



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. **591/2022** 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]
[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 che hanno assunto il rischio di cui al certificato n. 1858949, in persona
del Procuratore Speciale del Rappresentante Generale per l'Italia (C.F. P.IVA_2),

appellato contumace

Udienza virtuale di precisazione delle conclusioni dell'11.05.2023 a seguito di trattazione scritta

OGGETTO: risarcimento danni da responsabilità professionale medica

CONCLUSIONI

Per l'appellante:

“Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello di Torino

Disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione

In via istruttoria

disporre rinnovazione della CTU Medico Legale e specialistica, e la nomina dei Consulenti in composizione collegiale, finalizzata a:

- accertare, sulla base della documentazione clinica agli atti, se le prestazioni professionali poste in essere dai sanitari dell' *Parte_1* nei confronti della Signora *CP_1* in occasione dell'intervento 31.01.2005 e nella gestione delle complicanze infettive insorte nel post operatorio, siano state effettuate con perizia e diligenza e in conformità alle *leges artis* e alle linee guida all'epoca vigenti;
- accertare, tenuto conto della tipologia dell'intervento chirurgico effettuato, se la complicanza infettiva endogena verificatasi nel post operatorio, rientri tra le complicanze prevedibili ma non evitabili;
- verificare se la profilassi e la terapia antibiotica praticate alla Sig.ra *CP_1* nel corso del ricovero e la gestione degli eventi infettivi sia stata corretta per scelta, posologia e durata, tenuto conto anche delle condizioni complessive della paziente.

Nel merito

In totale riforma dell'Ordinanza Rep. n. 3319/2022 del 29.03.2022 resa *inter partes* e nei confronti degli *Controparte_2* dal Tribunale di Torino assolvere l' *Parte_1* [...] da ogni avversaria domanda in fatto e in diritto e per l'effetto condannare la Sig.ra *CP_1* alle spese del presente e dei precedenti giudizi.

Porre infine le spese di CTU definitivamente a carico di parte appellata.

In via subordinata

In parziale riforma dell'Ordinanza Rep. n. 3319/2022 del 29.03.2022, previa riduzione della somma liquidata nella citata statuizione limitare l'eventuale onere risarcitorio a carico dell' [...] *Parte_1* tenendo conto delle ragioni di dissenso e delle osservazioni espresse dai Consulenti dell' *Parte_1* che pervengono al più ad ipotizzare un prolungamento della degenza, a fronte dell'eventuale riconoscimento di una terapia antibiotica sottodosata.

Sempre in via subordinata ridurre comunque, per quanto argomentato, le spese di lite liquidate nell'impugnata Ordinanza.

Con vittoria di spese ed onorari del presente e dei precedenti giudizi”.

Per l'appellata Controparte_1 :

“Voglia la Corte d'Appello di Torino, *contrariis reiectis*, previe le declaratorie del caso, previo rigetto dell'istanza avversaria di rinnovazione della CTU Medico Legale; rigettare l'appello proposto dall' Parte_1 e, conseguentemente, confermare *in toto* l'impugnata sentenza. Con vittoria di spese e compensi del doppio grado di giudizio”.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Sulle domande e sulle difese delle parti nel primo grado di giudizio.

Controparte_1 instaurava procedimento per ATP ex art.696-bis c.p.c. e successivamente proponeva ricorso ex art. 702 bis c.p.c., al fine di ottenere la condanna dell' Controparte_3 di Pt_1 , in solido con la compagnia assicurativa di quest'ultima (Controparte_2 che hanno assunto il rischio di cui al certificato n. 1858949”), al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali causati dalle infezioni insorte a seguito dell'intervento di proctocolectomia totale a cui si era sottoposta in data 31.01.2005 presso il nosocomio, ritenute ascrivibili ai sanitari ed alla struttura.

In fatto deduceva che:

- in data 31.01.2005 si era sottoposta ad un intervento chirurgico di “*proctocolectomia totale con J pouch ed ileostomia*” a seguito di una diagnosi di adenomatosi multipla familiare, presso l' [...]

