



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI TORINO
SEZIONE TERZA CIVILE**

Composta dai Sigg. Magistrati

dott.ssa Rossana ZAPPASODI

Presidente

dott.ssa Anna BONFILIO

Consigliere

dott.ssa Maria Gabriella RIGOLETTI

Consigliere rel.

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. 1206/2023 R.G. promossa da:

Parte_1 (**già anche** *Pt_2*), in persona del Direttore pro tempore, dott. *Parte_3*, rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] in forza di procura allegata alla busta telematica contenente l'atto d'appello, elettivamente [REDACTED] presso lo studio del proprio difensore

APPELLANTE

Contro

Controparte_1 (*C.F._1*), rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] in forza di procura allegata alla comparsa di costituzione in appello, elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore in Prato, [REDACTED] 1

APPELLATA

OGGETTO: Appello avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. emessa dal Tribunale di Ivrea in data 07/08/2023

- **Responsabilità sanitaria**

CONCLUSIONI

Per parte appellante:

“Piaccia all'Ecc.ma Corte di Appello adita, ed al sig. designando Consigliere relatore e istruttore per quanto di Sua competenza, contrariis reiectis, così giudicare:

IN VIA PRELIMINARE:

Alla luce delle considerazioni richiamate in atti, nonché considerando il peso delle valutazioni cliniche del dr. **Persona_1** consulente specialista medico neurochirurgo di parte appellante; voglia **disporre la rinnovazione della Consulenza tecnica** medico legale di Ufficio, ai sensi della L. 24/2017, con altro e diverso Collegio peritale al fine di poter esaustivamente e motivatamente determinare la sussistenza o meno della contrazione della meningite di natura batterica o virale, nonché di determinare la sussistenza o meno tra la meningite e i postumi permanenti accertati sulla signora **CP_1**, avendo cura di valutare l'eventuale contributo causale o concausale degli interventi chirurgici eseguiti presso la **Controparte_2** a decorrere da luglio 2007; nonché al fine di rideterminare l'entità del danno biologico temporaneo e permanente secondo le osservazioni espresse nel presente atto di appello.

NEL MERITO:

In accoglimento dei motivi di appello e in riforma dell'ordinanza conclusiva ex art. 702 ter c.p.c. pronunciata dal Tribunale di Ivrea, resa nel procedimento sommario ex art. 702 bis c.p.c. n. 1573/2023 depositata in data 07.08.2023 e notificata in data 31.08.2023

- 1) in via principale, rigettare la domanda attrice come formulata per assenza di qualsiasi responsabilità ascrivibile ai sanitari e/o alla struttura ospedaliera della **Pt_4** ;
- 2) Dichiararsi, quindi, la carenza di obbligazione dell'appellante in relazione ai capi di condanna del provvedimento impugnato e condannarsi l'appellata alla restituzione delle somme corrisposte in osservanza del suddetto provvedimento ovvero della somma di euro Euro 1.506.341,92 a titolo di capitale ed euro 66.015,34 per le spese legali rifuse per il procedimento di accertamento tecnico d'ufficio e per il giudizio di merito ex art. 702 bis c.p.c.; nonché in ultimo la somma di euro 8.553,42 per le spese di CTU rifuse ;
- 3) condannare l'appellata alla integrale rifusione, in favore della **Pt_4** delle spese e competenze del presente giudizio nonché dei precedenti procedimenti di 1^a grado ovvero del procedimento ex art. 702 bis c.p.c. e di ATP ex art. 696 bis c.p.c.;

NEL MERITO IN VIA SUBORDINATA

in via del tutto gradata e subordinata, in riforma dell'impugnata sentenza, nella denegata ipotesi di conferma dell'accoglimento, anche solo parziale, della domanda della signora **CP_1** sull'an debeat, rideterminare in riduzione il risarcimento del danno liquidato alla stessa per tutte le ragioni esposte nonché per quelle ancora esponende nel corso del giudizio; in particolare per ciò che concerne

il riconoscimento delle somme liquidate a titolo di personalizzazione del danno non patrimoniale nonché in accoglimento del terzo motivo di appello rideterminando il termine di decorrenza degli interessi legali ovvero delle somme che verranno ritenute di Giustizia, conseguentemente, condannare l'appellata signora CP_1 in accoglimento dei motivi di appello, alla restituzione alla Pt_4 [...] della somma di euro 273.381,00 ricevuta a titolo di danno non patrimoniale nonché della somma di euro 277.029,58 a titolo di interessi non dovuti ; ovvero delle somme che verranno ritenute di Giustizia con condanna dell'appellata alla restituzione di tutte quelle maggiori somme corrisposte rispetto a quanto effettivamente dovuto.

Con rifusione delle spese e competenze di lite per entrambi i gradi di giudizio.

NEL MERITO IN VIA DI ULTERIORE SUBORDINE

Nella non creduta ipotesi di accoglimento parziale della domanda attrice con riduzione del quantum debetur, compensare le spese giudiziali tra tutte le parti relativamente al presente giudizio nonché alla fase di accertamento tecnico preventivo e del procedimento ex art. 702 bis c.p.c., per tutte le ragioni esposte.”

Per parte appellata:

“L'Ecc.ma Corte d'Appello di Torinovoglia, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione reietta:

IN TESI: respingere l'appello in quanto infondato in fatto e in diritto per i motivi sopra indicati. Con vittoria di spese e competenze professionali.

IN IPOTESI accertare e dichiarare la responsabilità di Pt_4 nel fatto oggetto di causa ed accertare e quantificare il danno non patrimoniale, inteso nelle voci descrittive di pregiudizio biologico, morale, esistenziale e comunque relativo alle lesioni di interessi costituzionalmente garantiti in favore della ricorrente Sig.ra Controparte_1, il tutto oltre interessi (interessi da maggiorarsi ex art. 1284 c IV c.c. dal momento del deposito del ricorso ex art.696 bis c.p.c) da calcolare sulle somme devalutate alla data del sinistro e annualmente rivalutate, ovvero nella somma che sarà ritenuta di giustizia secondo una valutazione equitativa autonoma e personalizzata, alla luce della CTU versata in atti.

IN OGNI CASO: Con vittoria di spese e competenze professionali.

IN VIA ISTRUTTORIA: la difesa della sig.ra CP_1 si oppone alla richiesta di rinnovazione della Consulenza tecnica medico legale di Ufficio richiesta dall'appellante per i motivi dedotti in atti.”

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

1.Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato dinanzi al Tribunale di Ivrea in data 20/05/2022 [...]

Controparte_1 agiva nei confronti della Pt_2 chiedendo che ne fosse accertata la responsabilità per il comportamento negligente, imprudente e imperito tenuto nella fase

pre-operatoria e nell'esecuzione del parto cesareo avvenuto in data 15/12/2002 presso l' [REDACTED] e che, conseguentemente, l'^{Parte} [REDACTED] convenuta fosse condannata al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali riportati, in quanto, per effetto della meningite batterica contratta in occasione della procedura di anestesia spinale, a distanza di tre anni dall'intervento, aveva sviluppato una sintomatologia neurologica, che aveva poi condotto alla diagnosi di cisti aracnoidea spinale midollare, evoluta nel corso del tempo, e, nonostante i numerosi interventi chirurgici cui si era sottoposta, aveva condotto ad un grave esito invalidante, sfociato in una paraplegia spastica con vescica neurologica, con un'invalidità permanente dell'85%.

