



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
La Corte D'Appello di Torino
Sez. Terza Civile

nelle persone dei seguenti magistrati:

dott.ssa Ombretta Salvetti	Presidente
dott.ssa Silvia Orlando	Consigliere
dott.ssa Paola Ferrari Bravo	Consigliere Relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile in grado di appello iscritta al n. r.g. **284/2021** promossa da:

Parte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con
il patrocinio dell'avv. [REDACTED] e dell'avv. [REDACTED] elettivamente domiciliata in *Pt_1*
[REDACTED] presso i difensori

appellante

contro

Controparte_1 (C.F. *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [REDACTED]
elettivamente [REDACTED] presso il difensore

appellato

Controparte_2 (C.F. *P.IVA_2*), con il patrocinio
dell'avv. [REDACTED] e dell'avv. [REDACTED] elettivamente [REDACTED]
[REDACTED] presso i difensori

appellato

appellante incidentale

Udienza virtuale di precisazione delle conclusioni del 13.10.2022 a seguito di trattazione scritta

OGGETTO: risarcimento danni da responsabilità professionale sanitaria

CONCLUSIONI

Per l' _____ Parte_1 _____ :

“In accoglimento dei motivi di appello per la riforma dell’ordinanza resa dal Tribunale di Torino Sez. IV Civ. n. 911/2021, estensore Dott. Giacomo Oberto, nella causa R.G. 15124/2020, pubblicata il 26.1.2021

In via principale

- dichiarata la nullità dell’ordinanza ex art 161, 1 comma c.p.c, pronunciarsi nel merito ex art. 354 c.p.c e in totale riforma della pronuncia n. 911/2021 del 21.1.2021 qui impugnata, assolvere l’ *Pt_1* da ogni avversaria domanda;
- in ogni caso, riformare l’ordinanza di primo grado assolvendo l’Azienda da ogni avversaria domanda;

In subordine

- riformare parzialmente l’ordinanza gravata, riducendo l’importo risarcitorio riconosciuto al signor *CP_1* e compensando le spese in primo grado e/o riducendole alla misura di giustizia.

In via istruttoria

- disporre l’esibizione ex art. 210-213 cpc di tutti i certificati e i piani terapeutici relativi al sig. *CP_1* [...] disposti dagli infettivologi dell’ *Organizzazione_1* nel marzo – aprile 2015;
- disporre l’esibizione ai sensi dell’art. 210-213 cpc della documentazione relativa alle cure del sig. *CP_1* somministrate in regime di ADI, in quanto indispensabili ai fini della decisione in merito al soggetto a cui l’asserito inadempimento andrebbe ascritto
- previa dichiarazione di nullità ovvero di gravi carenze della CTU depositata all’esito del procedimento ex art. 696 bis cpc sui fatti oggetto del presente giudizio, disporre la rinnovazione della consulenza e la contestuale sostituzione dei Consulenti già incaricati, con formulazione del quesito nei termini seguenti:

“Dicano i CTU

- 1) Quali erano le condizioni generali del sig. *CP_1* al momento del primo intervento di artroprotesi in data 11.3.14 presso la *Controparte_3*
- 2) Se fu corretta l’indicazione chirurgica posta in tale occasione e la tipologia di intervento eseguita in base alla patologia di cui era affetto il ricorrente
- 3) Se l’infezione che venne osservata nei giorni successivi è da considerarsi un’infezione correlata all’assistenza presso la *Controparte_3*
- 4) Se esiste un nesso causale tra l’intervento chirurgico del 11.3.14 presso la *Controparte_3* e l’infezione da S. Haemolyticus

- 5) Se esistevano presso la *Controparte_3* protocolli di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, ed esiste evidenza che fosse stata fatta adeguata formazione del personale
- 6) Quali protocolli di prevenzione furono messi in atto nella specifica occasione dell'intervento presso la *Controparte_3* ;
- 6bis) Descrivano i CTU qualità ed entità dell'infezione protesica diagnosticata al primo accesso presso l'ospedale *Orga* di *Pt_1* avvenuto al ricovero del 14.4.14 e specifichino se il trattamento di tale infezione rappresentasse una speciale o complessa difficoltà;
- 7) Dicano i CTU se le infezioni riscontrate successivamente all'impianto protesico eseguito presso il [REDACTED] sono di flora polimicrobica avente un'unica provenienza, se possono essere ritenute contaminanti e se possono essere contratte al domicilio o determinate dall'assistenza sanitaria prestata al di fuori dei presidi ospedalieri;
- 8) Dicano i CTU se la gestione degli episodi infettivi risultava difficoltosa alla luce dell'antibiotico resistenza contratta in seguito alla terapia antimicrobica per il trattamento dell'infezione della protesi di ginocchio impiantata presso la [REDACTED]
- 9) Quantifichino i CTU l'eventuale maggior danno biologico temporaneo e parziale, proporzionato all'eventuale apporto causale o concausale tra tutte le strutture sanitarie che lo hanno avuto in cura
- 10) dicano i CTU a chi fu affidata la gestione medica farmacologica dell'infezione protesica
- ammettere le prove testimoniali già dedotte nel 702bis cpc che vengono qui di seguito integralmente riportate:
- 1) vero che il sig. *CP_1* nel marzo-aprile 2015 era seguito dagli infettivologi dell' *Org_1* – *Org_1* cui veniva costantemente inviato il sig. *CP_1* unitamente agli esami svolti e alle certificazioni ambulatoriali per i controlli prescritti a cadenza ravvicinata.
- 2) vero che la prescrizione di *Org_3* veniva svolta esclusivamente dietro indicazione dell'infettivologo che prepara l'eventuale piano terapeutico per il paziente, per le cure al domicilio o per quelle in ospedale, in caso di ricovero.
- Si indicano a testimoni sui capitoli 1 e 2 la dottoressa *Testimone_1* , dirigente medico infettivologo dell'*Contr* resistente e la dottoressa *Testimone_2* , dirigente medico chirurgo plastico dell'*Contr* resistente, tutti presso l' *Organizzazione_4*
- 3) vero che negli anni 2014 e 2015 l' *Organizzazione_4* trasmetteva alla *Org_5* tutti i dati richiesti relativi alla prevenzione infezioni, ricevendone nel 2014 valutazione molto positiva, mentre non è disponibile quella relativa all'anno successivo, poiché il gruppo regionale per criticità organizzative e di risorse non poté effettuare la consueta valutazione della rendicontazione, regolarmente inviata da parte dell' *Parte_2* .

4) vero che i protocolli aziendali vengono aggiornati secondo le Linee Guida e la datazione segue tali aggiornamenti, di tal che, in mancanza di aggiornamenti, i Protocolli portano date anche di alcuni anni anteriori, senza che ciò infici la correttezza dei medesimi.

Si indica a testimone sui capitoli 3 e 4 la dottoressa Tes_3, Dirigente di Direzione Sanitaria dell'^{Contr} resistente, CP_5, presso l'Organizzazione_4 di Pt_1.

In ogni caso, con il favore delle spese di giudizio ex D.M. 10.3.2014 n. 55, oltre oneri riflessi ex art. 1 comma 208 legge n. 266/05 (23,8% sull'imponibile), trattandosi di patrocinio reso dall'Avvocatura interna all'Ente. Esente IVA e CPA e delle spese tutte di giudizio, incluse le spese generali e di C.T.P. Con riserva di ulteriormente produrre, dedurre e citare testi e ogni eventuale ulteriore riserva di legge".

Per Controparte_1

"Si conclude per il rigetto dell'appello principale e di quello incidentale, con vittoria delle spese di entrambi i gradi di giudizio, a distrarsi in favore dello scrivente procuratore".

Per il Controparte_2

"In via preliminare, dichiarare inammissibile l'appello proposto dall'appellante [...] Parte_1

Parte_1 ex art. 348 bis c.p.c.

Con vittoria di spese e compensi professionali di causa.

In via principale: in ogni caso respingere l'appello proposto dall'appellante [...] Parte_1

Parte_1 siccome infondato in fatto ed in diritto per i motivi dedotti in comparsa di costituzione e risposta.

Con vittoria di spese e compensi professionali di causa.

In accoglimento dell'appello incidentale: riformare la ordinanza decisoria nella parte in cui ha ritenuto la responsabilità del Controparte_2 per la insorta infezione e conseguentemente respingere la domanda di Controparte_1 nei confronti del Controparte_2 [...] e per l'effetto condannare il Sig. Controparte_1 alla restituzione delle somme percepite dal Controparte_2 anche per spese legali, con gli interessi ex art. 1284 IV comma c.c. dalla domanda al saldo.

Con vittoria di spese e compensi professionali di entrambi i gradi del giudizio".

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Sul procedimento per ATP

Con ricorso per ATP ex art. 696 bis c.p.c. Controparte_1 conveniva in giudizio il CP_2

[...]

e l'

Controparte_6

chiedendo che venisse disposta

CTU medico legale al fine di accertare l'inesatta esecuzione delle obbligazioni contrattuali sulle medesime gravanti.

In estrema sintesi rappresentava che:

- in data 24.02.2014, era stato ricoverato presso la Controparte_3 gestita dal [...]

Controparte_2

per "artrosi localizzata primaria ginocchio sx" ove veniva eseguito, in data

25/02/2014, un intervento di "artroprotesi bicompartimentale ginocchio sx;

- in conseguenza dell'intervento, a seguito di tampone alla ferita effettuato in data 11.03.2014 era emersa positività per "Staphylococcus Haemolyticus" e veniva iniziata terapia antibiotica dopo antibiogramma;

- a seguito di scintigrafia eseguita in data 29.05.2014 veniva accertato un "processo flogistico leucocitico-mediato estesamente a carico della protesi di ginocchio sinistro e dei tessuti molli peri-protesici";

- in data 23.06.2014 veniva dimesso dalla Controparte_3, trasferito presso Controparte_7 [...]
Controparte_8 per "esiti settici PTG sx";

- in data 16.07.2014, presso l'AOU, veniva eseguito intervento chirurgico di "rimozione di protesi totale ginocchio sx e posizionamento di spaziatore antibiotato cementato Orthofix";

- in tale occasione i tamponi intraoperatori erano risultati negativi;

- in data 23.01.2015, l'istante veniva nuovamente ricoverato presso Controparte_9 dell' [...]

