

CORTE DEI CONTI – Sez. Giur. Puglia – sentenza n. 706 del 18 ottobre 2018

IPERPRESCRIZIONE DEL MEDICO E DANNO ERARIALE

La Corte dei Conti della Puglia ha delineato il quadro d'insieme della responsabilità erariale da prescrizione farmaceutica incongrua. Il medico paga se prescrive farmaci fuori nota, con modalità off-label e senza dovuti approfondimenti diagnostici. Questa è l'opinione espressa nella sentenza n. 706 del 18/10/2018 che ha condannato il medico di famiglia a rifondere allo Stato la somma di euro 23.827,16 euro in relazione alla prescrizione in nota 42 del principio attivo "disodio clodronato".

Il medico di famiglia è responsabile anche per le prescrizioni suggerite, affermano i giudici, anche nel caso in cui il medico "suggeritore" sia uno specialista. Quando emette una ricetta, lo specialista deve specificare le ragioni di erogabilità a carico del Ssr, con l'indicazione della nota Aifa di riferimento, che va indirizzata, poi, al medico di base.

LA CORTE DEI CONTI - SEZIONE GIURISDIZIONALE REGIONALE PER LA PUGLIA

composta dai seguenti magistrati:

Dott. Mauro Orefice	- Presidente
Dott. Pasquale Daddabbo	- Consigliere
Dott. Aurelio Laino	- Consigliere relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio per responsabilità amministrativa iscritto al n. 33579 del registro di segreteria, promosso dalla Procura Regionale della Corte dei conti per la Regione Puglia nei confronti di:

F.G., nato (*omissis*), (c.f.: *omissis*), rappresentato e difeso dall'avv. Antonio Faconda, presso il cui studio è elettivamente domiciliato in Bari, alla p.zza Diaz, n. 11.

Visto l'atto di citazione depositato il 24.07.2017 presso la segreteria di questa Sezione Giurisdizionale;

esaminati gli atti e i documenti di causa;

uditi, nella pubblica udienza del 4 aprile 2018, il relatore, Cons. Aurelio Laino, la Procura regionale, in persona del V.P.G. Antonio D'Amato e l'avv. Faconda, per il convenuto.

FATTO

Con nota n. 225257 del 22.10.2013, il Direttore Generale dell'ASL BA segnalava un'ipotesi di danno erariale riveniente dalla prescrizione di farmaci, usati in maniera non conforme all'impiego autorizzato (c.d. *off label*), con fruizione di esenzione non spettante, da parte del dr. G.F., medico di medicina generale nell'ambito del Distretto Socio Sanitario n. 2 di Ruvo di Puglia.

In particolare, a seguito di accertamenti amministrativi svolti dalla precitata Azienda, si sarebbe rilevata la protratta e risalente utilizzazione, da parte del predetto sanitario, di alcuni farmaci, basati sul principio attivo del disodio clodronato, per una patologia (quale sospetta osteoporosi

non confortata da esami diagnostici), diversa da quella indicata nella scheda tecnica approvata dall'agenzia del farmaco (vale a dire, osteolisi tumorali, mieloma multiplo, iperparatiroidismo, ecc.).

Ha, infatti, segnalato l'ASL che il dr. F. avrebbe aggirato le prescrizioni sui farmaci *off-label*, apponendo sulle ricette la c.d. "nota 42", sempre approvata dalla predetta agenzia, pur in assenza delle condizioni morbose previste dalla cennata disposizione ministeriale, a tenore della quale il farmaco rimane a carico del SSN laddove il paziente soffra del morbo di Paget, ovvero di lesioni osteolitiche da metastasi ossee o di mieloma multiplo, accertandosi che diversi pazienti in cura presso costui non avevano diritto a tale esenzione in quanto non portatori delle gravi patologie dapprima citate.

Esponde la Procura che, a seguito di tale segnalazione, si è proceduto agli opportuni approfondimenti istruttori, soprattutto sul versante riguardante la quantificazione del danno erariale: interessato, a tal fine, il Distretto Socio Sanitario 2, tale ufficio ha trasmesso gli esiti ispettivi con nota 139482/1 del 15.07.2016, corredata da allegati, da cui si desume che già nell'aprile del 2013 era stata effettuata una verifica delle prescrizioni redatte dal convenuto relative ai farmaci con nota AIFA 42 (Clody fl. 300 endovena e Difosonal 300 ml. endovenosa), per il triennio 2009-2011.