Si costituiva in giudizio l' *Parte_1* [REDACTED], la quale, oltre a contestare la procedibilità della domanda e l'utilizzabilità della consulenza tecnica medico-legale espletata nel corso dell'ATP, che aveva preceduto l'instaurazione del giudizio di merito, chiedeva di essere autorizzata a chiamare in giudizio la compagnia assicuratrice presso la quale era all'epoca assicurata per l'evento oggetto del giudizio, e cioè la *Controparte_3* [REDACTED] in co-delega con la *Controparte_4* [REDACTED] e con [REDACTED] nonché il [REDACTED] di cui la *Controparte_2* [REDACTED] è presidio ospedaliero, sull'assunto che la causa dell'invalidità dovesse essere attribuita ai ripetuti trattamenti chirurgici dell'aracnoidite, cui la *CP_1* [REDACTED] sia era sottoposta presso la *Controparte_2* [REDACTED].

Nel merito, l' *Parte_1* [REDACTED] convenuta sosteneva che l'operato dei suoi sanitari doveva andare esente da censure; che non era stata accertata l'origine della meningite, se batterica o virale; che, in ogni caso, la meningite si era favorevolmente risolta, nonostante il ritardo nella sua diagnosi; che solo dopo i trattamenti chirurgici eseguiti a partire dal luglio del 2007, per trattare la cisti aracnoidea, le condizioni della paziente erano peggiorate; che il solo fatto di avere contratto un'infezione in ambiente ospedaliero non era sufficiente a fondare la responsabilità dell'^{Parte} [REDACTED] visto che vi era stato un unico caso di meningite, a dimostrazione dell'attenzione posta ai protocolli antisepsi; che vi erano inoltre seri dubbi sull'esistenza del nesso causale tra l'infezione e il danno biologico permanente derivato alla *CP_1* [REDACTED].

2. Il Tribunale di Ivrea, dopo avere respinto, per ragioni di economia processuale le istanze di chiamata in causa dei terzi formulate dall' *Pt_2* [REDACTED] disattendeva l'eccezione d'improcedibilità della domanda e riteneva altresì utilizzabile la CTU eseguita nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c.

Quindi disposta un'integrazione della CTU, con ordinanza pronunciata in data 07/08/2023 il Tribunale, in accoglimento della domanda della ricorrente, condannava la *Pt_2* [REDACTED] a corrispondere a [...] *CP_1* [REDACTED] a titolo di danno non patrimoniale, la somma di € 1.170.898,00, oltre interessi dal 14/12/2002, da calcolarsi sulla sorte capitale svalutata a tale data e da rivalutarsi anno per anno secondo gli indici ISTAT fino alla data di deposito della sentenza, nonché a corrisponderle, a titolo di danno

patrimoniale, l'importo di € 14.640,00, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal 14/12/2002, con condanna altresì alla rifusione delle spese di lite e al pagamento delle spese di CTU.

Il Giudice di prime cure - sulla base della CTU svolta nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e dell'integrazione espletata nella fase di merito - ha ritenuto provato:

- con grado prossimo alla certezza che la meningite batterica sia stata contratta dalla CP_1 in occasione dell'anestesia spinale praticata presso [REDACTED] di Cuornè per affrontare il parto cesareo programmato;
- che tale patologia sia stata diagnosticata con ritardo dai sanitari [REDACTED] di Cuornè e che il ritardo diagnostico di per sé sia idoneo a peggiorare gravemente la prognosi;
- che sussista una correlazione causale tra l'infezione da meningite e l'insorgenza della cisti aracnoidea spinale, quale conseguenza di un'aracnoidite adesiva;
- che il lasso di tempo intercorso tra l'infezione e l'esordio della malattia, pur indubbiamente lungo, non sia incompatibile con l'esistenza del nesso causale, visti i dati presenti in letteratura, che documentano in alcuni casi un'insorgenza ancora più tardiva.

Ha quindi osservato il Tribunale come in tema di infezioni nosocomiali la responsabilità della struttura sanitaria non abbia natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva gravante sul paziente quanto alla contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di avere adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, concludendo tuttavia che nella fattispecie in esame tale prova liberatoria non era stata fornita dalla parte convenuta, poiché nulla aveva allegato, né offerto di provare circa i presidi di sicurezza o le misure precauzionali in concreto adottate all'epoca dei fatti, volte ad evitare l'infezione nosocomiale. L'assenza di qualsiasi indicazione al riguardo contenuta nella cartella clinica non poteva essere considerata giustificabile in considerazione dell'epoca risalente del ricovero, rappresentando una tale prospettazione un rovesciamento dell'onere della prova, ricadente sulla struttura sanitaria e avente natura contrattuale.

Accertata la responsabilità della struttura sanitaria, il Tribunale ha quindi riconosciuto il diritto al risarcimento del danno biologico permanente, quantificato dalla CTU, nella misura percentuale dell'85%, e al risarcimento del periodo di inabilità temporanea assoluta dal 2007 al 2011 indicato in 668 giorni.

La liquidazione del risarcimento per l'invalidità permanente è stato determinato in base alla Tabella del Tribunale di Milano del 2021, con applicazione della personalizzazione del valore punto nella misura massima prevista del 25%, e così nel complessivo importo di € 1.071.366,00; mentre il risarcimento per il periodo d'inabilità temporanea è stato quantificato, in base al valore massimo giornaliero previsto dalla Tabella (€ 149,00 al giorno), in € 99.352,00.

3. I motivi d'appello

Parte_5 censura l'ordinanza impugnata attraverso tre motivi d'impugnazione, il primo dei quali diretto a contestare l'accertamento della sua responsabilità, il secondo diretto a censurare i criteri applicati per la liquidazione del danno non patrimoniale ed infine il terzo motivo volto alla censura dei criteri utilizzati per il riconoscimento degli interessi legali.

Parte appellante chiede pertanto, in via principale, la reiezione delle domande proposte nei suoi confronti da **Controparte_1** o, in subordine, la riduzione della misura del risarcimento liquidato, con condanna dell'appellata alla restituzione di quanto ricevuto in più rispetto al dovuto, per effetto del pagamento eseguito dall' **Pt_2** in adempimento dell'ordinanza del Tribunale di Ivrea.

Con il primo articolato motivo d'appello l' **Parte_1** contesta sotto quattro distinti profili l'accertamento della sua responsabilità.

L'origine della meningite

È pacifico che **Controparte_1** ricoverata in data 14/12/2002 presso l' [REDACTED] sia stata sottoposta in data 15/12/2002 a taglio cesareo cervicale.