Organizzazione_4

di Pt_1

per "ematoma endo ed extrarticolare in esiti impianto PTG sinistra";

- in data 26.01.2015 veniva eseguito intervento di "rimozione spaziatore con cemento antibiotato e reimpianto protesi totale del ginocchio Zimmer CCK";

- in tale occasione i tamponi di sala operatoria erano risultati negativi;

- la situazione continuava peraltro a peggiorare, il ginocchio era sempre più gonfio e dolorante, tanto che in data 21.04.2015 veniva effettuato un intervento di "artrocentesi in campo sterile: liquido francamente ematico. Prelievo dalla fistola di liquido sieroso che viene inviato per esame chimico-fisico: positivo per Org_6 _"

- in data 28.05.2015, veniva effettuato un ulteriore intervento di "rimozione PTG CCK e

posizionamento di spaziatore cemento antibiotato e chiusura ferita chirurgica con doppia sutura metallica e con monofilamento con buon accollamento dei margini”;

- venivano poi eseguiti esami intraoperatori positivi per “KlebsiellaPneumoniae, Per_1 E. Org_6 ”;

- in data 09.06.2015 veniva dimesso dalla Parte_1 di Pt_1 e trasferito presso il reparto di Malattie Infettive del P.O. Sant’Andrea – CP_6 per proseguire le cure in ambito infettivologico;

- in data 25/06/2015 veniva dimesso con diagnosi di “infezione di cemento spaziatore antibiotato su ginocchio sx da Klebsiella Pneumoniae”, senza aver riportato alcun miglioramento, anzi con esiti peggiorativi rispetto al proprio quadro clinico d’ingresso;

- in data 04.02.2016, veniva nuovamente ricoverato presso Controparte_10 [...] Organizzazione_4 di Pt_1 per “scollamento settico PTG sx totale e artrodesi ginocchio sx”;

- in data 11.02.2016 veniva eseguito intervento di “rimozione fissatore esterno esapodamico ginocchio sx e cruentazione del tramite fistoloso in regione distale di tibia”;

- in data 09.02.2016 veniva eseguito un ulteriore esame dal quale risultava “essudato ferita superficiale positivo per Controparte_11 e PseudomonasAeruginosa; esame essudato/pus ferita chirurgica positivo per EnterococcusFaecalis e PseudomonasAeruginosa”.

Addebitava alle strutture sanitarie convenute in ATP:

- l’erroneità della scelta (a causa dell’artrite reumatoide) di sottoporre il paziente ad intervento di protesi;

- la contrazione di plurime infezioni nosocominali, prevedibili e prevenibili (per le ragioni meglio illustrate anche nella perizia medico legale richiamata nel ricorso per ATP).

Deduceva che in materia di responsabilità sanitaria gravasse sul paziente l’onere di dimostrare il peggioramento delle condizioni di salute, restando a carico della struttura sanitaria l’onere di dimostrare di avere correttamente adempiuto.

A fronte delle plurime infezioni contratte (nonché degli adempimenti gravanti sulle resistenti per ridurre il rischio di contrazione di infezioni nosocomiali) era evidente la responsabilità di ciascuna struttura sanitaria convenuta.

All’esito della costituzione di tutte le parti resistenti, esteso il contraddittorio anche al dott. Per_2

CP_12 (che aveva eseguito in data 25.02.2014 l'intervento di PTG - Protesi Totale Ginocchio-sinistra per gonartrosi) ed alle compagnie di assicurazione CP_13 ed CP_14 i nominati CTU così concludevano:

- (pag. 74 relazione CTU) considerata la descrizione radiologica 27/01/2014 ed il quadro obiettivo 24/02/2014 era da ritenersi condivisibile l'indicazione operatoria e la conseguente attività chirurgica 25/02/2014;

- (pagg. 72 – 73 relazione CTU) la Controparte_15 aveva documentato l'adesione ai criteri previsti per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza mentre analoga prova non era stata fornita dall'AOU.

- (pagg. 84 e ss. relazione CTU) erano ravvisabili criticità da indubbia difettata protezione durante l'attività chirurgica e/o assistenziale, causa di accertata insorgenza di tre differenti infezioni nosocomiali:

1) la prima infezione nosocomiale da *Staphylococcus haemolyticus meticillino-sensibile*, isolato dalla Controparte_3 in data 07/03/14 con successiva condivisibile gestione sanitaria;

2) la seconda infezione nosocomiale:

- da *Staphylococcus haemolyticus meticillino-resistente* ed *Enterococcus faecium* VRE, isolati dal CP_5 in data 19/03/15 con censurabile gestione sanitaria fino al 27/04/15, data di effettivo inserimento in terapia di Org_3 ;

- da *Enterococcus faecium* VRE, *Klebsiella pneumoniae* ESBL-positiva ed *Escherichia coli*, isolati dal [REDACTED] in data 28/05/15 con successiva condivisibile gestione sanitaria;

3) la terza infezione nosocomiale da *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis* e *Serratia marcescens* isolati dal [REDACTED] in data 09/02/16 con successiva condivisibile gestione sanitaria.

- (pag. 85 relazione CTU) in relazione agli esiti delle individuate responsabilità era ascrivibile:
a) alla Controparte_15 un danno biologico differenziale del 5% (da calcolare tra 15% e 20%) ed un periodo di maggior inabilità temporanea biologica di giorni 335 ripartiti in giorni 167 al 100% ed in giorni 168 al 50%;

b) al [REDACTED] dell' *Parte_1* di *Pt_1*
un danno biologico differenziale del 15% (da calcolare tra 20% e 35%) ed un periodo di maggior inabilità temporanea biologica di giorni 329 frazionati in giorni 123 al 100% ed in giorni 206 al 50%.
Gli esiti invalidanti comportavano una significativa incidenza su tutte quelle attività che richiedevano una compartecipazione funzionale dell'arto inferiore sinistro.

Sul procedimento ex art. 702 bis e ss. c.p.c.

All'esito dell'ATP *Controparte_1* proponeva ricorso ex art. 702 bis c.p.c. nei confronti del *Controparte_2* e dell'*Contr* *Parte_1*
[...], chiedendo che venisse accertata la responsabilità delle due strutture sanitarie per le infezioni nosocomiali che aveva contratto con conseguente condanna al risarcimento dei danni.

Ribadiva la colpa e l'imperizia delle resistenti in quanto, a causa dell'artrite reumatoide, il paziente non avrebbe dovuto essere sottoposto ad intervento di protesi al ginocchio sinistro.

Parimenti ribadiva, per le ragioni illustrate nella perizia di parte richiamata nell'atto introduttivo nonché per quanto accertato dalla CTU in ATP, che le infezioni nosocomiali fossero ascrivibili alle strutture sanitarie convenute e che le stesse avessero provocato un lungo e doloroso iter ortopedico.

Sottolineava che, dopo gli interventi subiti ed a causa delle diverse infezioni contratte presso le strutture convenute, la gamba sinistra era diventata rigida e curva, non riusciva a piegare il ginocchio ed era costretto a deambulare con le stampelle.

Evidenziava di aver subito, in conseguenza degli errori terapeutici, gravi danni di natura non patrimoniale con esiti permanenti per i quali chiedeva integrale risarcimento.

Richiamando gli accertamenti della CTU, provvedeva a quantificare in € 80.511,77 il danno causato dalla Casa di Cura ed in € 175.641,50 il danno causato dall'AOU.

Le resistenti si costituivano con distinti atti processuali, contestando le rispettive responsabilità.

Il *Controparte_2* deduceva che: l'infezione di cui al primo intervento effettuato in data 25.2.2014 era endogena e non prevenibile; la stessa CTU aveva escluso che la complicanza infettiva fosse stata la conseguenza di condotte sanitarie incongrue o del venir meno del circuito di sterilità; era infatti documentato che sia gli strumenti chirurgici utilizzati durante l'intervento sia i presidi utilizzati durante le medicazioni successive all'intervento soddisfacevano i requisiti di sterilità; era emersa la corretta profilassi antibiotica con cefazolina; l'infezione era stata correttamente trattata tanto che i successivi prelievi avevano dato esito negativo ed a seguito di rimozione della

protesi avvenuta presso il [REDACTED] era stato possibile procedere con il nuovo posizionamento della protesi in data 26.01.2015, proprio perché non vi era più alcuna infezione; da tale data si doveva ritenere che non potesse essere più mossa alcuna responsabilità alla Controparte_3 .

L Organizzazione_4 si costituiva riproponendo, anche con riferimento al giudizio di merito, l'eccezione di inammissibilità già proposta in sede procedimento per ATP, lamentando la mancata allegazione di un inadempimento qualificato addebitato specificamente all'AOU (risultando piuttosto da quanto dichiarato dai CTP attorei in sede di operazioni peritali che gli addebiti mossi riguardassero solamente la Controparte_3).

Ribadiva, sulla base della documentazione versata in atti e dalla stessa ricostruzione cronologica operata dal ricorrente, che Controparte_1 aveva contratto presso la Controparte_3 un'infezione da Staphiloccoccus Haemoliticus (come accertato in data 11.3.14).

I batteri isolati successivamente ai vari interventi erano rappresentati da flora mista saprofita tutti di derivazione fecale, indice non di infezione, ma di colonizzazione, ovvero di una sovrapposizione batterica plurimicrobica -avvenuta su di un terreno più volte aggredito chirurgicamente e già precedentemente infetto- i cui batteri avevano sviluppato un'antibioticoresistenza a causa della necessaria ed ineliminabile terapia antibiotica e profilassi antibiotica preoperatoria assunta per il trattamento dell'infezione protesica diagnosticata il 23.06.14.

Aggiungeva che già in sede di procedimento per ATP aveva rappresentato ai CTU che: parte della terapia antibiotica e delle visite infettivologiche di controllo erano avvenute presso altra struttura sanitaria (Organizzazione_1), specializzata in malattie infettive, cui era stata demandata la gestione della complicanza infettiva manifestatasi a seguito del primo intervento presso la Controparte_3 lo stesso Controparte_1 in occasione delle dimissioni aveva ricevuto l'indicazione di proseguire le cure presso il proprio domicilio con attivazione del servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata, fornita dalla Orga di appartenenza del paziente); tale questione era stata segnalata ma del tutto trascurata dai CTU.