L'esito di quella verifica, svolta dal Direttore dell'Area Farmaceutica Territoriale dell'ASL BA, aveva dato atto che vari pazienti erano in possesso di svariate esenzioni, ma non quella di cui alla precitata nota.

L'inutile accollo del costo dei farmaci prescritti dal dr. F. a carico del SSN conseguente a tale illegittime esenzioni è stato, quindi, quantificato in € 47.654,25.

Esso, a parere della Procura, rappresenterebbe un danno erariale di cui dovrebbe rispondere l'odierno convenuto, nella veduta qualità, il quale, con sciente volontà, avrebbe prescritto farmaci in esenzione a pazienti che non ne avevano diritto.

All'uopo, l'attore pubblico richiama l'analitica elencazione dei casi contestati contenuta sia nella documentazione allegata alla nota prot. n. 139482/1 del 15.07.2016 del Distretto SS n. 2, sia nella più recente nota prot. n. 7964 del 16.01.2017, resa a seguito di ulteriore attività istruttoria della Procura.

Sostiene il requirente contabile come, alla luce dell'attività istruttoria svolta, sia indiscutibile che il F. si sia reso responsabile, a titolo doloso, del danno in questione, collegabile eziologicamente all'illegittima attività di prescrizione più sopra descritta che, per come realizzatasi, rivelerebbe la volontà di riconoscere un illecito regime di favore ai suoi pazienti, in assenza delle condizioni legittimanti l'esenzione sanitaria.

Costitutosi ritualmente con apposita comparsa di difesa del 2.01.2018, il convenuto ha – in via principale - proposto istanza di definizione abbreviata del giudizio ex art. 130 c.g.c., subordinatamente eccependo:

- l'intervenuta prescrizione dell'azione erariale;
- la nullità della citazione per indeterminatezza del danno prospettato;
- la corresponsabilità nell'illecito, a titolo di omesso controllo gravemente colposo, dei titolari delle farmacie spendenti le ricette illecite e dei responsabili del Distretto Sanitario.

Ha, dunque, concluso per la declaratoria di inammissibilità/nullità della domanda, ovvero per il rigetto della stessa nel merito, ovvero ancora - in via più gradata - per la riduzione percentuale della somma da risarcirsi, anche in applicazione del potere riduttivo dell'addebito.

All'esito della camera di consiglio del 26.01.2018 il Collegio ha accolto, con decreto n. 2 del 5.02.2018, l'istanza di rito abbreviato, anche alla luce del favorevole parere emesso dalla Procura, rinviando la trattazione della causa per la data del 4.04.2018.

A tale udienza, constatato il mancato pagamento della somma indicata in decreto, il giudizio è stata discusso, col rito ordinario, nel merito, ove le parti si sono riportate ai propri atti, insistendo per l'accoglimento delle relative conclusioni.

DIRITTO

L'azione risarcitoria promossa dalla Procura regionale è fondata. Va premesso che sia la questione pregiudiziale di rito concernente la nullità/indeterminatezza della citazione, sia quella preliminare di merito concernente l'eccezione di prescrizione dell'azione di responsabilità, sulle quali si impernia buona parte della difesa del convenuto - ed evidentemente decise in senso sfavorevole a quest'ultimo - verranno trattate unitamente al resto della causa, stante l'intima connessione dei vari aspetti da affrontarsi che presuppongono talune precisazioni iniziali.

Ai fini di una migliore comprensione della vicenda che ne occupa, invero, appare opportuno un breve *excursus* normativo sulla erogazione a carico del SSN dei farmaci e, segnatamente, di quelli *off label*.

La definizione di farmaco *off label* si ricava, implicitamente, dall'art. 1, comma 4, l. 648/96, nel testo *illo tempore* vigente, secondo cui “(...) sono erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, (...) i (...) i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, inseriti in apposito elenco predisposto e periodicamente aggiornato dalla Commissione unica del farmaco (ora agenzia Italia per il farmaco: n.d.r.) conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa.”. Dunque, la condizione legittimante l'esonero del paziente dal pagamento di farmaci impiegati al di fuori dal loro normale utilizzo è la loro inclusione in un determinato elenco predisposto e aggiornato dall'AIFA.

