrapposte, accolte o rigettate, che si siano trovate in cumulo nel medesimo processo fra le stesse parti, ovvero l'accoglimento parziale dell'unica domanda proposta, allorché essa sia stata articolata in più capi e ne siano stati accolti uno o alcuni e rigettati gli altri, ovvero una parzialità dell'accoglimento anche meramente quantitativa, riguardante una domanda articolata in unico capo (cfr., *ex multis*, Cass. civ. Sez. VI - 5 Ord., 14.10.2020, n. 22132).

Nella specie, l'attore ha visto la domanda accolta in misura sensibilmente inferiore a quanto richiesto (inizialmente, € 169.559,00 e, quindi, più del doppio di quanto accertato in giudizio) e, pertanto, si reputa equa la condanna della convenuta alla rifusione delle spese nella limitata misura dei due terzi, con compensazione tra le parti della residua frazione.

Le spese di C.T.U. devono essere poste a carico della parte convenuta nella misura dei due terzi ed a carico dell'attore in quella di un terzo dell'importo come liquidato.

P.Q.M.

il Tribunale di Pavia, definitivamente pronunciando:

1. dichiara tenuta e condanna la convenuta Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo al pagamento in favore dell'attore D. R., a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, dell'importo risultante dalla devalutazione al 13.6.2016 della somma di € 75.334,50 e la successiva rivalutazione fino alla data della presente sentenza, oltre interessi compensativi come in motivazione e interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo;

2. dichiara tenuta e condanna la convenuta Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo al

pagamento in favore dell'attore D. R., a titolo di risarcimento del danno patrimoniale consistente in esborsi per spese mediche, della somma di € 688,40, oltre rivalutazione monetaria ed interessi compensativi come da motivazione ed interessi legali dalla data della presente sentenza al saldo;

3. dichiara l'inammissibilità della domanda di risarcimento del danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica, in quanto tardivamente formulata;

4. condanna la convenuta Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo alla rifusione in favore dell'attore D. R. dei due terzi delle spese di lite, che liquida già in tale frazione, per compenso di difensore, in complessivi € 8.950,00, oltre 15% spese generali, C.P.A. ed I.V.A. come per legge, disponendone la distrazione in favore dei difensori antistatari ex art. 93 c.p.c. e dichiarando integralmente compensata la residua frazione di un terzo.

Così deciso in Pavia il 17 gennaio 2022.

Il Giudice  
Dott. Luciano Arcudi