Eccepeva la nullità della CTU: per violazione contraddittorio perché i CTU non avevano risposto ai quesiti dell'AOU e non avevano preso in esame le osservazioni fatte dai suoi CTP; per vizio ultra petizione dal momento che i CTU avevano accertato un inadempimento dell'AOU neanche prospettato dalla parte nel suo atto introduttivo; avevano accertato un'invalidità permanente maggiore di quella dedotta dal ricorrente (che in sede di ricorso per ATP l'aveva quantificata nella misura del 25%, mentre i CTU avevano concluso valutando un danno biologico complessivo del 35% ed in particolare un danno differenziale del 5% a carico della Controparte_3 e del 15% a carico dell'AOU).

Instava quindi per il rigetto delle domande proposte nei suoi confronti, previa acquisizione ex artt. 210-213 c.p.c. di tutta la documentazione medica afferente ai trattamenti sanitari, ai piani terapeutici disposti dagli infettivologi dell' *Org_1* *Organizzazione_1* nel marzo – aprile 2015 ed ai trattamenti somministrati in regime di ADI, il tutto previa dichiarazione di nullità e rinnovazione della CTU.

Sull'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c..

Il Tribunale di Torino, con ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. dep. 26.01.2021 comunicata alle parti in pari data, accoglieva parzialmente le domande di parte ricorrente ed in particolare:

- condannava il *Controparte_2* al risarcimento del danno che quantificava in € 50.000,00 oltre interessi legali dalla domanda al saldo;
- condannava la *Parte_1* di *Pt_1* al risarcimento del danno che quantificava in € 100.000,00 oltre interessi legali dalla domanda al saldo;
- condannava le resistenti in solido al rimborso delle spese di lite (ivi comprese le spese dell'ATP) che liquidava in € 25.000,00 per compensi, ponendo a loro carico le spese di CTU in ATP.

Quanto alle questioni preliminari il Tribunale rilevava che dagli scritti difensivi di parte ricorrente emergesse con chiarezza la *causa petendi* relativa alla posizione dell'A.O.U., *causa petendi* che trovava perfetta corrispondenza nei rilievi effettuati dai CTU.

Quanto all'eccezione di nullità CTU per asserita mancata risposta del CTU ai quesiti dell'AOU e per pronuncia *ultra petita*, il Tribunale precisava che la CTU fosse uno strumento a servizio della verità e del giudizio, dovendo fornire gli elementi necessari e sufficienti affinché il giudice potesse accertare la presenza (o meno) di una responsabilità per malpractice in capo alla parte convenuta.

D'altro canto, il giudizio di merito ex art. 702 bis c.p.c. non poteva essere considerato quale “processo di appello” avverso gli esiti del ricorso per ATP.

Tutte le questioni rilevanti al fine del decidere erano state adeguatamente e minuziosamente affrontate nel contesto dell'esperita CTU in sede di ATP.

Era pertanto dimostrata la piena responsabilità delle due resistenti, dovendosi stimare corrette le valutazioni del CTU sia nell'*an* che nel *quantum*.

Riconosciuta la responsabilità contrattuale di ciascun resistente, esclusa la solidarietà passiva

(trattandosi di episodi lesivi separati e distinti tra di loro), tenuto conto delle c.d. Tabelle *Org_7* per la liquidazione del danno non patrimoniale conseguente a lesioni dell'integrità psico-fisica, avuto riguardo alle considerazioni svolte dal collegio dei CTU, quantificava in via equitativa ed omnicomprensiva il danno complessivamente subito da parte ricorrente in € 50.000,00 a carico del *Controparte_2* ed in € 100.000,00 a carico dell'A.O.U..

Sul giudizio di appello.

Proponeva tempestivo gravame l'AOU rassegnando le conclusioni anche istruttorie riportate in epigrafe ed instando per la sospensione dell'efficacia esecutiva della sentenza.

Con nota del 26.04.2021 l'AOU depositava i documenti pervenuti a sue mani a seguito di istanza di accesso effettuata presso l' *Org_8* aventi ad oggetto parte della documentazione che l'AOU aveva chiesto di acquisire presso altre strutture sanitarie ex artt. 210, 213 c.p.c.

Precisava in proposito di avere effettuato le ricerche necessarie per risalire alla Struttura sanitaria ed al sistema di cure domiciliari che avevano seguito *Controparte_1* giungendo ad identificarli nell' *Org_9*

Con comparsa dep. 21.05.2021 il Policlinico di *Controparte_2* si costituiva in giudizio instando per il rigetto dell'appello principale eccependone la manifesta infondatezza anche ex art. 348 bis c.p.c. e proponendo a sua volta appello incidentale tardivo.

Controparte_1 instava per il rigetto di entrambi i gravami.

Sospesa l'efficacia esecutiva della sentenza appellata relativamente alle statuizioni di condanna emesse nei confronti dell' *Organizzazione_4* , dichiarata inammissibile l'eccezione ex art. 348 bis c.p.c., trattenuta la causa in decisione in data 03.02.2022, rimessa la causa sul ruolo in vista dell'imminente pensionamento del Consigliere relatore, svolta la trattazione scritta dell'udienza fissata per la precisazione delle conclusioni, la causa veniva nuovamente trattenuta in decisione all'udienza del 13.10.2022 con ulteriore assegnazione dei termini ex art. 190, 2° comma, c.p.c. (espressamente richiesti dal *Controparte_2*).

MOTIVI DELLA DECISIONE

[...] .

Con il primo motivo l'A.O.U. censura l'ordinanza impugnata deducendo che la stessa sarebbe sprovvista di motivazione, difettando totalmente dell'esposizione dei motivi in fatto ed in diritto della decisione in relazione alle eccezioni ed alle difese sollevate dalla stessa A.O.U.

Il Tribunale si sarebbe limitato ad asserzioni generiche, apodittiche ed assolutamente non motivate, non avendo indicato gli elementi da cui ha tratto il proprio convincimento, essendosi invece limitato a riportare le difese del ricorrente.

a) Quanto alla motivazione apparente sul difetto di causa petendi, negli atti processuali di CP_1 [...] non vi sarebbe alcuna contestazione volta a collegare i postumi lamentati alla prestazione sanitaria resa dalla Contr

Anzi, in sede di ATP, gli stessi consulenti tecnici del ricorrente avrebbero dato atto di non voler muovere alcuna censura all'attività dell'AOU, intendendo piuttosto focalizzare l'attenzione sull'intervento eseguito dal Controparte_2

Sul punto il Tribunale si sarebbe del tutto apoditticamente limitato ad affermare che “Quanto alle questioni preliminari sollevate dalla convenuta A.O.U. sarà il caso di rilevare come dagli scritti difensivi di parte ricorrente emerga, contrariamente rispetto a quanto affermato dalla convenuta, la chiara presenza di una *causa petendi*, anche nei riguardi della convenuta predetta”.

Si tratterebbe all'evidenza di motivazione apparente e come tale inammissibile.

Il Tribunale avrebbe invece dovuto indicare quale sia l'inadempimento qualificato ascritto da CP_1 [...] all'Contr.

L'omessa esplicitazione di uno specifico inadempimento, già eccepita in sede di ATP, avrebbe arrecato un evidente *vulnus* al diritto di difesa dell'AOU ed avrebbe di fatto consentito di effettuare una CTU sostanzialmente esplorativa.

b) Quanto alla motivazione apparente sulla nullità della CTU, osserva che i consulenti, in sede di stesura della “bozza di CTU” non avevano riportato né risposto agli specifici quesiti formulati dall'AOU.

La risposta a tali quesiti è poi avvenuta con il deposito della relazione definitiva, con la conseguenza che l'AOU sarebbe stata di fatto privata della possibilità di formulare osservazioni critiche all'elaborato peritale nella parte concernente la risposta ai “suoi” quesiti.

In relazione alle copiose ed argomentate contestazioni in merito ai gravi vizi della CTU, il Tribunale si sarebbe limitato a precisare che la CTU sia strumento a servizio della verità e del giudizio del Giudice, omettendo peraltro di illustrare le ragioni per cui abbia ritenuto insussistente l'eccepita nullità.

c) Quanto alla motivazione apparente sul vizio di ultra petizione della CTU, l'ordinanza sarebbe lapidaria, essendosi il Tribunale limitato ad affermare che il collegio peritale debba accertare la verità e solo la verità, che sia compito del giudice incaricare il collegio di compiere tutte le indagini necessarie ed utili per accertare la pura e semplice verità dei fatti. La qual cosa a ben vedere sarebbe una non motivazione.

Il Tribunale non avrebbe neanche considerato che parte ricorrente abbia quantificato la propria invalidità permanente nel 25% mentre i CTU l'hanno riconosciuta nella misura del 35%, con ciò andando ben oltre le richieste della parte.

Con il secondo motivo censura l'ordinanza nella parte in cui il Tribunale ha ommesso di prendere posizione in ordine alle osservazioni critiche mosse alla CTU e rimaste prive di chiarimenti.

Il Tribunale si sarebbe limitato ad affermare che il giudizio di merito non possa essere considerato alla stregua di un improprio "processo d'appello" rispetto a quanto emerso in sede di ATP.

Il giudizio di merito, pur se introdotto nelle forme del rito sommario di cognizione ex art. 702 bis c.p.c., sarebbe invece la sede appropriata in cui il giudicante è chiamato alla valutazione di tutti gli aspetti controversi, ivi comprese le questioni tecniche devolute alla CTU.

Con il terzo motivo, si duole che il Tribunale abbia aderito alla CTU senza tenere in considerazione le osservazioni critiche già a suo tempo mosse alla CTU in ordine:

- alla mancata e/o erronea valutazione di alcuni documenti decisivi, con particolare riferimento ai documenti concernenti la procedura terapeutica seguita da Controparte_1 nel marzo - aprile 2015;
- all'erronea valutazione della datazione dei Protocolli di prevenzione del rischio infettivo.

La mancanza di motivazione sul punto sarebbe tale da non potersi comprendere neanche se il Tribunale abbia verificato ed approfondito gli atti dell'AOU.