Parte_1 Parte_1 ;

- nei giorni successivi, le sue condizioni cliniche erano improvvisamente peggiorate con presenza costante di febbre, peritonismo e scarsa canalizzazione della stomia oltre ad ulteriori sintomi;
- a causa dell'insorgenza dello stato settico, la paziente era stata sottoposta d'urgenza ad intervento chirurgico di laparotomia esplorativa;
- nei giorni successivi, le condizioni cliniche della paziente erano peggiorate ulteriormente, con quadro di sepsi, insufficienza respiratoria e depressione midollare;
- in data 09.02.2005, a causa di complicanze polmonari ed ulteriore peggioramento complessivo del quadro clinico, che aveva evidenziato un'epidemolisi bollosa su base settica con necrosi sottocutanea, si era reso necessario il ricovero presso il reparto di rianimazione, con intubazione per disfunzionalità respiratoria;
- il lungo periodo di ricovero era terminato, dopo circa quattro mesi, solo in data 30 giugno 2005;
- in data 26.06.2012 si era reso necessario un nuovo ricovero presso l' [REDACTED] all'esito del quale la paziente era stata dimessa con diagnosi di “*occlusione intestinale da stenosi anastomotica, in*

attesa di endoscopia per dilatazione....” cui erano seguiti una serie di nuovi controlli ed esami nell’anno 2013;

- al momento del giudizio permanevano gravi esiti estetici a livello addomino-inguinale, oltre che dolore addominale, parestesie e [REDACTED] io in sede di cicatrici, alternanza dell’alvo con stitichezza e diarrea.

La responsabilità della struttura convenuta era stata accertata all’esito della CTU espletata dal Dr. *Persona_1* nell’ambito del procedimento di ATP n. 12100/2019 RG., il quale aveva accertato l’esistenza di un danno biologico pari al 20%, viste le “lesioni cicatriziali in esiti di innesti cutanei di chirurgia p [REDACTED] a alla radice della coscia destra, in sede inguinale e vulvare, con interessamento del grande labbro di destra, avente nesso di causa con le infezioni post-chirurgiche subite, a causa del passaggio di materiale infetto contenente germi endogeni ed esogeni dall’intestino al peritoneo [...]”.

L *Parte_1* di *Pt_1* eccepiva l’inammissibilità della CTU depositata nel precedente giudizio ex art. 696 bis c.p.c., in quanto contraddistinta da carenze logiche nonché errate indicazioni di protocolli e linee guida chiedendone la rinnovazione.

Nel merito riconduceva le infezioni insorte al novero delle complicanze prevedibili ma inevitabili ed in ogni caso non di origine nosocomiale.

Deduceva l’assenza di profili di malpractice nonché la correttezza della profilassi antibiotica.

Contestava la quantificazione del danno e l’esperibilità dell’azione diretta nei confronti della compagnia assicurativa dell’ *Parte_1* ex art. 12 L. n. 24/2017.

Si costituivano in giudizio *Controparte_2* che hanno assunto il rischio di cui al certificato n. 1858949”, contestando l’ammissibilità dell’azione diretta nei loro confronti ex art. 12 L. n. 24/17, stante la mancata adozione del decreto attuativo di cui al comma 6 dell’art. 10 L. n. 24/17 a cui l’applicazione della disposizione era subordinata. Negavano in ogni caso l’operatività della polizza, trattandosi di sinistro rientrante nella franchigia contrattuale la cui gestione era quindi affidata alla stessa azienda, come da contratto e da *Organizzazione_1* n. 9 del 14 maggio 2004.

Sull’ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. di primo grado.

Con ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. n. 3319/2022 dep. 28.03.2022 il Tribunale di Torino:

1) Accoglieva parzialmente la domanda di *Controparte_1* e per l’effetto condannava l’ [...] *Parte_1* al risarcimento del danno che quantificava in € 107.059,72,

oltre interessi legali dalla pronuncia al saldo;

2) Condannava l' *Parte_1* al pagamento in favore di *Controparte_1* :

- delle spese processuali del giudizio di merito e delle relative spese di CTP,
- delle spese del procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e delle relative spese di CTP;

3) Rigettava l'azione diretta proposta da *Controparte_1* nei confronti degli *Controparte_2* condannando parte ricorrente al rimborso in favore dei predetti Assicuratori delle spese di lite del giudizio di merito, compensando per contro le spese dell'ATP;

4) Poneva definitivamente le spese di CTU a carico dell' *Parte_1*

Tralasciando le questioni che non rilevano ai fini dell'odierno gravame, il Tribunale richiamava innanzitutto la giurisprudenza della Corte di Cassazione in ordine alla natura contrattuale dell'azione esercitata ed alle conseguenti ricadute sul piano probatorio.