Per quanto risulta dalla cartella clinica dell' [REDACTED] la paziente a circa 12 ore dall'intervento iniziava ad accusare agitazione e disturbi visivi, oltre ad uno stato ansioso; anche in considerazione del fatto che la paziente già in precedenza soffriva di una sindrome ansioso depressiva, ed era in trattamento farmacologico per quel disturbo, veniva richiesta una consulenza psichiatrica e trattata con un antidepressivo e sedativi; alla visita psichiatrica del 16/12/2002 la **CP_1** presentava *“tremore a grandi scosse degli arti inferiori e fastidio ad aprire gli occhi”* e veniva confermata la precedente terapia farmacologica; la sera del 16/12/2002 veniva annotata una puntata febbrile a 39° e comparsa di cefalea frontale, cefalea che persisteva anche il giorno successivo, quando veniva richiesta una consulenza internistica, che rilevava come la paziente avesse anche una visione distorta degli oggetti, disturbo che veniva ancora una volta attribuito alla sindrome di tipo ansioso, per cui, al di là di un ipertensivo, veniva disposta la prosecuzione della terapia con ansiolitici; il giorno 19/12/2002 la paziente lamentava contrattura muscolare generalizzata e veniva quindi somministrato un placebo; sempre lo stesso giorno veniva eseguita una consulenza oculistica, che risultava negativa, e il successivo 20/12/2002 ricompariva febbre a 38,8°; il giorno 21/12/2002 compariva mialgia cervicale, quindi veniva prescritto un miorilassante ed iniziava anche la somministrazione di terapia antibiotica; il giorno 22/12/2002, persistendo lo stato febbrile, cefalea e mialgia cervicale, veniva richiesta una consulenza anestesiologicala- rianimatoria, che rilevava lieve rigidità della colonna cervicale e dolorabilità, quindi veniva modificata la terapia antibiotica; infine il 23/12/2002, e dunque in ottava giornata dall'intervento chirurgico, vi era una nuova consulenza internistica, che, rilevando rigidità

nucale, cervicalgia e febbre persistente, prescriveva una consulenza neurologica, oltre a modificare nuovamente la terapia antibiotica; il neurologo intervenuto provvedeva ad un prelievo del liquor, che appariva ematico, e, a seguito di esame di laboratorio, veniva posta diagnosi, presso lo stesso [REDACTED] di Cuorgnè, di meningite batterica.

Tale diagnosi veniva confermata nel corso del ricovero presso l' [REDACTED] presso il quale la CP_1, dopo il riscontro dell'infezione, veniva trasferita.

Parte appellante censura l'affermazione contenuta nell'ordinanza impugnata, circa l'origine batterica della meningite, osservando come l'esame eseguito presso l' [REDACTED] non abbia evidenziato la presenza di flora batterica. Pertanto, il primo Giudice avrebbe dato per accertato un fatto indimostrato, da cui ha poi fatto discendere l'origine nosocomiale dell'infezione.

La critica non è condivisibile.

Anzitutto va osservato come nel presente grado d'appello l'Pt_2 contesti una circostanza che nel corso del giudizio di primo grado non era stata posta seriamente in discussione.

L'Pt_2 si limitava infatti in quella sede ad evidenziare come non fosse stato identificato l'agente patogeno responsabile della diagnosticata meningite batterica (v. pag. 20 comparsa di costituzione), passando quindi ad argomentare in ordine al fatto che, quand'anche si fosse dato per assodato che la meningite batterica era stata contratta in occasione dell'intervento chirurgico, la responsabilità non avrebbe potuto essere addebitata ai sanitari.

In sede di osservazioni alla CTU espletata nel corso dell'ATP, il c.t.p. designato dall'^{Parte} [REDACTED] non ha affatto contestato le conclusioni cui sono pervenuti sul punto i cc.tt.uu., i quale in termini del tutto congrui e logici hanno indicato la ragione per cui l'esame del liquor, eseguito a distanza di alcuni giorni dall'inizio della terapia antibiotica, definita "empirica", impostata ancor prima della diagnosi presso l' [REDACTED] (con sostituzione dell'antibiotico e modifica del dosaggio per ben tre volte nell'arco di tre giorni), avesse comunque determinato un abbassamento della carica batterica, così da impedire la crescita del patogeno in coltura, secondo quanto riconosciuto anche dal dott. Per_1 c.t.p. dell'^{Parte} [REDACTED]

A pag. 20 della relazione di CTU viene precisato come *"la meningite contratta dalla donna è da ritenersi con altissima probabilità secondaria all'anestesia spinale che le è stata praticata e...su questo punto concordano con i Consulenti Tecnici d'Ufficio i Consulenti Tecnici di Parte sia di Parte Attrice che quelli di Parte Convenuta."*

Il dato rappresentato dalla diagnosi formulata dai sanitari di entrambi gli Ospedali, che ebbero in cura Controparte_1 - e che deve ritenersi essere stata espressa sulla base di quelli che erano in allora gli elementi di valutazione disponibili, e cioè le caratteristiche morfologiche dei campioni di liquido

cefalo-rachidiano prelevati ed esaminati - non può dunque essere inficiato dal rilievo in questa sede sollevato dalla parte appellante, circa il mancato riscontro dell'origine batterica dell'infezione da parte di una coltura eseguita a parecchi giorni di distanza dall'inizio della terapia antibiotica.

La responsabilità della struttura sanitaria per l'infezione nosocomiale.

Sostiene parte appellante che nel corso dell'ATP sia stata prodotta documentazione attestante un unico caso di meningite all'interno [REDACTED] di Cuorgnè, e cioè proprio quello della CP_1, a dimostrazione del fatto le misure di prevenzione delle infezioni erano concretamente attuate, e del resto la comunità scientifica pacificamente ritiene che il rischio di infezioni non possa essere annullato, ma unicamente contenuto attraverso una corretta applicazione dei protocolli.

La stessa CTU, secondo la prospettazione dell'appellante, avrebbe riconosciuto come la meningite sia una complicanza che può svilupparsi anche nelle migliori condizioni di igiene ambientale.

Ritiene la Corte che le considerazioni svolte dall'Pt_2 che non sottopone neppure a specifica critica le puntuali argomentazioni esposte al riguardo dall'ordinanza impugnata (v. pagg. 7 -9), siano manifestamente infondate.

Il Giudice di primo grado ha correttamente messo in evidenza come l'^{Parte} [REDACTED] non abbia offerto alcuna prova liberatoria dei fatti della cui dimostrazione era onerata, e cioè di quali fossero i presidi di sicurezza o le misure precauzionali concretamente applicate all'epoca dei fatti.

Infatti, quando sia accertato che l'infezione è stata contratta in ambiente ospedaliero, vista la natura contrattuale della responsabilità, è onere della struttura provare di avere fatto tutto il possibile per evitare il contagio.

A fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura deve quindi fornire la prova liberatoria, rigorosamente individuata dalla Suprema Corte, nel fatto di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, e consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; m) dell'orario

dell'effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio. (v. *ex multis* Cass. 06/03/2023 n. 6386).

Ulteriormente la giurisprudenza di legittimità ha precisato come non sia sufficiente l'indicazione dei documenti riferibili ai protocolli applicabili e a quelli concretamente applicati, avendo la struttura sanitaria *“l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile alla singola paziente interessata..”* (v. Cass. 22/03/2023 n. 5490).

A fronte di tali premesse in diritto, va considerato come l' *Pt_2* anche dal punto di vista dell'astratta predisposizione di presidi e protocolli di sicurezza, nulla abbia spontaneamente prodotto o offerto di provare, tanto che gli unici elementi acquisiti sono stati sollecitati dai cc.tt.uu. nel corso dell'ATP, previa autorizzazione del Giudice.

I cc.tt.uu. hanno precisato come l'anestesia spinale debba avvenire in campo sterile, con l'operatore che indossa camice e guanti sterili, previa accurata disinfezione della cute, utilizzando materiale monouso e avendo cura di aspirare sterilmente dalla fiala nella siringa l'anestetico locale.

Nella cartella di anestesia non è riportata nulla riguardo ai passaggi della procedura seguita, difetta anche l'annotazione della qualità e dose dell'anestetico iniettato e se la manovra abbia comportato qualche difficoltà.

La circostanza, evidenziata anche dai cc.tt.uu., secondo cui non era prassi all'epoca dell'intervento descrivere tutto ciò che veniva eseguito in modo routinario, non muta la conclusione cui deve pervenirsi in ordine al fatto che in tal modo l' *Parte* si è vista preclusa la possibilità di fornire la prova del corretto adempimento della sua prestazione.