Con il quarto motivo, deduce che il Tribunale non avrebbe valutato e/o avrebbe erroneamente valutato i plurimi errori e le omissioni in cui è incorsa la CTU con riferimento all'inadempimento dell'AOU ed al

nesso di causalità con l'evento dedotto in giudizio, nesso di causalità che sarebbe a ben vedere del tutto insussistente.

In particolare, l'AOU rileva i seguenti errori della CTU e quindi dell'ordinanza decisoria.

a) Mancata/erronea valutazione delle risultanze peritali relative alla procedura terapeutica seguita nel marzo - aprile 2015.

I CTU avrebbero errato nel ritenere che vi sia stato un vuoto di terapia antibiotica dal 19.03.2015 (data del tampone da cui è emersa l'infezione a due batteri da curare, secondo i CTU, con il *Org_3*) al 27.04.2015 (data in cui secondo i CTU ha avuto inizio la terapia antibiotica con tale farmaco) e che tale vuoto abbia comportato un'inadeguata gestione intermedia del processo settico ricorrendo quindi un censurabile difetto di comunicazione tra gli specialisti medici dell' *Pt_1* appellante e gli infettivologi dell' *Org_1*

Dalle produzioni documentali versate in atti (fascicolo █████ in ATP, docc. 20, 21, 22, 23 bis) risulterebbe che il *Org_3* sia stato prescritto dagli infettivologi dell' *Org_1* che gli infettivologi siano stati informati dell'esito dei controlli effettuati dall'AOU e che tra gli specialisti dell'AOU e gli infettivologi dell' *Org_1* siano stati instaurati una comunicazione ed un confronto continui.

I CTU non avrebbero considerato quanto dedotto dall'AOU ovverosia che il paziente dal 19.03.2015 al 16.04.2015 non era ricoverato ma seguito in regime di cure a domicilio, ragione per la quale la somministrazione del *Org_3* era stata effettuata in tale regime di assistenza sanitaria, gestito dal medico di base, con conseguente esclusione di responsabilità dell' *Contr*

Ove le produzioni documentali già in atti non fossero ritenute sufficienti, l'AOU ha insistito per l'acquisizione ex artt. 210, 213 c.p.c. della documentazione afferente alle cure somministrate a *CP_1*
[...]

b) Il Tribunale non si sarebbe pronunciato su un dedotto vizio della CTU consistente nell'erronea lettura di un documento prodotto dall' *Pt_1* relativo all'ottima valutazione espressa da parte dell' *Organizzazione_10* in merito alle attività di prevenzione del rischio infettivologico svolte nell'anno 2014 dal *CP_5* .

I Consulenti non hanno riconosciuto alcun valore a tale documento dapprima sostenendo erroneamente che detta valutazione riguardasse l'anno 2013 e successivamente (avvedutisi che la valutazione

riguardava proprio l'anno 2014 oggetto di causa), ne hanno svilito il significato definendola soltanto una "dichiarazione di intenti".

Si tratterebbe di affermazione del tutto errata, venendo in rilievo una rendicontazione (non una dichiarazione di intenti) dell'attività svolta per il controllo e la sorveglianza del rischio infettivo.

Parimenti l'AOU avrebbe documentato che l'analoga attività svolta nel 2015, sebbene rendicontata ed inoltrata alla Org_5 non sia stata poi oggetto di valutazione da parte della Org_5

Su tali aspetti l'AOU ha anche dedotto prova orale cui il Tribunale non avrebbe fatto alcun accenno.

c) Il Tribunale non avrebbe considerato le osservazioni critiche dell'AOU in merito all'assunto dei CTU secondo i quali i protocolli dell'Azienda sono datati.

L'AOU avrebbe replicato in proposito sostenendo che i protocolli prodotti debbano essere necessariamente antecedenti ai fatti di causa (fatti di causa 2014-2015) e che debbano essere aggiornati solo in caso di modificazione delle linee guida tali da imporne la revisione.

Neanche i CTU avrebbero chiarito quali siano le Linee Guida eventualmente non seguite e/o sopravvenute, essendosi piuttosto limitati a criticare la datazione dei protocolli senza nulla aggiungere.

L'affermazione quindi che i protocolli non sono aggiornati da una parte sarebbe errata e dall'altra fine a sé stessa.

d) Sarebbe infine errata la parte dell'ordinanza definitiva con la quale il Tribunale ha affermato che "l'ampia discussione del caso da parte del Collegio peritale e le persuasive risposte alle osservazioni dei cc.tt.pp. convincono il Tribunale dell'esattezza delle valutazioni operate dal Collegio stesso".

L'AOU rileva che i suoi CTP, in sede di rilievi critici all'elaborato peritale, avrebbero sottolineato che il paziente presentava, in considerazione delle sue particolari condizioni patologiche, un rischio infettivo elevato rispetto alla media, per la presenza di artrite reumatoide e per l'assunzione di anticoagulanti orali.

I CTU, dopo aver concordato sulla sussistenza di incrementati fattori di rischio, sulla necessità di un intervento di rimozione e sugli aumentati rischi di fallimento della revisione anche in seguito alle trasfusioni, del tutto contraddittoriamente hanno concluso ritenendo ininfluenti tali aspetti, senza considerare che il processo di infezione è stato un evento prevedibile per gli aumentati fattori di rischio sopra esposti, ma non evitabile.

Con il quinto motivo, censura l'ordinanza laddove la stessa non si è pronunciata in merito all'incremento della misura percentuale dell'invalidità permanente operata dal CTU rispetto alle iniziali indicazioni di parte ricorrente.

Non solo la CTU sarebbe incorsa nel vizio di ultra petizione, ma analogo errore sarebbe stato commesso dal Tribunale atteso che lo stesso non avrebbe dovuto pronunciarsi oltre i limiti della domanda: la CTU avrebbe infatti accertato un danno biologico permanente superiore del 10% rispetto a quello domandato da parte attrice nel ricorso ex art. 696 bis c.p.c. (35% contro 25%).

Il Tribunale avrebbe altresì violato il disposto dell'art. 1226 c.c.

Se è vero che nel caso concreto il danno debba essere liquidato equitativamente, sarebbe anche vero che il Tribunale non abbia indicato i criteri sottesi alla quantificazione del danno, limitandosi ad un generico rimando alla CTU.

Con il sesto motivo, l'^{Contr} censura l'ordinanza in punto spese in quanto esorbitanti.

Nel liquidare le spese legali il Tribunale non avrebbe tenuto conto dei valori medi del tariffario e non avrebbe neanche indicato le ragioni per le quali abbia ritenuto di disattendere i valori tariffari medi. L'importo corretto sarebbe infatti approssimativamente corrispondente alla metà di quanto liquidato.

Con il settimo motivo, si duole che il Tribunale abbia deciso di non procedere alla rinnovazione della CTU, istanza riproposta in sede di gravame.

Rileva che nella CTU in ATP, la specialista incaricata è esperta in microbiologia (materia che verte sulla identificazione e studio di germi e batteri), priva pertanto di esperienza nel settore dell'infettivologia, materia che verte sulla cura delle infezioni in concreto e che sarebbe l'unica idonea alla valutazione del caso *sub iudice*.

II) Difese del Controparte_2 Controparte_2

Il Controparte_2 premette che il periodo di interesse per valutare la sua eventuale responsabilità vada dal 24.02.2014 fino al 18.02.2015, data in cui il paziente è stato dimesso dal Contr a seguito del reimpianto della protesi.

La decisione di procedere ad intervento di reimpianto dimostrerebbe infatti la guarigione dall'infezione *Staphylococcus Haemolyticus* contratta presso la CP_3.

Attestata la guarigione dalla "prima" infezione, non vi sarebbe alcuna correlazione fra l'operato della

CP_2 e l'iter clinico successivo al 18.02.2015.

Per ciò che concerne i motivi di appello dell' Parte_1 , rileva che il Tribunale si sarebbe esaustivamente pronunciato sulla carenza di *causa petendi* e sull'indagine *ultra petita*.

Rileva in proposito la correttezza della motivazione del Tribunale, dando altresì atto che le infezioni contratte dal paziente successivamente alla negatività dei tamponi culturali (eseguiti in data 16.07.2014 ed in data 26.01.2015) certamente non sarebbero ascrivibili al CP_2 .

La CP_3 ha quindi proposto appello incidentale tardivo ex art. 334 c.p.c. in punto carenza di motivazione ex art. 111 comma 6 Cost. ed illogicità e contraddittorietà della pronuncia.

Censura l'ordinanza del Tribunale nella parte in cui è stata ritenuta sussistente la responsabilità del Controparte_2 in relazione all'infezione contratta da Controparte_1 in occasione dell'intervento chirurgico del 25.02.2014.

Rileva in particolare che:

- le infezioni non sarebbero sempre da ricondursi ad una cattiva organizzazione aziendale, ben potendo essere funzionali all'intervento, in misura più o meno elevata a seconda della tipologia dell'intervento e del paziente;
- il c.d. "rischio zero" in tema di infezioni non sarebbe perseguibile in assoluto a prescindere dagli accorgimenti attuati;
- l'onere della prova della struttura sanitaria si concretizzerebbe nella dimostrazione di avere adottato ed applicato idonei protocolli di gestione del "rischio infezione", di avere tempestivamente diagnosticato e correttamente trattato l'infezione eventualmente insorta;
- una simile prova è stata ampiamente offerta dal Policlinico di CP_2 come rilevato dai CTU.

Vi sarebbe quindi prova che la "prima infezione" sia stata gestita in modo adeguato.

L'ordinanza definitiva, pertanto, oltre che priva di motivazione si appaleserebbe carente di qualsivoglia logicità e coerenza, rispetto alle conclusioni cui sono pervenuti gli stessi CTU.

III) Parte_3

[...] ha contestato l'appello principale.

Il Tribunale avrebbe compiutamente motivato la decisione aderendo alla CTU atteso che gli addebiti

mossi dal ricorrente all'AOU sarebbero chiaramente evincibili dalle conclusioni rassegnate nel giudizio di merito, essendo irrilevante l'extrapolazione di frasi dei CTP operata dall'appellante.

Sarebbe generica ed infondata l'eccezione di nullità della CTU.

Il ricorrente (sia in ATP che nel ricorso ex art. 702 bis c.p.c.) non avrebbe mai esattamente quantificato la misura dell'invalidità permanente e del danno, avendo operato solamente un'indicazione di massima sulla base di quanto riportato nella relazione del suo CTP, con la conseguenza che non ricorrerebbe un vizio di ultrapetizione della CTU e/o dell'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c..