Dava poi atto che non fossero stati contestati: i fatti storici allegati da *Controparte_1* (comunque provati documentalmente); l'insorgenza e la natura delle complicate infettivologiche; la natura batterica delle due infezioni contratte.

La contestazione riguardava piuttosto la natura nosocomiale delle due infezioni batteriche: la prima, causata da *escherichia coli*, aveva determinato la setticemia e la peritonite purulenta; la seconda, localizzata sulla ferita chirurgica, era stata causata da *Pseudomonas Aeruginosa*.

Richiamate le contrapposte posizioni delle parti, il Tribunale aderiva alle risultanze della CTU, ritenendola immune da vizi logici ed esaustiva, concludendo che la struttura sanitaria avesse soltanto parzialmente rispettato le procedure previste per prevenire l'insorgenza di infezioni nosocomiali del tipo di quelle contratte da *Persona_2* (*Escherichia*^{Per-} e *Pseudomonas Aeruginosa*).

Dopo aver illustrato la patologia, l'atto operatorio e il decorso clinico post chirurgico, quanto alla prima infezione, il CTU aveva dato atto che la stessa era stata causata solo in parte da germi esclusivamente endogeni.

Nonostante all'atto del reintervento del 05.02.2005 non fossero state identificate deiscenze anastomotiche né lesioni correlabili ad errate manovre chirurgiche, doveva esservi stata una “piccola misconosciuta deiscenza della ferita chirurgica di materiale infetto” integrante concausa dell'infezione, come era desumibile dalla quantità notevole di aria e dalle bolle gassose visibili alla TAC post-intervento nonché dalle caratteristiche del liquido purulento osservato nel corso del secondo

intervento di revisione.

In proposito il CTU aveva evidenziato che *“le caratteristiche di tale quantità di liquido purulento e le complicanze settiche caratterizzate da peritonite, shock settico e fascite necrotizzante da esso causate, sono sufficienti ad ipotizzare secondo il criterio del più probabile che non, che ci sia stata deiscenza dalla ferita chirurgica”*.

La deiscenza in peritoneo di materiale infetto avrebbe dovuto verosimilmente essere ricondotta ad *“elementi di errata tecnica chirurgica di tipo omissivo, inerenti la corretta sutura dei monconi anastomotici intestinali sufficienti ad ipotizzare secondo il criterio del più probabile che non, che ci sia stata deiscenza dalla ferita chirurgica”*, non essendoci elementi sufficienti per escludere la qualificazione di tale elemento quale concausa dell’insorgenza dell’infezione.

In merito alla seconda infezione, il CTU aveva concluso che fosse più probabile che non la natura nosocomiale dell’infezione da *Pseudomonas Aeruginosa*.

In proposito anche l’ Parte_1 concordava con il fatto che tale batterio fosse uno dei principali germi responsabili delle infezioni nosocomiali multi-resistenti, avendo peraltro dedotto che il lasso di tempo intercorso tra la prima e la seconda infezione (comparsa sulla ferita chirurgica) fosse tale da consentire di considerare la seconda infezione quale complicanza secondaria della prima, cosa che peraltro, secondo il CTU, non elideva il ruolo eziopatogenetico avuto dalla degenza nosocomiale.

Quanto al trattamento antibiotico delle gravi complicanze patite dalla paziente nel periodo tra il 7 e il 26 febbraio (in sede broncopolmonare con insufficienza respiratoria acuta infezioni insorte), il CTU aveva ritenuto che lo stesso non fosse stato conforme alle linee guida infettivologiche all’epoca vigenti: *“Le linee guida raccomandano il trattamento iniziale di terapia antibiotica aerosolica per trattare la prima comparsa o la nuova crescita di P. aeruginosa. Il regime antibiotico raccomandato si basa su tobramicina (aminoglicoside) inalata 300 mg 2 volte al giorno per 28 giorni. (vedi linee guida istituto sup. di sanità e fondazione di ricerca per la fibrosi cistica da Psudomonas Aeruginosa). Ciò poteva essere eseguito già dall’inizio del mese di febbraio, alla comparsa dei primi segni clinici a carico dei polmoni che hanno poi portato al grave quadro di insufficienza respiratoria, verosimilmente da infezione aerea nosocomiale da P. Aeruginosa”*.