Parte appellata ha correttamente osservato come l' *Parte* abbia prodotto in sede di CTU documentazione composta pressoché integralmente da documenti programmatici e protocolli operativi, che nulla dimostrano riguardo alla concreta adozione ed effettivo rispetto delle misure in essi previste. Oltre ad aver evidenziato alcune anomalie nel monitoraggio delle infezioni e nei dati trasmessi dal *[redacted]* di Cuorgné.

Infatti, nel medesimo anno in cui si è verificato l'evento oggetto di causa, e cioè il 2002, era stato istituito un monitoraggio sui casi di meningite all'interno dell' *[redacted]* che allora comprendeva *Per_*, Cuorgné e *Persona_3*. Inizialmente l' *[redacted]* aveva indicato in zero il numero di contagi, salvo poi rettificarlo, in conseguenza del caso denunciato dalla *CP_1*. Così sempre nell'anno

2002 erano stati indicati zero casi di infezioni alle vie urinarie contratte all'interno dell' [REDACTED] fornendo così un dato intrinsecamente inattendibile e totalmente disallineato rispetto alla media regionale, che era del 53%, tanto da aver indotto la Regione a richiedere una verifica dei dati forniti.

Parte appellante insiste inoltre nell'equivocare riguardo alle conclusioni cui sono pervenuti i cc.tt.uu., i quali già nel corso dell'ATP, in sede di risposta alle osservazioni alla bozza, hanno chiarito come essi non abbiano mai nemmeno adombrato che l'infezione non fosse attribuibile a responsabilità della struttura (v. pag. 31 CTU), pur non essendo possibile stabilire - proprio per l'impossibilità di ricostruire le modalità di esecuzione dell'intervento - se l'infezione sia da contaminazione, da inadeguata procedura di sterilizzazione della cute della paziente o dei presidi utilizzati.

L'eziologia della cisti aracnoidea

Parte appellante contesta altresì le conclusioni cui è pervenuta la CTU, per avere posto la cisti aracnoidea in correlazione causale con la meningite contratta da [REDACTED] *Controparte_1* molti anni prima, e questo benché la aracnoidite adesiva, patologia che avrebbe causato lo sviluppo della cisti, abbia cause eziologiche eterogenee. Dunque, sostiene l'appellante che i cc.tt.uu., a fronte delle contestazioni mosse dal c.t.p. dell'^{Parte} [REDACTED] hanno escluso altre cause, pur senza avere gli elementi per operare tale esclusione.

In particolare, l'^{Parte} [REDACTED] rileva come non vi fossero elementi per escludere un'origine autoimmune della malattia, in quanto l'anamnesi è stata fondata solo su quanto riferito dalla paziente in sede di operazioni peritali e alcune cause non sono proprio state indagate. A favore dell'origine autoimmune dell'aracnoidite deporrebbe infatti il riscontro della cisti in una sede diversa da quella in cui è stata eseguita la puntura lombare, la tempistica di insorgenza, a distanza di molti anni dall'infezione, e il dato istologico.

La censura di parte appellante si appunta su temi che sono già stati ampiamente esaminati e trattati nel [REDACTED] e della sua integrazione disposta nel corso del giudizio di merito e le cui motivate risposte non possono ritenersi efficacemente confutate, o messe in dubbio, dalla mera riproposizione di quanto già in quella sede valutato dai cc.tt.uu., al fine di escludere altre possibili cause della patologia (l'aracnoidite adesiva spinale), che ha portato alla formazione della cisti aracnoidea.

Con l'integrazione depositata in data 05/03/2023, i cc.tt.uu. precisavano come alcune cause alternative dell'aracnoidite adesiva potessero escluse con certezza, tra queste l'emorragia da anestesia subaracnoidea e l'evoluzione cistica di una reazione all'anestetico iniettata nello spazio subaracnoideo, in quanto ad esse si accompagnano sintomi neurologici, che si sviluppano nell'immediatezza della procedura e che nel caso di specie non sono stati presenti.

Così pure dovevano essere escluse altre cause, quali un trauma, la tubercolosi, la sifilide o malattie autoimmuni o reumatiche.

Con riferimento all'origine alla possibile origine autoimmune della malattia, non è condivisibile quanto sostenuto da parte appellante in ordine al fatto che, al di là delle informazioni raccolte in sede di anamnesi dalla perizianda, non vi sarebbe altri elementi, che consentano di escludere quella causa.

Non può trascurarsi infatti di considerare come Controparte_1 sia stata presa in carico, oltre a rimanere ricoverata per lunghissimi periodi, a partire dal mese di maggio del 2007 sino all'aprile 2011, presso numerose strutture sanitarie per interventi, accertamenti diagnostici e percorsi riabilitativi, senza che sia mai emersa dalle cartelle cliniche, visionate nel corso delle operazioni peritali, l'evidenza di una malattia autoimmune.

Il nesso causale tra anestesia spinale e meningite appare di altissima probabilità, se non di certezza, essendo la meningite, come complicanza, sia pure molto rara, dell'anestesia spinale, ampiamente descritta in letteratura e tanto più frequente quanto minore è l'igiene dell'ambiente, in cui viene praticata, e minore è la sterilità con cui l'anestesia spinale viene eseguita.

Per quanto concerne la sede in cui la cisti si è sviluppata, la CTU ha chiarito come non vi sia una correlazione tra il punto in cui venne eseguita la puntura di anestetico (tra le vertebre lombari L3 -L4) e la localizzazione della ciste (a livello D5 e D7).

Tale affermazione è perfettamente comprensibile e condivisibile se solo si consideri come l'aracnoidite adesiva sia, a prescindere dalle sue cause (infezioni, traumi, contaminazione del sacco durale, tumori del canale midollare), una patologia legata allo sviluppo di una reazione infiammatoria, con conseguente produzione di materiale fibroso e aderenze, cui può associarsi allo sviluppo di cisti aracnoidee, in quanto le aderenze fibrose, che si formano, possono riempirsi, intrappolando il liquido cerebrospinale circolante ed esercitando così un effetto di massa lungo il midollo spinale, che porta a mielopatia compressiva.

A prescindere quindi dal sito in cui si è originata l'infezione, la reazione infiammatoria, causata dall'infezione, si diffonde a tutto il canale midollare e quindi il criterio topografico, che parte appellante vorrebbe invocare, è privo di fondamento.

I cc.tt.uu. hanno inoltre precisato come la regione toracica, ove nel caso di specie è risultata localizzata la cisti aracnoidea, risulti essere quella di maggiore frequenza di comparsa.

Il dato certo è dunque rappresentato dal fatto che venne contratta una meningite ed *“il conseguente corredo infettivo-infiammatorio costituisce l'unico presupposto noto in anamnesi per giustificare un'evoluitività fibrotica con sviluppo di briglie aderenziali e successivi eventi evolutivi a tipo cistico a*

carico della meninge alla base dell'aracnoidite adesiva e cisti aracnoidee come osservato nel caso di specie." (v. pag. 29 CTU)

L'infezione meningitica rappresenta quindi, in base al criterio del "più probabile che non", e cioè della preponderanza dell'evidenza, la causa determinante più probabile della patologia.

Preponderanza dell'evidenza che non può essere confutata attraverso la mera asserzione dell'ipotetica esistenza di altre cause, secondo quanto ipotizzato dal c.t.p. dell'^{Parte} poiché di quelle cause non vi è in concreto alcun positivo riscontro nella fattispecie in esame, a fronte invece dell'esistenza di una causa nota.