Con riferimento alla procedura terapeutica seguita, i CTU avrebbero lamentato non un vuoto terapeutico dal 19.3.2015 al 27.04.2015 ma la sospensione della cura antibiotica. Ricorrerebbe quindi un errore medico comprovato documentalmente, come rilevato dai CTU a pagg. 67/131 della relazione peritale.

Sarebbe quindi influente ai fini del decidere il documento dell' *Organizzazione_10*

[...]

Le spese processuali sarebbero state infine correttamente liquidate.

L'appello incidentale del *Controparte_2* sarebbe inammissibile in quanto la *CP_2* ha spontaneamente provveduto al pagamento dell'importo indicato nell'ordinanza impugnata, dimostrando con questo comportamento la propria acquiescenza.

In ogni caso i CTU avrebbero riconosciuto la responsabilità della *CP_3* :

- rilevando il nesso causale tra l'intervento del 25.02.2014 e l'insorgenza dell'infezione,
- precisando che nel caso concreto si trattasse di infezione nosocomiale;
- affermando di non potersi esprimere sull'effettiva applicazione dei protocolli di cui la *CP_3* si era dotata.

IV) Decisione della Corte.

1) Deve innanzitutto essere dichiarata l'inammissibilità dell'appello incidentale tardivo del [...]

Controparte_2

Occorre premettere che l'appello principale dell' *Organizzazione_4* è

stato rivolto esclusivamente contro *Controparte_1* non invece contro il *CP_2* .

Avuto riguardo alle conclusioni formulate in appello, la posizione del *CP_2* non è quindi coinvolta o potenzialmente pregiudicata dall'appello principale.

Le due strutture sanitarie sono state infatti condannate al risarcimento dei danni non in via solidale, avendo il Tribunale affermato che vengono in rilievo episodi lesivi separati e distinti tra di loro.

Le spese di lite sono state invece poste in solido in capo alle parti resistenti.

Secondo la giurisprudenza le obbligazioni solidali, ed a maggior ragione le obbligazioni autonome, danno luogo a rapporti giuridici distinti che possono essere cumulativamente dedotti in un unico processo per effetto della scelta del creditore di agire nella stessa sede nei confronti di più debitori.

Vengono quindi in rilievo rapporti processuali scindibili e correlativamente impugnazioni relative a cause scindibili ex art. 332 c.p.c..

“Nelle cause scindibili o indipendenti, l'appello incidentale tardivo, pur potendo investire capi diversi da quelli impugnati in via principale, non può determinare un'estensione soggettiva del giudizio e non può, pertanto, essere proposto contro parti diverse da quelle che hanno proposto l'impugnazione in via principale, nei confronti delle quali deve ritenersi formato il giudicato interno” (Corte di Cassazione Sez. 6 - 2, Ordinanza n. 5989 del 04/03/2020).

Anche ove ricorrano obbligazioni solidali azionate in un unico giudizio, trattandosi di cause scindibili ed indipendenti, l'impugnazione proposta da uno dei condebitori solidali non giova agli altri condebitori per i quali sia oramai decorso il termine ordinario di impugnazione né gli stessi possono “giovare dell'impugnazione incidentale tardiva, ai sensi dell'art. 334 c.p.c., operando le forme e i termini stabiliti da questa norma esclusivamente per l'impugnazione incidentale in senso stretto, ossia per quella proveniente dalla parte *contro* la quale è stata proposta l'impugnazione principale, o per quella chiamata ad integrare il contraddittorio a norma dell'art. 331 c.p.c.” (Corte di Cassazione, Sez. U , Sentenza n. 23903 del 29/10/2020 in tema di responsabilità erariale).

In definitiva l'interesse del *CP_2* alla proposizione dell'impugnazione non è sorto per effetto della proposizione dell'appello principale ma esclusivamente in conseguenza della soccombenza.

La posizione del Policlinico, in virtù della giurisprudenza appena richiamata, non può neanche essere pregiudicata dalla proposizione dell'appello principale.

Ne consegue che il *CP_2* avrebbe dovuto proporre impugnazione entro il termine ordinario di cui all'art. 702 quater c.p.c., non invece nella forma dell'appello incidentale tardivo ex art. 334 c.p.c.

Tornando al caso di specie, il termine per proporre impugnazione ex art. 702 quater c.p.c. è di trenta giorni.

L'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. è stata comunicata alle parti il 26.01.2021 ed il termine di impugnazione è scaduto il 25.02.21.

L'appello incidentale del CP_2 è stato tardivamente depositato in data 21.05.21 ed è quindi inammissibile.

2) Il primo motivo di appello principale, afferente al vizio di omessa motivazione, è fondato.

L'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. si concretizza in effetti nella mera illustrazione del contenuto del ricorso per ATP, del ricorso ex art. 702 bis c.p.c. e delle conclusioni dei CTU.

Il Tribunale peraltro:

- non ha spiegato la ragione per la quale ha escluso la nullità dei due ricorsi introduttivi (rispettivamente ATP ed art. 702 bis c.p.c) per difetto di *causa petendi*, salvo affermare che la stessa “emerge” dagli scritti difensivi;
- non ha illustrato le ragioni per le quali ha ritenuto infondate le plurime censure di nullità della CTU, limitandosi ad affermare che la CTU sia uno strumento a servizio della verità.

Come è noto la sentenza e/o l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. sono nulle quando manchi l'esposizione, anche in forma concisa, delle ragioni in fatto o in diritto della decisione, come prescritto dall'art. 132, 2° comma n. 4 c.p.c., vale a dire quando non sia possibile comprendere le ragioni della decisione.

Tale è per l'appunto il caso *sub iudice* atteso che la disamina del provvedimento decisorio non consente di comprendere il percorso logico seguito dal Tribunale.

Deve pertanto essere dichiarata la nullità dell'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. limitatamente alle statuizioni riguardanti l'AOU.

La nullità dell'ordinanza definitiva, relativamente alla posizione dell'AOU, non esime questa Corte dall'esaminare nel merito le questioni controverse.

3) La motivazione del Tribunale è innanzitutto laconica nell'illustrazione delle ragioni per le quali è stato ritenuto che il ricorso introduttivo del giudizio di merito ed ancor prima il ricorso per ATP, non siano nulli per omessa allegazione dei fatti costitutivi della pretesa e più nel dettaglio dell'inadempimento qualificato ascritto all'AOU.

E' peraltro vero che negli atti introduttivi del giudizio la *causa petendi* possa essere estrapolata dall'articolata esposizione in fatto e dagli addebiti mossi in merito alle infezioni nosocomiali.

In estrema sintesi *Controparte_1*

- ha allegato di essere stato sottoposto a plurimi interventi chirurgici, alcuni dei quali eseguiti presso la *Controparte_3* ed altri presso l'AOU;
- ha allegato di avere contratto infezioni nosocomiali presso ciascuna struttura in conseguenza di alcuni di questi interventi chirurgici;
- ha poi illustrato (mediante trascrizione di quanto riportato nella sua CTP) quale siano gli adempimenti che dovrebbero gravare sulle strutture sanitarie per ridurre il rischio di infezioni nosocomiali;
- ha quindi dato atto che per effetto delle infezioni contratte presso ciascuna struttura sanitaria le sue condizioni di salute siano sensibilmente peggiorate rispetto a quello che ordinariamente dovrebbe essere l'esito di un intervento di artroprotesi.

Pur nella indubbia difficoltà di lettura degli atti introduttivi (sia dell'ATP che del giudizio di merito), non può condividersi l'assunto dell'AOU secondo il quale tali atti processuali non contengano una sufficiente illustrazione dei fatti costitutivi della pretesa, con particolare riferimento all'allegazione dell'inadempimento qualificato addebitato a ciascuna struttura sanitaria.

L'inadempimento qualificato ascritto all'AOU consiste nel caso di specie nella contrazione di infezioni nosocomiali durante il ricovero occorso presso tale struttura sanitaria.

D'altro canto (pur avendolo in parte fatto riportando alcuni stralci della CTP) non era onere del ricorrente chiarire quali specifiche procedure dovesse seguire la *Orga* per ridurre il rischio di infezioni nosocomiali.

L'allegazione di avere contratto un'infezione nosocomiale, consente del tutto ragionevolmente alla struttura sanitaria convenuta di difendersi ovvero sia di individuare quale sia la prova che la stessa deve fornire in giudizio per dimostrare di avere adempiuto.

Come è noto in tema di infezioni nosocomiali la giurisprudenza afferma che la prova liberatoria in ordine al corretto adempimento debba essere soddisfatta "sotto due specifici profili: 1) sul piano generale, quello relativo all'adozione, ai fini della salvaguardia delle condizioni igieniche dei locali e della profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, di tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza appunto di patologie infettive

a carattere batterico; 2) sul piano individuale, quello relativo alla prestazione, ad opera del personale medico, del necessario e doveroso trattamento terapeutico valutando se, nel caso specifico, fosse stata praticata una corretta terapia profilattica pre e post-intervento” (Corte di Cassazione, Sez. 3, Sentenza n. 4864 del 2021, parte motiva).

In definitiva l’AOU è stata posta nelle condizioni di difendersi sin dall’ATP, ragione per la quale la CTU esperita in quella sede non è stata esplorativa.

Se è vero che, per quanto verbalizzato in sede di operazioni peritali, i CT di *Controparte_1* hanno dichiarato che non vi sia alcuna “censura in relazione all’attività posta in essere presso la [...] *Organizzazione_4* [...]” è anche vero che gli stessi CTP hanno poi dichiarato che “le successive infezioni rilevate in occasione delle attività eseguite presso l’ *Organizzazione_4* [...] *Pt_1* sono state concausate dall’inadeguata iniziale gestione del *Controparte_2* [...] , con ciò affermandosi che la prima infezione contratta presso la *Controparte_3* sia stata solo una delle concause che hanno determinato l’evento.

D’altro canto, è innegabile che:

- l’attore si è espresso in senso diametralmente opposto sia il ricorso per ATP (ove la responsabilità è stata ascritta a tutte e tre le strutture sanitarie convenute) sia il ricorso ex art. 702 c.p.c.;
- le affermazioni dei CTP rese in sede di operazioni peritali non possono valere quale allegazione dei fatti costitutivi della pretesa.