Va, parimenti rammentato che, in base all'art. 1, comma 4, l. n. 425/96, è compito precipuo delle AASSLL curare l'informazione e l'aggiornamento del medico prescrittore nonché i controlli obbligatori, basati su appositi registri o altri idonei strumenti, necessari ad assicurare “...che la prescrizione dei medicinali rimborsabili a carico del Servizio sanitario nazionale sia conforme alle condizioni e alle limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e che gli appositi moduli del Servizio sanitario nazionale non siano utilizzati per medicinali non ammessi a rimborso.”.

Qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto un medicinale senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'azienda sanitaria locale, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, informa del fatto l'ordine al quale appartiene il sanitario, nonché il Ministero della salute, per i provvedimenti di rispettiva competenza. Il medico è, peraltro, tenuto a rimborsare al SSN il farmaco indebitamente prescritto.

Entro la cornice delle richiamate disposizioni statali vanno, poi, esaminate quelle promulgate dalle singole Regioni che, com'è noto, hanno potestà legislativa concorrente, ex art. 117 Cost., in materia sanitaria. In particolare, ai fini che qui interessano, la Regione Puglia adottò, al tempo dei fatti di causa, il regolamento regionale n. 17/2003, recante “*Linee guida sulle modalità prescrittive e indirizzi per l’appropriatezza delle prestazioni.*”, destinato a disciplinare dettagliatamente i doveri del medico prescrittore circa l’utilizzo dei medicinali con oneri a carico del SSR. Secondo tali linee guida, la prescrizione farmaceutica è necessariamente ed esclusivamente redatta, sull’apposito ricettario regionale (c.d. “rosso”), dal medico di medicina generale, sicché la (proposta di) prescrizione effettuata da medico ospedaliero o specialista privato (o in regime di assistenza specialistica), dovrà necessariamente specificare la sua eventuale erogabilità a carico del SSR, con la indicazione della nota CUF (ora AIFA) di riferimento (cfr. linee guida, cit., punti nn. 1-2), ed essere indirizzata, poi, al medico di base.

Obbligo del medico curante è verificare la corrispondenza tra la diagnosi e le limitazioni prescrittive emanate dall’AIFA, eventualmente modificando la prescrizione o non prescrivendo i farmaci la cui scelta e/o posologia contraddica siffatte indicazioni di appropriatezza prescrittiva (punto n. 8, delle linee guida). Tali disposizioni sono importanti ai fini della decisione della presente controversia, come vedremo di qui a poco, consentendo di chiarire che l’apposizione, da parte del medico di base, delle note AIFA, presuppone necessariamente il riscontro di una patologia rientrante tra quelle ivi previste da parte di un medico *specialista*, il quale indicherà egli stesso la pertinente nota che verrà poi riportata dal medico di medicina generale sulla ricetta “rossa”, successivamente esibita dal paziente in farmacia e da questa spedita al settore farmaceutico di riferimento.

Specifica chiaramente, infine, il punto n. 9 delle precitate linee che i farmaci di classe A – ossia quelli normalmente a carico del SSN (cfr. art. 8, commi 10 e 14, l. n. 537/93) – in caso di indicazioni non ricomprese nelle note AIFA, debbono essere prescritte sul ricettario *personale* (non regionale), da ciò discendendo che qualsiasi prescrizione al di fuori delle limitazioni stabilite dalla predetta agenzia può essere effettuata dal sanitario, in scienza e coscienza e previo consenso informato del paziente, unicamente con oneri a totale carico di quest’ultimo. Ciò, del resto, in perfetta coerenza col richiamato quadro normativo nazionale.

Completano, poi, il regime riguardante l’esonero dalla contribuzione alla spesa sanitaria dell’assistito, gli artt. 2 e 4, D.M. n. 329/99, recante norme regolamentari di individuazione delle malattie croniche e invalidanti per le quali si è esentati dalla partecipazione al costo dei farmaci (e degli accertamenti diagnostici) e/o della quota fissa stabilita dalle Regioni per singola ricetta (c.d. *ticket* sanitario), in ossequio all’art. 5, d.lgs. n. 124/98. In particolare:

- l’elenco delle condizioni e delle malattie che danno diritto all’esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria sono elencate nell’allegato al regolamento medesimo;
- per consentire l’identificazione univoca delle condizioni e delle malattie ai fini dell’esenzione, a ciascuna malattia e condizione è associato uno specifico codice identificativo;
- per ciascuna condizione e malattia l’allegato elenca le prestazioni di assistenza sanitaria appropriate ai fini del relativo monitoraggio e della prevenzione degli ulteriori aggravamenti e tali

prestazioni sono da erogarsi in esenzione dalla partecipazione al costo agli aventi diritto, così come sono, altresì, indicate le prestazioni di assistenza sanitaria da erogarsi agli aventi diritto in regime di esenzione dal pagamento della c.d. quota fissa (stabilita dall'art. 3, comma 9, d.lgs. n. 124/1998).

- ai veduti fini, l'ASL di residenza dell'assistito riconosce il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo sulla base della certificazione attestante la specifica condizione o malattia indicata nell'elenco di cui sopra;

- la certificazione deve essere rilasciata necessariamente alle AASSLL, dalle aziende ospedaliere, mentre l'ASL rilascia a ciascun assistito avente diritto un attestato di esenzione, che reca in forma codificata l'indicazione della condizione o della malattia per la quale è riconosciuto il diritto all'esenzione.

Chiarito quanto sopra, è a dirsi come dalla documentazione versata in atti dalla Procura, e dapprima brevemente richiamata, sia emerso che il dr. F. effettivamente ha prescritto farmaci c.d. *off label* a carico del SSR in assenza delle condizioni legittimanti, ossia trattando con tali medicinali pazienti cui non era stata diagnosticata – si badi, necessariamente da medico *specialista*, come innanzi chiarito - una delle patologie contemplate dalla nota AIFA n. 42 (morbo di paget; particolari neoplasie ossee, ecc.), né per patologie che, seppur non contemplate nella precitata nota, fossero, però, quantomeno inserite nell'elenco speciale di cui al cennato art. 1, comma 4, l. n. 648/96.

Sicché mancavano le condizioni di legge per l'erogazione a carico del SSN, per l'intero importo, dei farmaci prescritti illecitamente apponendo sul ricettario regionale la precitata nota. La tipologia di specialità medicinale in questione e i pazienti indebitamente favoriti sono più dettagliatamente riportati in atti (cfr. note prot. nn. 139482/1 del 15.07.201 e 7964 del 16.01.2017, cit.). Costoro, invero, pure se e laddove rientranti in una delle categorie previste dai cennati artt. 2 e 4, D.M. n. 329/99 (per tale motivo più sopra riportati), non soffrivano, però, di patologie che consentissero loro di essere esentati dal costo dei farmaci prescritti dal F., basati sul veduto principio attivo.

Tale condotta di c.d. “inappropriatezza prescrittiva”, determinando, quale causa efficiente, il non dovuto accollo del costo del farmaco a carico delle pubbliche finanze, ha certamente generato il danno erariale per cui si è agito in questa sede e per l'esatto importo calcolato dal Settore farmaceutico, posto che per tutte le prescrizioni s'è acclarato non esservi alcuna delle precitate condizioni alternative idonee a legittimare l'apposizione della “nota 42”.

Né, dissentendosi circa i criteri di riparto dell'*onus probandi* da quanto sostenuto dal convenuto - che, all'uopo, richiama un'isolata decisione di prime cure di altro giudice, peraltro non ancora confermata in appello e, comunque, non condivisa da questo Collegio - costui s'è peritato di dimostrare che, per talune delle ricette incriminate, relative al periodo 2009-2011, sussistessero le vedute condizioni di erogabilità a carico del SSN, a tal fine fornendo almeno un principio di prova idoneo a mettere in dubbio la perentoria affermazione del Settore farmaceutico circa l'assenza delle suddette condizioni e consentendo, così, a questa Sezione di disporre d'ufficio gli opportuni approfondimenti istruttori di natura tecnica.

In particolare, e per venire ad alcune delle principali obiezioni mosse dalla difesa del F., nessun rilievo può assumere l'asserita compatibilità con la veduta patologia (morbo di Paget) dei sintomi riscontrati sui suoi pazienti dal predetto sanitario, nell'espletamento della sua attività di medico di base qui sindacata, posto che - come chiarito - la rimborsabilità a carico del SSR del farmaco necessita di una specifica diagnosi di esclusiva competenza del medico *specialista*, qui mancante in tutti i casi analizzati.