Del resto, proprio il c.t.p. dell'odierna parte appellante in sede di osservazioni all'integrazione della CTU, pur insistendo sulla necessità di considerare una possibile origine autoimmune della patologia, espressamente riconosce come la complicanza meningitica non sia escludibile come "*primum movens*" della tardiva aracnoidite adesiva cronica.

Per quanto concerne il periodo di latenza della malattia, va considerato come i primi sintomi, dopo un periodo di benessere successivo al parto cesareo e alla risoluzione della meningite, si siano manifestati nel 2005, allorché si è presentato un problema di difficoltà nella minzione, che è stato sottovalutato da Controparte_1 che non ha indagato l'origine di quel disturbo. A tale sintomo si è associato poco tempo dopo, nell'estate del 2006, una parestesia al piede destro, con progressiva instabilità del ginocchio omolaterale. Pertanto, veniva eseguita una RMN nel 2007 con riscontro di una cisti subaracnoidea, per la quale la CP_1 si sottoponeva al primo intervento chirurgico eseguito nel luglio del 2007.

Il cc.tt.uu. hanno osservato come il tempo intercorso tra la meningite e l'esordio della sintomatologia neurologica sia stato indubbiamente lungo, tuttavia non incompatibile con il nesso causale, tanto che in letteratura, anche di recente, sono stati segnalati rari casi d'insorgenza ancora più tardiva (v. pag. 7 relazione integrativa).

Da ultimo, la riconosciuta aspecificità del dato istologico, essendo la cisti aracnoidea risultata all'esame microscopico caratterizzata da "*spessa contenna simil-durale con diffusa degenerazione ialina... All'interno...materiale amorfo*", rappresentata un elemento tutto neutro, in quanto non consente di risalire all'eziologia della patologia, per cui, se non fornisce un riscontro all'origine infettiva dell'aracnoidite, neppure la esclude, rimanendo così inalterati tutti gli altri dati in precedenza esaminati, i quali depongono invece in favore dell'esistenza del nesso eziologico tra l'unica plausibile causa nota e la patologia.

La rilevanza causale o concausale dei trattamenti chirurgici eseguiti a partire dal 2007.

Parte appellante contesta poi la CTU per non avere distinto le conseguenze causate dalla aracnoidite da quelle provocate dal suo successivo trattamento, così trascurando di considerare gli apporti causali, o concausali, degli operatori sanitari, che hanno eseguito i numerosi interventi, cui la CP_1 si è sottoposta a partire dal 2007.

Verrebbe quindi in rilievo il tema del concorso tra la causa naturale, nella specie l'aracnoidite, secondo il collegio peritale di origine iatrogena, e le condotte commissive attribuibili alla struttura sanitaria, presso la quale sono stati eseguiti gli interventi chirurgici.

La Pt_2 nel giudizio di primo grado, aveva chiesto l'autorizzazione a chiamare in giudizio il [REDACTED] quale soggetto gestore della Controparte_2, presso la quale sono stati eseguiti i primi interventi chirurgici a luglio ed agosto del 2007, al fine di accertare l'esistenza di un concorso di colpa, sull'assunto che quegli interventi avrebbero causato un peggioramento delle condizioni di salute della CP_1, in quanto al momento del suo ricovero presso la struttura presentava problemi sensoriali, mentre alla dimissione aveva problemi motori e neurologici (vescica neurologica). Anche questo tema è stato compiutamente indagato e adeguatamente approfondito dai cc.tt.uu.

Anzitutto giova distinguere due distinti piani: da un lato la correttezza della scelta terapeutica operata, tradottasi nell'esecuzione degli interventi chirurgici; dall'altro la non corretta esecuzione degli interventi, con conseguenti esiti sfavorevoli.

A tale proposito, giova osservare come l'Pt_2 non abbia mai allegato alcunché in ordine all'errata esecuzione di quegli interventi chirurgici, sicché difetta sotto tale profilo la prospettazione di un inadempimento addebitabile alla Controparte_2, sotto il profilo dell'imperizia e della negligenza, idoneo a determinare, secondo un alternativo processo causale, danni maggiori o diversi da quelli provocati dall'aracnoidite adesiva con andamento ingravescente.

Per quanto attiene invece all'appropriatezza di quel percorso terapeutico, i cc.tt.uu. si sono chiaramente espressi nei termini seguenti: *“Dall'inizio dei sintomi clinici e della rilevazione della cisti con compressione midollare risolvere farmacologicamente il problema purtroppo appariva non possibile e fuori linea con i dati di Parte_6. Non si trattava all'epoca di una sola aracnoidite dove il tentativo farmacologico poteva avere un seguito ma di una conclamata cisti con effetto massa sul midollo da rimuovere con le tecniche in uso all'epoca dei fatti.*

È possibile altresì che l'aracnoidite cronica possa essere parte in causa nella mancata risoluzione dei sintomi della paziente e nella possibile recidiva della cisti e/o dei sintomi via via ingravescenti.

Il trattamento della aracnoidite sarebbe stato indicato prima della formazione della cisti qualora fosse stata accertata eventualmente. Purtroppo, la comparsa dei sintomi e la diagnosi di cisti aracnoidea

dorsale compressiva e sintomatica hanno di fatto imposto un percorso chirurgico.” (v. pag. 34 relazione di CTU).

I cc.tt.uu. hanno altresì evidenziato, nel rispondere alle osservazioni del c.t.p. dell'^{Parte} come esistano in letteratura diversi *case report* sull'indicazione del trattamento chirurgico, che riportano normalmente discreti risultati dopo fenestrazione della cisti o rimozione. È infatti uniforme in letteratura l'indicazione del trattamento chirurgico, che risulta risolutivo nel 60% dei casi.

L'intervento fatto nel luglio del 2007 era in linea con quello che suggerivano le pratiche cliniche; gli interventi successivi hanno fatto seguito a complicanze non prevenibili, dovute alla difficile situazione di aracnoidite della paziente.

Nell'integrazione depositata successivamente, i cc.tt.uu. hanno preso in esame lo studio del 2021, citato dalla difesa dell'^{Parte} relativo al trattamento farmacologico dell'aracnoidite spinale cronica, osservando come dei quattro casi trattati, tre non abbiano avuto alcun miglioramento e uno abbia avuto risultati dopo 4 cicli di steroidi, per cui concludono che quello studio depone per l'inefficacia del trattamento farmacologico, in linea peraltro con un precedente studio del 1991.

Pertanto, non possono che essere richiamate, in quanto immuni da vizi logici e congruamente motivate, le valutazioni espresse nella CTU, secondo cui: *“... da ciò che si desume dagli atti operatori l'intervento che venne condotto la prima volta (nel luglio 2007) era in linea con quanto le pratiche cliniche suggerivano allora, sia sulla necessità di "esplorare" la cisti a livello intradurale visto il quadro neurologico, sia sulla tecnica utilizzata per fenestrare la cisti in quanto la paziente era sintomatica. Il numero di procedure successive fanno seguito a complicazioni non prevedibili dovute alla difficile situazione di aracnoidite della paziente (interventi effettuati: luglio 2007, agosto 2007, novembre 2007, marzo 2008, settembre 2008). Le procedure successive fanno capo invece alle esigenze gestionali degli esiti neurologici successivi: impianti e revisioni di pompa infusoriale al Baclofen (nel 2009 e nel 2011).”* (v. pag. 34 CTU).

Il primo articolato motivo d'appello risulta pertanto nel suo complesso infondato e le argomentazioni in questa sede esposte, fondate sulle indagini e sull'approfondita valutazione compiuta in sede peritale, rendono altresì inaccoglibile, per la sua superfluità, l'istanza di rinnovazione della CTU avanzata.