4) La contestazione afferente alla nullità della CTU (sostanzialmente per lesione del contraddittorio) viene esaminata unitamente al secondo motivo di gravame.

Non è condivisibile l’assunto del Tribunale secondo il quale non possano muoversi contestazioni alla CTU nel corso del giudizio di merito in quanto lo stesso verrebbe di fatto trasformato in una sorta di (improprio) processo di appello rispetto a quello svolto in sede di A.T.P..

In effetti la giurisprudenza della Corte di Cassazione si è espressa in ordine all’ammissibilità di osservazioni critiche alla CTU anche ove non formulate in sede di operazioni peritali, di talché il giudizio di merito è la sede in cui “risolvere” aspetti in ipotesi ancora controversi dell’accertamento peritale.

A maggior ragione siffatte considerazioni sono vevoli nell’ipotesi in cui la CTU sia stata svolta in sede di ATP.

Ciò premesso, non è fondata l'eccezione di nullità della CTU come proposta da parte appellante.

Se effettivamente in un primo momento i CTU non hanno riportato i quesiti specificamente formulati dall'AOU nel corso dell'ATP, è anche vero che nella maggior parte dei casi la risposta a tali quesiti (con particolare riferimento ai quesiti da n. 1 a n. 6) sia stata implicitamente fornita nel rispondere ai quesiti formulati da tutte le altre parti processuali, come hanno dato atto gli stessi CTU nel loro elaborato peritale (relazione pag.86).

Relativamente agli ulteriori quesiti (da n. 6 bis a n. 8) i CTU hanno risposto in sede di stesura della relazione definitiva.

Non può ragionevolmente affermarsi che ciò abbia comportato una menomazione del diritto di difesa della parte nell'ambito del processo, essendo sempre possibile, anche in sede di gravame, formulare osservazioni critiche alla CTU, pur se in ipotesi nuove (Corte di Cassazione Sez. U , Sentenza n. 5624 del 21/02/2022).

Pertanto la circostanza che i CT dell'AOU nel corso delle operazioni peritali non abbiano potuto ulteriormente replicare in merito alle risposte concernenti “i loro quesiti”, non può avere arrecato alla parte alcun pregiudizio proprio a fronte della giurisprudenza appena richiamata.

5) Quanto al terzo e quarto motivo di gravame (concernenti gli errori e le omissioni in cui sarebbero incorsi i CTU e la mancata risposta alle osservazioni critiche mosse all'elaborato peritale dai CTP dell'AOU), di seguito vengono riportati i passaggi salienti della relazione, rimandando per una più approfondita disamina allo stesso elaborato peritale.

Il reimpianto della seconda protesi in data 26.01.2015 presso l'AOU è avvenuto quando il primo episodio infettivo insorto presso la **Controparte_3** era completamente guarito, in quanto gli esiti dei reperti microbiologici ed istologici erano in accordo con situazione di scarsa/assente reazione infiammatoria (relazione peritale pag. 65).

Nella nota a piè di pagina n.30 i CTU hanno spiegato che in tal senso deponevano i sei prelievi intraoperatori, la biopsia sinoviale ed il citologico aspirato intraoperatorio.

Nel decorso post operatorio è stata correttamente somministrata terapia con **Org_11** e **Org_12** , farmaci che offrono un'ampia copertura batteri GRAM-positivi anche multi-resistenti e GRAM-negativi (farmaci con ottima penetrazione nel tessuto osteo-articolare, relazione peritale pag. 65 e nota a piè di pagina

n. 33).

In data 19/03/15 è stato effettuato un “tampone per batteriologico” con successivo isolamento di Staphylococcus haemolyticus meticillino-resistente e di Enterococcus faecium VRE, ancora sensibile alla Teicoplanina, seppur con MIC elevata, ed al Linezolid. Risulta, quindi, isolamento di due ceppi di chiara origine nosocomiale.

Nelle note a piè di pagina (nota n. 41) i CTU hanno spiegato che si tratta infezione necessariamente nosocomiale “in quanto conseguenza della pressione selettiva esercitata dall’impiego non sempre congruo della Org_13 (antibiotico ampiamente utilizzato a livello ospedaliero per le infezioni di cute, tessuti molli e osteoarticolari da batteri GRAM-positivi) e non da pressione selettiva di precedenti terapie antibiotiche nel paziente”.

L’esito del tampone è stato certamente controllato in occasione della consulenza di chirurgia plastica 26/03/15 (che ha prescritto Org_3) ma, altrettanto certamente, non è stato comunicato all’infettivologo che in data 09/04/15 non ha menzionato la presenza dell’Enterococcus faecium VRE ma ha annotato che nonostante le pregresse indicazioni del 3.3.15 la terapia antibiotica non è stata sospesa fino a fine marzo (relazione CTU pag. 66).

Dai documenti disponibili risulta la sospensione della terapia antibiotica a fine marzo 2015.

L’inserimento in terapia del Org_3 risulta dal 27/04/15, vale a dire dal momento del reingresso del paziente presso il [REDACTED] dell’ Parte_1
[...].

Sussiste quindi un “vuoto” di idonea terapia antibiotica per circa un mese, indicativo di inadeguata gestione del processo settico (relazione CTU pag. 67).

Dai tamponi intraoperatori eseguiti in occasione dell’intervento del 28.05.2015 microbiologici risulta la presenza di Enterococcus faecium VRE, Klebsiella pneumoniae ESBL-positiva ed Escherichia coli.

Si tratta, quindi, di precoce infezione protesica da parte di batteri rilevatori di una contaminazione fecale dell’ambiente nosocomiale con probabile collocazione temporale dell’inoculo o all’atto delle manualità operatorie 26/01/15 o, più tardi, a partire dall’infezione della ferita chirurgica certificata dal 05/03/15 e, quindi, con caratteristica di progressione dalla superficie in profondità per manipolazioni conseguenti ai trattamenti. Il riscontro in data 19/03/15 di Enterococcus faecium VRE nel tampone della ferita chirurgica

farebbe propendere per una progressione dell'infezione dalla superficie in profondità (relazione CTU pag. 69).

Quanto alla documentazione depositata dall'AOU al fine di dimostrare l'adesione ai criteri previsti per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, i CTU hanno dato atto che la documentazione prodotta è da considerarsi incompleta e tale da non dimostrare la pianificazione di attività strategiche nei confronti di infezioni correlate (relazione CTU pagg. 73, 74).

In particolare (vedasi nota a piè di pagina n. 68 pag. 73):

- la relazione del 2014 sull'aderenza agli indicatori della **Org_5** pur dimostrando che il **[REDACTED]** è rientrato con punteggio positivo (94/100), fa specifico riferimento al fatto che l'anno precedente gli standard non erano a quel livello e si esprime relazionando "un positivo recupero di attenzione alla tematica di sorveglianza e controllo precedentemente trascurate", potendosi dedurre che le strategie di controllo non siano sempre state al livello di quanto valutato dalla **Org_5** nel 2014;
- mancano evidenze sul controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) messo in atto per gli anni 2014, 2015 e 2016 (relazioni inviate dal **[REDACTED]** alla **Org_5** rispettivamente nel 2015, 2016 e 2017) anni in cui si sono svolti i fatti per cui è valutazione;
- non vi è cenno a norme di comportamento in sala operatoria, controllo microbiologico e ambientale di superfici e aria, se non attraverso procedure datate al 2009 e non aggiornate;
- quasi tutte le procedure presentate non sono aggiornate ad anni vicini a quelli dei fatti (2014, 2015 e 2016) né vi sono documenti da cui si possa evincere che il controllo delle ^{Or} **[REDACTED]** è monitorato e sotto stretta sorveglianza da parte direzionale;
- in particolare mancano: verbali di riunioni del CIO (Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere), audit e valutazioni critiche della realtà, dati reali sulla prevalenza e incidenza di infezioni del sito chirurgico e delle protesi;
- in relazione all'intervento di PTG (Protesi Totale Ginocchio) il **[REDACTED]** non ha fornito procedure di profilassi antibiotica somministrata (molecola utilizzata, ora di somministrazione antibiotico e ora di inizio intervento), di trattamento strumentario chirurgico (decontaminazione, deterzione asciugatura sterilizzazione), di tracciabilità del processo di sterilizzazione e di antibiotico-stewardship per il buon uso degli antibiotici.

Relativamente alla deduzione dell'AOU secondo la quale le infezioni verificatesi a seguito del reimpianto protesico eseguito presso la stessa AOU ben avrebbero potuto essere contratte dal paziente a domicilio e/o dall'assistenza sanitaria prestata al di fuori dei presidi ospedalieri, i CTU hanno replicato che:

- si tratta di ceppi certamente di origine nosocomiale (relazione CTU pag. 87), la stessa compresenza di

Enterococcus faecium VRE, Klebsiella pneumoniae ESBL-positiva ed Escherichia coli nei prelievi intraoperatori 28/05/15 conferma trattarsi di infezione protesica polimicrobica da batteri di origine nosocomiale, differente da quella individuata su tampone 07/03/14 e con probabile origine o all'atto della manualità operatoria 26/01/15 o a partire dall'infezione della ferita chirurgica certificata dal 05/03/15 (relazione CTU pag. 75);

- la chiara eziologianosocomiale è desumibile dal profilo di farmacoresistenza (nota a piè di pagina n. 110).

Relativamente alla contestazione da parte dell'AOU che si sia effettivamente verificata la sospensione della terapia antibiotica da fine marzo 2015 e l'inizio della somministrazione di **Org_3** nonché l'omessa comunicazione all'infettivologo dell'esito del tampone del 10.03.2015 i CTU hanno rilevato che:

- è indubbio che qualsiasi sanitario, anche non medico, di fronte al risultato di un tampone che individua una contaminazione batterica è in grado di comprendere che occorre impostare una conforme terapia antibiotica;
- ragione per la quale il 09.04.2015 l'infettivologo non era certamente a conoscenza dell'esito del tampone 19/03/15 con la precisazione che tale farmaco può essere somministrato solamente in ambito ospedaliero, previo consulto di micobiologo e/o infettivologo, mancando in atti la prova di tale consultazione e della somministrazione del **Org_3** dimostrata solo a partire dal 27.04.2015, non prima (relazione CTU pagg. 91, 92, 93).