Il predetto medico, dunque, in presenza delle altre condizioni sull'utilizzo dei farmaci *off label* - primo tra tutti il consenso informato (che, nella specie, egli ha dimostrato essere stato fornito) - poteva sì prescrivere gli stessi per patologie non accertate dallo specialista, ma solo con oneri a intero carico del paziente.

Per venire, poi, all'eccezione di prescrizione sollevata dal F., è a dirsi come la tesi prospettata, circa l'assenza di attività dolosamente occultatrice del danno, non convinca. Va, all'uopo, premesso che la prescrizione su ricettario regionale (c.d. "rosso"), effettuata dal medico di base, è certificazione a valenza pubblicistica fidefaciente a tutti gli effetti, in quanto svolta da soggetto avente qualifica di pubblico ufficiale in ragione della compartecipazione all'attività di amministrazione attiva del SSN (*ex plurimis*, Cass. pen. n. 35836/2007).

È proprio in ragione di ciò, del resto, che il medico di medicina generale, pur essendo un professionista privato (solo esternamente) convenzionato con l'ASL, risulta sottoposto alla giurisdizione contabile, ex art. 52, t.u.C.d.c., sussistendo un occasionale rapporto di servizio tra costui e l'amministrazione sanitaria *lato sensu* intesa.

L'apposizione sul suddetto ricettario di una nota AIFA (nella specie: la n. 42), nella consapevolezza dell'assenza delle condizioni legittimanti, integra, dunque, una *immutatio veri* idonea ad occultare il danno erariale conseguente a tale illecita condotta. Poiché, infatti, siffatta indicazione è possibile solo in relazione a ben precise circostanze presupposte (la ricordata esistenza di una delle patologie previste dalla nota, diagnosticata dallo specialista o l'inclusione della diversa patologia nell'utilizzo *off label* autorizzato), appare evidente come l'averla compiuta in assenza di queste ultime comporti un "raggiro" dei competenti organi del SSR deputati al controllo delle ricette, volto ad agevolare il paziente.

Si presuppone, invero, che dietro quella prescrizione vi sia un certificato dello specialista che abbia diagnosticato a quel paziente quella patologia che consente l'inclusione in nota 42 (o nell'elenco dei farmaci *off label* autorizzati).

Solo attraverso una defatigante verifica incrociata dei dati riguardanti i pazienti e le prescrizioni è possibile, invero - com'è accaduto proprio nella specie - scoprire l'illecita apposizione, che risulta, quindi, occultata per tutto il tempo necessario a scoprirla. Questo caso è, diverso, ad esempio, per rendere meglio il pensiero, dalla semplice prescrizione, a carico del SSR, di farmaci in quantità superiore al consentito, posto che, in tale ipotesi, emerge *ictu oculi*, tramite il mero raffronto tra la specialità medicinale prescritta e la posologia indicata in nota, l'errore iperprescrittivo, tale da non integrare gli estremi del doloso occultamento rilevante ai fini prescrizionali, ex art. 1, comma 2, l. n. 20/94.

Non essendo trascorso un quinquennio tra la scoperta (nel 2013), da parte dell'autorità sanitaria preposta alle verifiche di cui all'art. 1, comma 4, l. n. 425/96, dell'inappropriatezza prescrittiva

contestata al convenuto e la notifica a costui dell'invito a dedurre, da parte della Procura (anno 2017), l'eccezione in parola deve essere, pertanto, respinta.

Per lo stesso motivo - e per venire alle altre argomentazioni difensive spese dal convenuto - non v'è neanche il paventato concorso (omissivo colposo) nell'illecito da parte dei farmacisti spendenti le ricette compilate dal F., in ragione dell'assenza su di esse della dicitura di patologie pertinenti alla predetta nota. Tale requisito formale non è, invero, previsto da alcuna norma di legge o regolamentare, né da prassi amministrativa consacrata in circolari, direttive, ecc. (o, perlomeno, le stesse non sono state esibite in giudizio, pur essendo necessariamente oggetto di prova, non operando, in tal caso, il principio dello *iura novit curia*), risultando bastevole la menzione della nota AIFA di riferimento, laddove solo una riscontrata posologia diversa da quella preveduta dalla precitata nota avrebbe potuto involgere la responsabilità di costoro.