Diversamente da quanto argomentato dall'^{Pt_2} invero in termini più specifici solo con la comparsa conclusionale, le critiche rivolte alle conclusioni, cui i cc.tt.uu. sono pervenuti, riguardo ai diversi quesiti loro sottoposti, non evidenziano affatto errori scientifici nella valutazione dell'eziopatogenesi della malattia o del nesso causale tra la patologia e lo sviluppo della cisti aracnoidea. Si tratta infatti della mera riproposizione da parte dell'appellante delle osservazioni già

esaustivamente considerate dai cc.tt.uu., a confutazione delle quali non vengono offerti diversi od ulteriori elementi di valutazione.

Con il secondo motivo d'appello l' *Pt_2* censura la liquidazione del danno non patrimoniale, effettuata dal Tribunale, sia per quanto concerne il danno biologico permanente, sia per quanto riguarda il danno da temporanea, lamentando che sia stato applicata nella misura massima la personalizzazione del danno, pur in assenza di prova di conseguenze peculiari rispetto al grado di invalidità dell'85% riconosciuto, il quale già tiene conto delle ordinarie conseguenze che nella sfera della persona quel tipo di danno produce.

Tali considerazioni valgono anche per il danno di natura temporanea, per il quale il Tribunale ha liquidato la somma massima di euro 149,00 al giorno, anziché euro 99,00.

Rileva ancora parte appellante come l'ordinanza impugnata abbia applicato le tabelle del Tribunale di Milano del 2021, considerando che la danneggiata avesse 36 anni, senza così considerare che il danno biologico permanente non si è manifestato all'esito del ricovero presso l' [REDACTED] per il parto cesareo, bensì si è manifestato nel 2007, allorché *Controparte_1* era nel 41esimo anno di età, con la conseguenza che è stata applicata una colonna della tabella non corretta.

Il motivo di impugnazione è parzialmente fondato.

È infatti errata la decisione di primo grado nella parte in cui ha adottato per la liquidazione del danno non patrimoniale la Tabella del Tribunale di Milano del 2021, facendo riferimento alla fascia di età di anni 36, età che *Controparte_1* aveva al momento del suo ricovero presso l' [REDACTED] [REDACTED] ove, in conseguenza dell'anestesia spinale, ha contratto la meningite, infezione che si è definitivamente risolta all'atto delle sue dimissioni in data 06/01/2003 dall' [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

I postumi invalidanti - per il cui risarcimento ha agito in giudizio, e cioè la paraplegia spastica con vescica neurologica, che ha condotto alla valutazione di un grado d'invalidità dell'85%, non contestato dall'*Parte* appellante - si sono invece manifestati nel corso del 2007, dopo un periodo di apparente benessere, al di là dell'insorgere dei primi trascurati sintomi della patologia, nel 2005.

La tabella del Tribunale di Milano del 2021, presa incontestatamente a riferimento per la liquidazione del danno, deve quindi essere applicata facendo riferimento al valore punto previsto per una persona di 41 anni d'età, sicché per quella percentuale d'invalidità (85%) l'importo dovuto per il danno biologico/dinamico relazionale e per la sofferenza morale, risulta essere pari a € 831.385,00.

Parte appellante contesta, poi, che debba essere applicato a tale importo un incremento per la personalizzazione del danno, non essendovi prova di alcuna conseguenza peculiare subita dalla *CP_1*, in aggiunta al pregiudizio che normalmente deriva da un siffatto grado d'invalidità.

La tesi non è condivisibile.

Il danno alla salute è un danno disfunzionale, che consiste nella perdita o compromissione delle attività e delle capacità del danneggiato, per cui esso si atteggia necessariamente in modo diverso in considerazione sia della natura della patologia o menomazione, sia della specifica condizione di vita del danneggiato e delle attività, nessuna esclusa, svolte prima del verificarsi della lesione.

La personalizzazione deve quindi tenere conto delle attività perdute o ridotte, che debbono consistere in una conseguenza peculiare, e non immancabile, rispetto ai postumi patiti dal soggetto danneggiato, quindi, deve trattarsi di una perdita specifica subita da quella persona a causa di quella invalidità e non di una conseguenza inevitabilmente correlata a quella invalidità, destinata a valere per tutte le persone che la patiscono.

Ciò posto, l'invalidità derivata, al di là del grado percentuale in cui essa è stata tradotta, ha avuto nel caso di specie gravi ripercussioni sugli aspetti dinamico- relazionali, atteso che la CP_1 dalla fine del 2007 – inizio 2008 è costretta a spostarsi esclusivamente con l'ausilio di una sedia a rotelle; ha necessità di un aiuto costante anche all'interno dell'ambiente domestico, non essendo autonoma nei passaggi posturali, oltre che nella vestizione; ha perduto il controllo della vescica, per cui necessita di plurimi cateterismi; ha perso lo stimolo dell'evacuazione, per cui deve fare ricorso a lassativi, micro-clismi, oltre che a stimolazioni manuali.

È con tutta evidenza una condizione di salute, che comporta gravissime limitazioni nella vita quotidiana e nello svolgimento di tutte le attività personali, anche correlate al ruolo di moglie e madre. Questo stato di salute ha certamente avuto riflessi peculiari e rilevanti sulla sfera dinamico- relazionale personale, considerato che si trattava di una giovane donna, coniugata e madre di un bambino, che all'epoca in cui i sintomi sono insorti, e si sono rapidamente stabilizzati, aveva soli 5 anni.

Non è peraltro rispondente al vero quanto sostenuto dall'^{Parte} appellante circa la carenza di allegazioni idonee a supportare la richiesta di personalizzazione del danno.

Con il ricorso ex art. 702 bis c.p.c., introduttivo del giudizio di primo grado, Controparte_1 ha sottolineato infatti la sua specifica condizione che le *“impedisce ed impedirà per sempre di potere avere un minimo grado di autonomia, anche per tutto ciò che riguarda le minime incombenze del quotidiano”*, nonché la *“sofferenza soggettiva legata alla condizione neurologica attuale di paraplegia spastica, con particolare afflittività relativamente ai rapporti personali, anche di coppia, tenuto anche conto delle difficoltà di movimento negli spazi e la quasi totale dipendenza dall'ausilio esterno anche per attività come l'utilizzo dei servizi igienici”*.

A ciò si aggiunga il richiamo fatto ad un promemoria redatto dalla stessa CP_1 (e prodotto come doc. 7 allegato al ricorso), con cui l'odierna appellata, con grande compostezza, ma piena consapevolezza

della sua condizione e delle prospettive future di vita, descrive i periodi di degenza in ospedale e la sua condizione quotidiana una volta rientrata presso la propria abitazione, dopo un percorso terapeutico, che attraverso svariati ricoveri, si è protratto dal 2007 al 2011.

Al di là delle limitazioni e degli aspetti penosi della quotidianità già in precedenza messi in evidenza,

Controparte_1 in questo documento da lei redatto, si è soffermata in modo particolare sulle ripercussioni che la sua condizione di invalidità ha comportato nei rapporti sociali, con amici e parenti, diventati nel tempo meno presenti, perché *"sei diventato troppo impegnativo, sei diverso da loro, fai perdere tempo, per quei tempi prolungati per svolgere ogni attività quotidiana, non sei più simpatico come prima"*; nonché nel rapporto con il marito, visto che, pur rimanendo inalterato il rapporto affettivo, il suo stato di salute ha inciso sul rapporto fisico e intimo.