Il CTU aveva quindi concluso che *“la terapia antibiotica contro P.Aeruginosa, fu iniziata verosimilmente con ritardo ed eseguita con certezza a dosaggi iniziali insufficienti”* e che *“l’insorgenza di patologia a carico delle vie respiratorie sia stata causata da infezione nosocomiale da pseudomonas aeruginosa, per via aerea, determinando il grave quadro di insufficienza respiratoria”*.

Secondo la valutazione del CTU, dunque: l'infezione addominale era stata contratta durante la degenza ospedaliera; era causalmente imputabile all'intervento chirurgico a cui era stata sottoposta la paziente; la prima infezione era *prevedibile, prevenibile ed evitabile ed era dovuta* alla *“deiscenza di materiale infetto attraverso la sede anastomatica chirurgica in peritoneo, verosimilmente legata all'uso della suturatrice automatica”*, elemento che determinava almeno nel 50% dei casi l'insorgenza della peritonite purulenta; detta complicanza poteva impedirsi eseguendo correttamente le procedure di prevenzione previste, con controllo meticoloso di assenza di deiscenza di materiale infetto in peritoneo dopo l'utilizzo della suturatrice automatica.

Non erano condivisibili le osservazioni mosse dal CTP dell' *Parte_1* secondo cui la peritonite insorta nel decorso post-operatorio era stata causata da batteri che facevano parte della comune flora endogena intestinale (rientrando quindi nel novero delle complicanze non evitabili).

Su tale aspetto il CTU aveva precisato che i microrganismi isolati (indubbiamente endogeni) non erano stati l'unica causa dell'infezione, dovendo la deiscenza dalla ferita considerarsi quale elemento concausale dell'infezione (quest'ultima prevedibile ed evitabile in applicazione delle corrette procedure di prevenzione previste dopo la fase di suturazione).

L'insorgenza della peritonite purulenta poche ore dopo l'intervento deponeva nel senso che la stessa fosse stata causata *“non solo dal passaggio in peritoneo di materiale fecale infetto, prima, durante o dopo la sutura anastomotica, ma anche dal possibile uso di materiale contaminato durante l'intervento”*.

Oltre tutto era noto che gli interventi all'intestino erano per definizione “sporchi” (facilmente causa di infezioni secondarie) e per questo *“le infezioni sono prevedibili e prevenibili, utilizzando opportune procedure chirurgiche e dosi di antibiotici già nel corso dell'intervento”*.

Ad ogni modo, secondo il CTU il passaggio in peritoneo di un'elevata carica microbica di origine fecale pur endogena (come l'*Escherichia coli* isolata) era certamente iatrogeno e cioè conseguente all'intervento.

La stessa non si sarebbe verificata se non fosse stato eseguito quell'intervento chirurgico ed aveva quindi nesso di causa con le manovre chirurgiche eseguite.

La circostanza (rilevata dai CTP) che non fosse stata riscontrata la presenza di *liquido enterico in cavità peritoneale* e il fatto che *l'intestino fosse risultato integro in tutta la sua lunghezza* e che nel corso del secondo intervento di revisione non fossero state osservate deiscenze dall'anastomosi, ad

avviso del CTU non era sufficiente a dimostrare l'assenza del nesso di causa (tra la peritonite purulenta ed intervento chirurgico) *“è invece certo che ci sia stata contaminazione intra-operatoria, proprio per la presenza di flora batterica mista aerobica ed anaerobica tipicamente intestinale (feci) conseguente ad un mancato rispetto delle misure di prevenzione e di controllo, come da protocolli, a determinare la peritonite purulenta-stercoracea”*. Il passaggio di questi germi dall'intestino al peritoneo era avvenuto sia per deiscenza di materiale infetto sia per contaminazione intra-operatoria dovuta ad una errata o incompleta manovra chirurgica eseguita durante la sutura dei monconi intestinali dopo l'exeresi, all'uso di materiale chirurgico contaminato, al passaggio in peritoneo di aria infetta di provenienza intestinale e ad una possibile deiscenza di materiale contaminato in peritoneo da difettosa sutura dei monconi intestinali trattati.