Parimenti è a dirsi con riguardo ai funzionari del Settore farmaceutico regionale che, anzi, proprio svolgendo diligentemente i loro compiti di controllo, hanno consentito di scoprire (si intende, nei tempi consentiti dal raggio), la reiterata e perdurante irregolarità prescrittiva foriera del danno erariale.

La citazione in giudizio del convenuto non è, poi, nulla per indeterminata enucleazione delle condotte contestate e del danno: quest'ultimo, in particolare, è stato documentato mediante le attestazioni consacrate dai funzionari del Settore farmaceutico nelle vedute note e ad esse la Procura ha fatto rimando nel corpo della domanda giudiziale.

Come correttamente osservato dall'attore pubblico, invero, risulta *per tabulas* l'elenco delle prescrizioni mediche illecitamente poste a carico del SSN da parte del dr. F. nel triennio 2009-2011 (cfr. nota n. 14 dell'1.04.2016, di cui all'alleg. n. 2, relaz. ispettiva più sopra citata e versata in atti), compendiate, successivamente, dal Distretto Socio Sanitario n. 2, nella nota prot. n. 7964 del 16.01.2017.

Peraltro è a dirsi come la Procura, a seguito delle deduzioni fornite dall'indagato, aveva chiesto delucidazioni in merito al precitato Distretto, il quale, a sua volta, con nota prot. n. 127334 dell'1.06.2017, precisava che "...il conteggio per la determinazione del danno erariale di cui alla nota n. 7964 del 16 gennaio 2017 è stato effettuato dalla dott.ssa Francesca Romana Cipriani, giusta nota n. 14/2016...", dando così conferma della corretta quantificazione del danno. A fronte di ciò, solo una analitica contestazione, per singole prescrizioni determinanti il documento, da parte del convenuto – nella specie del tutto mancante - avrebbe reso meritevole un sindacato, da parte del Collegio, circa i criteri determinativi del *quantum debeatur*.

Le condotte poi sono ben delineate, sebbene nei termini generali che il caso imponeva, dandosi per implicita la medesima irregolarità per tutte le ricette verificate nel triennio, come del resto si evince dalla richiesta risarcitoria, coerentemente impostata sull'intero importo di tutti i farmaci erogati nel periodo contestato. Il presunto responsabile è stato, in definitiva, perfettamente in grado di difendersi dalle accuse mossegli, rispettandosi il principio del contraddittorio (art. 4, c.g.c.) e la *ratio legis* insita nella sanzione processuale stabilita dai commi 3 e 6 dell'art. 86, c.g.c..

Alla luce delle superiori motivazioni, il F. andrà, dunque, condannato per l'illecito qui contestato. Tuttavia, sussistono giuste ragioni per abbattere, ex art. 52, t.u.C.d.c., alla metà il danno ad-

dossatogli dalla Procura – che, peraltro, aveva già dato parere favorevole sul rito abbreviato, per un importo anche superiore - stante le comprensibili intenzioni curative e non speculative da costui mostrate nell'occasione: l'importo così determinato, pari € 23.827,16, è da ritenersi, per il medesimo motivo, già comprensivo della rivalutazione monetaria.

Le spese di giudizio, liquidate in dispositivo, seguono la soccombenza e vengono, pertanto, poste a carico del convenuto.

P.Q.M.

la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Puglia, definitivamente pronunciando nel giudizio di responsabilità amministrativa iscritto al n. 33579 del registro di segreteria, disattesa ogni contraria istanza, eccezione o deduzione, accoglie parzialmente la domanda attorea e, per l'effetto,

CONDANNA

F.G., come sopra meglio generalizzato, al pagamento dell'importo di € 23.827,16 (euro ventitremilaottocentoventisette/16), oltre interessi legali dalla data di pubblicazione della presente sentenza fino al soddisfo.

Liquida le spese del giudizio da porsi a carico a carico del convenuto soccombente in complessivi € 345,77.

Manda alla segreteria per le comunicazioni di rito alle parti costituite.

Così deciso in Bari, nelle camere di consiglio del 4 aprile e del 31 maggio 2018.

Il Relatore-Estensore
(f.to Aurelio Laino)

Il Presidente
(f.to Mauro Orefice)

Depositata in segreteria il 18/10/2018

Il Funzionario
(f.to Dott. Francesco Gisotti)