Controparte_1 ha sottolineato inoltre - aspetto questo di particolare rilievo nel valutare la peculiarità del danno da lei sopportato - le ripercussioni che la sua condizione ha avuto sulla piena esplicazione del suo ruolo di madre, vista l'impossibilità di seguire il figlio nelle varie attività quotidiane, anche sportive (il judo), nei suoi giochi in casa e in giardino e nell'aver dovuto delegare la cura del figlio ad altre figure, in particolare alla baby-sitter, che si è occupata anche di ospitarlo presso la sua abitazione, nei periodi in cui il padre era impegnato con il lavoro e lei era impossibilitata a prendersene cura.

A ciò si aggiunga la specifica afflittività fisica causata dai postumi residuati, tanto che è stato impiantato un infusore di Baclofen, che deve essere periodicamente sostituito, per migliorare la spasticità, oltre a soffrire la *CP_1* di dolori neuropatici all'arto inferiore destro fino al piede, con risalita del dolore anche alle anche (v. pag. 15 CTU).

Alla luce degli elementi menzionati, deve quindi ritenersi che l'invalidità residua incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali, tali da giustificare il riconoscimento dell'incremento nella misura massima del 25% prevista dalla Tabella, così pervenendosi alla liquidazione del risarcimento per il danno non patrimoniale, in tutte le sue componenti unitariamente considerate, nella misura di euro 1.039.232,00.

Analoghe considerazioni debbono essere svolte per quanto concerne il risarcimento del danno non patrimoniale da invalidità temporanea.

Giova precisare come parte appellante non contesti la quantificazione del periodo d'invalidità temporanea assoluta nella durata di 668 giorni, tenuto conto dei periodi di ospedalizzazione tra il 2007 e il 2011, bensì contesti la liquidazione del danno operata nella misura massima di € 149,00 al giorno.

Il Tribunale di Ivrea, considerato l'importo giornaliero (€ 99,00) previsto dalla Tabella del Tribunale di Milano 2021, ha infatti applicato l'incremento del 50%, in considerazione *"della finalità del*

trattamento sanitario, alla sua genesi nel contesto di un accadimento (vale a dire la nascita di un figlio) usualmente correlato a momenti di intensa felicità di una famiglia, nonché alla estreme gravità delle conseguenze patologiche riportate...ed infine alla considerazione che il danno è scaturito da condotte negligenti ed omissive nell'ambito di un rapporto fiduciario quale quello che si instaura tra paziente e struttura sanitaria..” (v. pag. 10 ordinanza impugnata).

Gli aspetti messi in evidenza dal Tribunale non paiono particolarmente significativi, né condivisibili, venendo fatto riferimento al momento della nascita del figlio, mentre, come già osservato, i postumi invalidanti, il cui risarcimento è oggetto di domanda nel presente giudizio, si sono manifestati a distanza di anni.

Sono piuttosto altre le circostanze che debbono essere prese in considerazione, e cioè i lunghi ed ininterrotti periodi di ospedalizzazione.

È eloquente sul punto la cronistoria contenuta nella relazione di CTU, che pare opportuno brevemente riportare.

Dopo i primi periodi di ricovero nei mesi di luglio e agosto del 2007, per gli interventi chirurgici cui la CP_1 è stata sottoposta presso la Controparte_2, con dimissioni avvenute in data 06/09/2007, CP_1 CP_1 è stata ricoverata presso l' [REDACTED] dal 02/10/2007 al 17/10/2007; quindi presso l' [REDACTED] dal 12/11/2007 al 05/12/2007, per essere poi trasferita il giorno 05/12/2007 presso il [REDACTED] dove restava ricoverata fino al 04/02/2008, data in cui veniva trasferita presso l' [REDACTED] dove rimaneva dal 04/02/2008 al 25/02/2008; in quella data faceva nuovamente rientro presso l' [REDACTED] dove rimaneva ricoverata sino al 03/04/2008; quindi, senza soluzione di continuità, era nuovamente ricoverata presso l' [REDACTED] dal 03/04/2008 al 19/09/2008; rientrava poi all' [REDACTED] in data 19/09/2008 e lì rimaneva ricoverata fino al 07/10/2008; quando veniva nuovamente trasferita all' [REDACTED] dove rimaneva ricoverata fino al 31/12/2008. Nel corso del 2009 vi è un altro prolungato ricovero presso l'Azienda Ospedaliera [REDACTED] che si protrae dal 06/02/2009 al 02/12/2009; quindi nel corso del 2010, dal 30/08/2010 al 24/12/2010, un ricovero presso [REDACTED] [REDACTED] di Negrar (VR); nel 2011 un ricovero presso l' [REDACTED] dal 16/02/2011 al 28/02/2011, con trasferimento, senza soluzione di continuità, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] di Negrar, dal 28/02/2011 al 16/04/2011.

E' evidente come il protrarsi della degenza abbia un effetto moltiplicatore della sofferenza morale collegata a quella condizione, oltre alla particolare afflittività dei trattamenti chirurgici e riabilitativi cui è stata sottoposta Controparte_1 nel corso di quei ricoveri, cui deve aggiungersi la sofferenza

vissuta in quell'arco temporale, che ha visto l'alternarsi di speranze di guarigione, o comunque di significativo recupero, a momenti di scoramento dovuti all'assenza di risultati, sino alla definitiva presa di coscienza dell'irreversibilità di quella condizione (v. promemoria, doc. 7 appellata).

A ciò si aggiunga che in quel prolungato arco temporale la CP_1 è rimasta lontana dalla propria famiglia, venendo ricoverata anche in strutture distanti dal luogo di sua residenza, all'evidente scopo di avvalersi delle cure fornite dai centri maggiormente specializzati. Tutto ciò deve ritenersi, anche in via presuntiva, che abbia influito in modo particolare nel rapporto affettivo con il figlio, con il quale i rapporti si sono inevitabilmente diradati, con pregiudizio della possibilità di costruire una relazione fondata sulla presenza e sull'accudimento quotidiano, che la crescita di un bambino di quell'età richiede.

Deve pertanto essere confermata la liquidazione di tale voce di danno operata dalla pronuncia impugnata nell'importo di € 99.532,00.

L Pt_2 con il terzo motivo d'impugnazione censura il criterio di calcolo degli interessi legali stabilito dalla pronuncia di primo grado, che li ha fatti decorrere dalla data del 14/12/2002.

Sostiene parte appellante che, trattandosi di un risarcimento del danno da inadempimento, gli interessi legali sarebbero dovuti decorrere dalla richiesta di risarcimento, avvenuta per la prima volta distanza di molti anni.

Osserva l'^{Parte} come in tema di danno contrattuale gli interessi sulle somme dovute a titolo di risarcimento del danno decorrano dal giorno della domanda giudiziale, e quindi nel caso di specie dalla notifica del ricorso ex art. 702 bis c.p.c., datato 09/06/2022; o, al più, a voler considerare la richiesta stragiudiziale di danni, dal 12/12/2007.

Sul punto l'ordinanza del Tribunale di Ivrea ha condannato l' Pt_2 a corrispondere a titolo di danno non patrimoniale la somma *“di euro 1.170.898,00, oltre interessi dal 14.12.2002, calcolati sulla sorte capitale svalutata a tale data e via via rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat fino alla data del deposito della presente sentenza”*.

Tale statuizione, che peraltro non provvede a sviluppare il calcolo della somma da devalutare sino alla data in cui si è verificato il danno, ha poi computato erroneamente gli interessi legali, considerando - secondo quanto già in precedenza rilevato - la data dell'infezione nosocomiale e non i postumi invalidanti, nell'entità accertata nel presente giudizio, che si sono stabilizzati nel dicembre del 2007, circostanza che parte appellante dà per ammessa.