Relativamente all'osservazione critica concernente la non significatività e/o risalenza della documentazione prodotta in merito alla gestione del rischio infezioni i CTU hanno replicato che:

- la documentazione prodotta si riferisce effettivamente all'anno 2014 ma è da considerarsi insufficiente a documentare la pianificazione dell'attività strategica nei confronti di infezioni correlate all'assistenza;
- indipendentemente dalla relazione 2014 sull'aderenza agli indicatori della **Org_5** "Mancano, poi, importanti evidenze sul controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza messo in atto dall'Azienda nel 2015 e nel 2016, anni in cui si sono svolti i fatti e la vicenda clinica oggetto di valutazione"

"In particolare, per l'importanza che hanno nella chirurgia protesica, non vi è cenno a norme di comportamento in Sala operatoria, controllo microbiologico e ambientale di superfici, ambiente, lettini e aria, se non attraverso procedure datate 2009 e non aggiornate. All'intervento del 16/07/14 erano presenti in Sala Operatoria sette sanitari ed in quello del 12/10/15 risulterebbero - per come riportato nella documentazione di Sala Operatoria - quattordici persone anche se, è da comprendere il perché, l'Atto Operatorio riporta solo cinque nominativi. In generale, quasi tutte le procedure presentate non sono aggiornate ad anni prossimi a quelli dei fatti né vi sono documenti da cui si possa evincere che il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza sia stato monitorato e/o sotto stretta sorveglianza da parte

direzionale. Mancano i verbali di riunioni del Comitato per il Controllo delle Infezioni e audit, nonché dati su prevalenza ed incidenza di infezioni del sito chirurgico e delle protesi. Si ribadisce che, in riferimento all'intervento di protesi di ginocchio, la Organizzazione_4 non ha fornito procedure essenziali quali: profilassi antibiotica somministrata (molecola utilizzata, ora di somministrazione ed ora di inizio intervento); procedure di trattamento dello strumentario chirurgico (decontaminazione, detersione, asciugatura, sterilizzazione); procedure di tracciabilità del processo di sterilizzazione; procedure di antibiotico-stewardship per il buon uso degli antibiotici in Ospedale" (relazione CTU pagg. 94, 95).

Ciò premesso, non è condivisibile l'assunto dell'appellante secondo cui i CTU abbiano omesso di replicare alle osservazioni critiche dell'AOU, potendosi tutt'al più discutere se tali repliche siano esaustive, condivisibili e se siano sussistenti gli errori ascritti alla relazione peritale.

6) Come in precedenza già illustrato la giurisprudenza è oramai concorde nell'affermare che, dedotta la contrazione di un'infezione nosocomiale, la struttura sanitaria per andare esente da responsabilità debba cumulativamente dimostrare:

- sul piano generale di avere adottato ed applicato protocolli volti a salvaguardare le condizioni igieniche dei locali, la profilassi della strumentazione chirurgica eventualmente adoperata, tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, onde scongiurare l'insorgenza appunto di patologie infettive a carattere batterico;
- sul piano individuale, di avere prestato il necessario e doveroso trattamento terapeutico con riferimento alla corretta terapia profilattica pre e post-intervento" (Corte di Cassazione, Sez. 3, Sentenza n. 4864 del 2021, parte motiva).

Nell'ordine logico deve pertanto statuirsi prima in ordine alla natura dell'infezione, poi all'adozione di misure volte a prevenire il rischio infezioni ed infine in ordine all'adeguatezza della terapia concretamente somministrata al paziente.

Con la precisazione che nel caso di specie il Tribunale ha motivato facendo integrale rimando alla CTU, ragione per la quale la censura dell'ordinanza definitiva deve necessariamente concretizzarsi ex art. 342 c.p.c. in una ragionata censura della CTU.

Tenuto conto dei motivi di gravame tempestivamente formulati da parte appellante, deve osservarsi che

non vi è più contestazione in merito al fatto che vengano in rilievo infezioni nosocomiali, avendo oltre tutto i CTU ampiamente illustrato le ragioni per le quali le stesse siano state necessariamente contratte in ambito ospedaliero.

Alcuna censura è stata esplicitamente formulata nell'atto di appello e le successive deduzioni formulate nelle note di udienza sono tardive.

Ad ogni modo, sulla relativa questione di merito si rimanda alla CTU ed alla sintesi appena operata dell'elaborato peritale.

Le censure mosse in appello relativamente all'adozione ed all'applicazione di protocolli volti a prevenire e ridurre il rischio di infezioni non sono tali da scalfire la CTU.

L'appellante ha infatti censurato l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. e la CTU (cui ha aderito il Tribunale) limitatamente alla parte in cui i CTU:

- hanno ritenuto non significativa la valutazione espressa dall'Assessorato alla Sanità della Org_5 [...] relativamente alle attività di prevenzione del rischio infettivologico svolte nell'anno 2014 (doc. 38 resistente in ATP);
- hanno trascurato che analoga valutazione non sia disponibile per l'anno 2015 solo per criticità organizzative del gruppo regionale competente per esprimere la valutazione;
- hanno ritenuto datati i protocolli di cui si è dotata l'AOU omettendo peraltro di indicare quali siano le linee guida sopravvenute che in ipotesi avrebbero dovuto imporre l'aggiornamento dei protocolli;
- non hanno considerato l'elevato rischio infettivo dello specifico paziente né che nel caso specifico il rischio infettivo fosse altamente prevedibile ma non evitabile.

Il motivo di appello in esame innanzitutto trascura la ragione per la quale i CTU hanno ritenuto che la "valutazione" espressa dagli organi regionali non sia rilevante ed integri una mera dichiarazione di intenti.

La produzione in giudizio di tale "valutazione" non è stata affiancata dalla contestuale produzione della documentazione esaminata dall'Assessorato alla Sanità per formulare una siffatta valutazione.

Ciò che invece è dirimente ai fini della dimostrazione dell'esatto adempimento è proprio la produzione della documentazione atta a dimostrare che la struttura sanitaria si sia dotata ed abbia applicato i protocolli mirati alla riduzione del rischio infettivo, non la valutazione formulata in merito a tali documenti da parte di altri Enti.

Gli stessi CTU hanno poi ribadito in sede di risposta alle osservazioni critiche che è comunque

mancante in atti la documentazione comprovante l'effettiva applicazione di tali protocolli.

Si rimanda sul punto alla parte della relazione peritale riportata nei paragrafi precedenti (relazione CTU pagg. 94, 95).

In definitiva è carente, indipendentemente dalla datazione dei protocolli, la prova documentale offerta dall'AOU in merito alla gestione del rischio delle infezioni nosocomiali.

La circostanza, dedotta nelle note di udienza depositate da parte appellante nel corso dell'odierno gravame, che nell'ambito di un altro procedimento civile sia stata accertata tramite CTU l'adozione per l'anno 2014 (in un intervento all'articolazione di un arto inferiore) di tutte le misure utili alla prevenzione del rischio infettivo, è inconferente ai fini dell'odierna decisione, non essendo dato sapere quale fosse l'oggetto di quel giudizio, quale fosse l'indagine demandata a quei CTU e non essendo neanche dato sapere quale documentazione sia stata depositata in quella sede.

E' piuttosto dirimente che nel presente procedimento non vi siano censure di sorta in merito alla "decisività" della documentazione che i CTU in ATP hanno stimato indispensabile e mancante ai fini dell'assolvimento dell'onere della prova gravante sull'AOU.

Ne consegue che l'AOU non ha assolto all'articolato onere probatorio sulla stessa gravante (sentenza Corte di Cassazione più volte citata) di avere correttamente adempiuto alle obbligazioni relative alla gestione del rischio infettivo.

Per l'effetto sono irrilevanti (a fronte della mancata prova del corretto adempimento) le considerazioni di parte appellante in merito all'elevato rischio di infezione nel caso concreto.

Parimenti sono assorbiti gli ulteriori motivi di impugnazione afferenti alla continuità della somministrazione antibiotica nel periodo "critico" individuato dal CTU, all'omessa disamina da parte dei CTU della documentazione già in atti dalla quale risulterebbe la correttezza della terapia antibiotica somministrata.

Sono quindi irrilevanti ai fini del decidere i documenti prodotti in appello dall'AOU volti per l'appunto a dimostrare che vi sia stata continuità assistenziale relativamente al periodo stimato critico dai CTU.

Per le medesime ragioni sono superflue le istanze istruttorie riproposte in appello dall'^{Contr}

7) Deve essere disatteso il settimo motivo afferente alla richiesta di sostituzione del CTU.

Per quanto consta dagli atti prodotti in appello il difetto di specifica competenza del CTU non è stato sollevato dalla parte interessata prima del conferimento dell'incarico peritale, essendo stato dedotto solamente all'esito di una CTU sfavorevole.

Le doglianze sono comunque assorbite a fronte dell'assenza di censure volte a contestare tutti i passaggi argomentativi della CTU attraverso i quali i consulenti sono giunti alla conclusione che l'AOU non abbia adeguatamente dimostrato di avere gestito il rischio infettivo.

8) Il quinto motivo, afferente all'eccessiva quantificazione dell'invalidità permanente rispetto alle richieste attoree è infondato.

Non è corretta l'affermazione dell'AOU secondo la quale *Controparte_1* avrebbe “limitato” la domanda indicando una percentuale di invalidità residua al 25%.

E' piuttosto vero che, sin dal ricorso per ATP, *Controparte_1*

- ha sostanzialmente dedotto che all'esito della guarigione clinica è residua un'invalidità maggiore rispetto a quella che avrebbe dovuto risultare in assenza di infezioni;
- ha quantificato il danno biologico da infezione nosocomiale almeno in 25% oltre ITT ed ITP (ricorso in ATP pag. 13, ricorso ex art. 702 bis cpc pag 11).

In definitiva in sede di ricorso per ATP è stata proposta una quantificazione minima (“almeno” del 25%) afferente alla quota parte dell'invalidità permanente conseguente alle sole infezioni nosocomiali. La qual cosa, peraltro, non esonerava i CTU dall'affrontare la questione del c.d. danno differenziale dovendo gli stessi necessariamente quantificare:

- l'invalidità che sarebbe comunque conseguita all'intervento di artroprotesi;
- la maggiore invalidità conseguente all'inadempimento di ciascuna struttura sanitaria convenuta.