Dal canto suo, parte appellante muove una censura sul calcolo degli interessi, che pare fare riferimento alla natura contrattuale della responsabilità, senza considerare come l'obbligazione risarcitoria nascente da quella responsabilità generi, nella fattispecie, un'obbligazione di valore, in quanto diretta a

ricostituire in modo integrale il patrimonio del danneggiato, per cui il meccanismo liquidatorio è quello delineato dalla pronuncia delle SS.UU. 17/02/1995 n. 1712.

Del tutto inconferenti risultano dunque le considerazioni svolte da parte appellante in tema di decorrenza degli interessi, poiché viene richiamata la diversa disciplina prevista per gli interessi moratori, dovuti nel caso di ritardo nel pagamento di un'obbligazione di valuta.

Pertanto, non essendo contestata da parte appellante la spettanza degli interessi, bensì la loro decorrenza, facendo però riferimento alla disciplina degli interessi moratori e non a quella degli interessi compensativi, che sono dovuti in relazione al ritardo nel pagamento di un debito di valore, e che rappresentano una mera modalità di calcolo di una componente dell'unico credito risarcitorio, il calcolo della liquidazione del danno non patrimoniale deve quindi essere rettificato nei seguenti termini.

L'importo pari alla somma del danno da invalidità permanente (€ 1.039.232,50) e del danno da invalidità temporanea (€ 99.532,00), e cioè € 1.138.764,00, deve essere devalutato dalla data della pronuncia di primo grado alla data del fatto, prendendo come riferimento il mese di dicembre 2007 (decorrenza questa indicata dalla stessa parte appellante, anche per quanto concerne la liquidazione del danno per la temporanea, v. pag. 22 atto d'appello), così pervenendosi all'importo di € 856.858,00. Tale importo deve quindi essere rivalutato, calcolando gli interessi legali sulla somma rivalutata anno per anno, dal dicembre 2007 alla data di pronuncia dell'ordinanza di primo grado (04/08/2023), giungendo così all'importo finale di € 1.338.582,00.

Sempre nell'ambito del terzo motivo d'appello, l' *Pt_2* si duole altresì delle modalità di computo degli interessi legali riconosciuti sulla somma liquidata a titolo di danno patrimoniale.

Nel caso in esame sotto la voce di danno patrimoniale è stata ricompresa unicamente la spesa sostenuta per i cc.tt.p.p. nel corso del procedimento di ATP, quantificata nell'importo di € 14.640,00 (v. doc. 5 *CP_1*). Su tale somma l'ordinanza impugnata ha riconosciuto *“gli interessi legali e la rivalutazione monetaria dal giorno di contrazione dell'infezione nosocomiale (14.12.2002), con gli interessi calcolati sulla stessa somma via via rivalutata anno per anno secondo gli indici Istat e fino alla data di deposito della presente sentenza.* (v. pag. 12 ordinanza impugnata).

La pronuncia sconta gli stessi vizi già in precedenza evidenziati nell'individuazione del momento in cui il danno da risarcire si è verificato. Con riferimento al danno patrimoniale poi, trattandosi di rifondere degli esborsi sostenuti dalla parte danneggiata, è evidente che il diritto sorga solo dal momento in cui quella spesa è stata effettuata e quindi nel caso di specie dal 11/05/2022.

Non essendo impugnato il riconoscimento della rivalutazione monetaria ed essendo quindi la decisione sul punto passata in giudicato, occorre procedere a calcolare sulla somma di € 14.460,00 la

rivalutazione e gli interessi legali sulla somma via via rivalutata anno per anno, dal 11/05/2022 al momento della pronuncia di primo grado, così pervenendosi all'importo di € 16.358,27.

4. In parziale accoglimento dell'appello deve quindi essere rideterminato alla data della pronuncia di primo grado il danno non patrimoniale nell'importo di € 1.338.582,00 ed il danno patrimoniale, nell'importo di € 16.358,27.

Sulla somma totale di € 1.354.940,27 devono poi essere computati gli interessi legali, pari a € 11.507,71, dovuti dalla data della pronuncia sino al pagamento da parte dell' *Pt_2* eseguito in data 05/10/2023.

Rispetto al dovuto alla data del 05/10/2023, pari all'importo di € 1.366.447,98, l' *Pt_2* ha versato la maggior somma di € 1.506.341,92 (v. all. 3 contabile di pagamento), sicché essa ha diritto ad ottenere la restituzione della differenza in suo favore, che ammonta a € 139.894,00, su cui dovranno essere computati gli interessi legali, ex art. 1284, co. 1, c.c., trattandosi di indebitto, dalla data del pagamento (05/10/2023) sino all'effettiva restituzione.

Il versamento eseguito dall' *Pt_2* di cui alla contabile prodotta, deve infatti - in assenza di uno specifico deconto - intendersi riferito al solo debito di natura risarcitoria, corrisposto direttamente alla parte, atteso che in primo grado vi era stata pronuncia di distrazione, quanto al pagamento delle spese di lite, in favore del difensore di *Controparte_1*.

Le spese del doppio grado di giudizio, tenuto conto dell'esito complessivo della lite, che ha visto l' *Pt_2* [...] - al di là della modesta rettifica operata in questa sede in ordine alla liquidazione del danno - integralmente soccombente, debbono essere poste a suo carico, mantenendo ferma la liquidazione già operata per il giudizio di primo grado e liquidando per questo grado di giudizio i compensi in base allo scaglione di valore di riferimento (da € 1.000.000,00 a € 2.000.000,00).

Pertanto, per questo grado d'appello, tenuto conto della natura della controversia e del numero delle questioni trattate, debbono applicarsi i compensi medi previsti dal D.M. 147/2022 per le fasi di studio (€ 7.417,00), introduttiva (4.313,00) e decisionale (€ 12.333,00), con liquidazione dell'importo di € 24.063,00, oltre rimborso spese forfettario del 15% ed accessori.

P. Q. M.

La Corte d'Appello di Torino - Sezione Terza Civile,
disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione,
definitivamente pronunciando sull'appello proposto dall' *Pt_2* avverso l'ordinanza n. 1293/2023 del Tribunale di Ivrea pubblicata in data 07/08/2023,

in parziale accoglimento dell'appello, ridetermina l'importo dovuto a *Controparte_1*, a titolo di danno non patrimoniale e danno patrimoniale, in € 1.354.940,27, oltre interessi moratori dal 04/08/2023 al pagamento;

per l'effetto, condanna *Controparte_1* alla restituzione in favore dell' *Pt_2* dell'importo di € 139.894,00, oltre interessi legali, ex art. 1284, co. 1, c.c. dal 05/10/2023 all'effettiva restituzione;

condanna l' *Pt_2* e rifondere a *Controparte_1* le spese del doppio grado di giudizio, determinate per il giudizio di primo grado nella misura già liquidata, e ferma la distrazione in quella sede disposta in favore del difensore antistatario, e per il presente grado d'appello, liquidate in € 24.063,00 per compensi, oltre rimborso forfettario del 15%, C.P.A. e IVA, se dovuta, e successive occorrenze;

fermo quanto già disposto in ordine alle spese di CTU.

Così deciso nella camera di consiglio in data 15/10/2025.

Il Consigliere est.

dott.ssa Maria Gabriella Rigoletti

Il Presidente

dott.ssa Rossana Zappasodi