Stante le conclusioni del ricorrente, i CTU non erano quindi “limitati” né in merito alla qualificazione dell'invalidità totale né in merito alla quantificazione dell'invalidità differenziale ben potendo giungere ad una quantificazione maggiore rispetto a quella “base” proposta dall'attore.

Da ultimo si rileva che non sono state riproposte in appello le osservazioni critiche afferenti ai criteri medico legali seguiti per la concreta quantificazione dell'invalidità.

9) Corrisponde al vero che il Tribunale non abbia indicato i criteri seguiti per la liquidazione del danno non patrimoniale addebitato all'AOU.

Il Tribunale comunque:

- ha dato atto di avere considerato le infezioni contratte presso le due strutture sanitarie quali episodi lesivi separati;
- ha dato atto di avere applicato le c.d. Tabelle di Milano per la liquidazione del danno non patrimoniale conseguente a lesioni all'integrità psicofisica;
- ha infine dato atto di avere tenuto conto delle risultanze della CTU.

Il Tribunale ha ommesso di precisare ulteriormente i criteri seguiti nel caso di specie per la liquidazione del danno non patrimoniale.

Come è noto nel caso in cui la malpractice medica abbia comportato un aggravamento dell'invalidità preesistente o ancora nel caso in cui abbia comportato esiti invalidanti più gravi di quelli che ordinariamente avrebbero dovuto conseguire al medesimo trattamento sanitario, la liquidazione del danno derivante dal predetto aggravamento (cd. "danno iatrogeno differenziale") va operata:

- monetizzando il grado complessivo di invalidità permanente accertato;
- monetizzando il grado verosimile di invalidità che sarebbe residuo in assenza dell'errore medico;
- sottraendo quindi le due poste economiche (Corte di Cassazione Sez. 3, Sentenza n. 26117 del 27/09/2021 e Corte di Cassazione Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 25327 del 12/12/2016 in tema di errore medico che ha aggravato gli esiti già invalidanti di infortuni sul lavoro).

Ciò premesso, ritenute condivisibili le conclusioni cui sono giunti i CTU (per quanto sinora illustrato), applicati i criteri di liquidazione del c.d. danno iatrogeno differenziale, computata anche l'inabilità temporanea indicata dai CTU, considerato infine che il Tribunale di Torino ha certamente applicato le Tabelle di Milano aggiornate all'anno 2018 (atteso che le successive tabelle sono state emesse nell'aprile 2021, ovverosia dopo la definizione del giudizio di primo grado) il danno non patrimoniale liquidato dal Tribunale è inferiore a quello che dovrebbe conseguire all'applicazione dei criteri appena illustrati.

In proposito si rileva sin da subito che sulla questione non vi è appello incidentale ad opera di CP_1 [...] ragione per la quale l' "ipotesi" di calcolo viene elaborata solamente per dare conto dell'infondatezza della domanda subordinata dell'AOU di riduzione dell'importo liquidato dal Tribunale a titolo di danno non patrimoniale.

All'epoca della stabilizzazione dei postumi conseguenti al trattamento sanitario operato dall'AOU (plausibilmente avvenuta all'esito dell'inabilità temporanea ovverosia in data 03.02.2016, vedasi CTU nota n. 83 a pag. 85) *Controparte_1* [REDACTED] aveva 75 anni.

Considerato che alla *Controparte_3* è stato addebitato il danno iatrogeno differenziale dal 15 al 20%, per l'AOU vengono considerate le percentuali di invalidità dal 21% al 35%.

Applicando le tabelle di Milano aggiornate al 2018:

- monetizzazione I.P. del 35% in soggetto 75	157.361,00 –
- monetizzazione I.P. 21% in soggetto 75	<u>60.449,00 =</u>
	€ 96.912,00+
ITT € 98 x 123	€ 12.054,00+
ITP € 49 x 206	<u>€ 10.094,00=</u>
Totale	€ 119.060,00.

E' quindi evidente, anche senza operare la devalutazione (dalla data della decisione di primo grado alla data della stabilizzazione dei postumi) e la rivalutazione con contestuale computo degli interessi legali sulla somma anno per anno rivalutata fino alla data della decisione di primo grado, che la liquidazione operata in via equitativa dal Tribunale non si sia risolta in danno dell'AOU.

Il sesto motivo afferente all'esorbitante liquidazione delle spese di lite è fondato, non avendo il Tribunale illustrato quali siano i criteri seguiti per la liquidazione delle spese di ATP e di merito, essendosi totalmente discostato dai valori tabellari medi.

In particolare:

- considerando la controversia di valore compreso tra 52.000 ed € 260.000,
 - liquidando relativamente all'ATP la fase studio, introduttiva ed istruttoria;
 - liquidando per il giudizio di merito la fase studio ed introduttiva,
 - applicando i valori medi del DM n. 55/2002 come in allora vigenti,
- i compensi avrebbero dovuto essere liquidati in circa € 7.625,00, ovverosia in misura nettamente inferiore rispetto a quella concretamente operata dal Tribunale (€ 25.000,00).

Ferma rimanendo la solidarietà passiva sulle spese di lite (sulla quale non vi è gravame) e fermo rimanendo l'importo addebitato al *Controparte_2* [REDACTED] (a fronte

dell'inammissibilità dell'appello incidentale tardivo), considerando le tariffe professionali come attualmente vigenti (dovendosi fare riferimento alla tariffa in vigore nel momento in cui viene esaurita l'attività difensiva ex art. 6 DM n. 147/2002), le spese di lite del primo grado di giudizio, calcolate sulla base dei criteri appena indicati, devono essere poste a carico dell'^{Contr} per il minor importo di € 8.007,00, oltre accessori di legge.

Deve escludersi l'aumento per la difesa contro più parti proprio perché le difese di Controparte_1 non sono state distintamente svolte rispetto a ciascuna parte evocata in giudizio.

Rimane ferma la distrazione in favore del difensore di Controparte_1 dichiaratosi antistatario.

10) Le spese dell'odierno gravame devono essere ripartite:

- tenendo conto della totale soccombenza del Controparte_2 nei confronti di Controparte_1
- della parziale fondatezza dell'impugnazione dell'AOU in relazione alla nullità dell'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. e all'accoglimento del motivo di impugnazione afferente alle spese di lite, cosa che giustifica la parziale compensazione delle spese del gravame tra le predette parti nella misura del 20%.

In definitiva, avuto riguardo al complessivo esito del giudizio la Controparte_3 deve essere condannata al rimborso in favore di Controparte_1 del 50% delle spese di lite.

Tra l'AOU e Controparte_1 il residuo 50% deve essere compensato del 20% e per l'80% deve essere posto a carico dell'AOU nonché in favore di Controparte_1

Le spese devono essere liquidate tenendo conto del valore complessivo della controversia (compreso tra € 52.000,00 ed € 260.000,00), dell'attività espletata in corso di causa (fase studio, fase introduttiva, fase decisionale), conformemente ai valori medi di cui al DM n. 55/2014 come attualmente vigenti, esclusa la maggiorazione per la difesa contro più parti stante l'inammissibilità dell'appello incidentale tardivo, la relativa semplicità delle questioni prospettate dal Controparte_2 [...] e delle difese svolte nell'interesse di Controparte_1

Il compenso, astrattamente liquidabile in € 9.991,00 deve essere:

- addebitato al Controparte_2 nella misura di € 4.995,50;
- i residui € 4.995,50 devono essere compensati tra Controparte_1 e l'AOU per € 999,10 e posti a carico dell'AOU per € 3.996,40;
- il tutto con distrazione in favore del difensore di Controparte_1 dichiaratosi antistatario.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13 comma 1 quater DPR n. 115/2002 il *Controparte_2* [...] è tenuto a versare un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per la stessa impugnazione incidentale.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Torino, definitivamente pronunciando, così provvede:

- 1) Dichiara inammissibile l'appello incidentale tardivo del *Controparte_2* [...]
- 2) Accoglie parzialmente l'appello principale dell' *Parte_1* [...] e per l'effetto,
- 3) Dichiara la nullità dell'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. dep. 26.01.2021 resa dal Tribunale di Torino a definizione del procedimento iscritto al n. 15124/2020 RG limitatamente alle statuizioni assunte nei confronti dell' *Parte_1* ;
- 4) Condanna l' *Parte_1* al pagamento in favore di *Controparte_1* della somma di € 100.000,00 oltre interessi legali dal 26.01.2021 sino al saldo;
- 5) Fermo rimanendo l'addebito delle spese di CTU in ATP a carico delle parti resistenti, ferma rimanendo la solidarietà passiva tra le parti convenute, fermo rimanendo l'importo concretamente posto a carico del *Controparte_2* a titolo di spese di lite (€ 25.000,00, oltre agli accessori di legge), condanna l' *Parte_1* [...] al pagamento delle spese di lite del primo grado di giudizio e del procedimento per ATP in favore di *Controparte_1* con distrazione in favore del difensore antistatario, nel minor importo di € 8.007,00, oltre rimborso forfettario delle spese generali in misura del 15% del compenso totale della prestazione, CPA ed IVA se previste per legge;
- 6) Condanna il *Controparte_2* a rimborsare a *Controparte_1* il 50% delle spese di lite del gravame, che si liquidano (già nella misura del 50%) in € 4.995,50 per compensi, oltre rimborso forfettario delle spese generali in misura del 15% del compenso totale della prestazione, CPA ed IVA se previste per legge;
- 7) Quanto al residuo 50%, compensa delle spese di lite del gravame tra *Controparte_1* e l' [...] *Parte_1* nella misura del 20% condannando l' *Parte_1* a rimborsare in favore di *Controparte_1* € 3.996,40 per compensi (già operata la compensazione), oltre rimborso forfettario delle spese generali in misura del 15% del compenso totale della prestazione, CPA

ed IVA se previste per legge;

8) Dà atto che sussistono i presupposti di cui all'art. 13 comma 1 quater DPR n. 115/2002 a carico del

Controparte_2

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del 06/12/2022

Il Consigliere est

Dott.ssa Paola Ferrari Bravo

Il Presidente

Dott.ssa Ombretta Salvetti