Il CTU aveva anche spiegato che risultava la somministrazione della **Parte_2** 2 gr all'induzione dell'anestesia e per 48 ore successive: se il germe responsabile della sepsi fosse stato solo l'*Escherichia coli*, in quanto batterio sensibile a **Parte_2**, alcuna complicanza sarebbe insorta.

L'infezione si spiegava quindi *“con la presenza di altri germi a patogenesi iatrogena, provenienti dall'intestino ed arrivati in peritoneo”* a dimostrazione della ipotizzata contaminazione intra-operatoria, *“evitabile qualora si fossero usati più antibiotici a largo spettro d'azione contro più germi tra cui anche Pseudomonas Aeruginosa, agente patogeno di indiscussa genesi nosocomiale”*.

Sempre il CTU aveva ritenuto che la seconda infezione fosse stata contratta in via aerea dalla paziente durante il periodo di degenza, a causa del mancato rispetto da parte dell'**Parte_1** delle norme di prevenzione nosocomiali, determinando il danno broncopolmonare fino all'insufficienza respiratoria acuta, la setticemia e l'eritema bolloso con le conseguenti gravi lesioni cutanee per le quali era stato poi necessario ricorrere alla chirurgia p **████** a con innesti cutanei.

In proposito le osservazioni mosse dal CTP dell'**Parte_1** secondo cui tali complicanze non fossero da ricondurre all'infezione da *Pseudomonas Aeruginosa* ma ad enterobatteri di cui, in particolare, l'*Escherichia coli*, non erano condivisibili.

Il CTU aveva infatti rilevato che la setticemia era stata causata non solo da *Escherichia Coli*, ma anche da *Pseudomonas Aeruginosa*, che aveva interessato sia l'apparato respiratorio, causando il grave quadro d'insufficienza respiratoria sia, a partire dal 21 febbraio, la ferita chirurgica, assunti confermati dal *“grave quadro clinico instauratosi a carico dei polmoni, resistente agli antibiotici usati per l'elevata farmaco resistenza proprio della Pseudomonas Aeruginosa”*.

Da ultimo, il CTU aveva considerato contraddittorie le osservazioni critiche dei CTP concernenti il ritardo e l'insufficiente dosaggio dell'antibiotico necessario a contrastare l'infezione da *Pseudomonas Aeruginosa*.

Il Tribunale rilevava quindi che il CTU avesse esaurientemente risposto sia ai quesiti sia alle osservazioni critiche delle parti, ragione per la quale ribadiva la reiezione della domanda di rinnovazione della consulenza.

D'altro canto, il giudicante non poteva unilateralmente disattendere le valutazioni del CTU a fronte dell'elevato livello di cognizioni tecniche richieste per la valutazione del caso.

Era pertanto provato il nesso di causalità tra le terapie e le cure prestate dai sanitari in favore dell'attrice nel periodo di ricovero, contraddistinte dal rispetto solo parziale delle procedure e misure di prevenzione previste dalle norme e linee guida vigenti all'epoca dei fatti.

Il Tribunale quantificava il danno avuto riguardo a quanto accertato dal CTU (invalidità permanente nella misura del 20%, comprensiva del danno psicologico; 120 giorni di inabilità temporanea totale e 30 giorni di inabilità temporanea parziale al 50%).

Riteneva infine rinunciata l'azione diretta proposta nei confronti degli *Controparte_2* rilevando comunque il difetto di legittimazione passiva degli stessi nonché l'inoperatività della polizza.

Sul giudizio di appello.

L *Parte_1* di *Pt_1* proponeva tempestivo gravame rassegnando le conclusioni anche istruttorie riportate in epigrafe.

Si costituiva *Controparte_1* chiedendo per il rigetto del gravame..

Non si costituivano “ *Controparte_2* che hanno assunto il rischio di cui al certificato n. 185894” e ne veniva pertanto dichiarata la contumacia.

Svolta la trattazione scritta dell'udienza fissata per la precisazione delle conclusioni (ai sensi dell'art. 83, settimo comma, lett. h) del D.L. n. 18\2020 come convertito dalla Legge n. 27/2020), con

verbale in data 11/05/2023 la Corte tratteneva la causa in decisione, disponendo lo scambio delle comparse conclusionali e delle memorie di replica ai sensi dell'art. 190, 2° comma, c.p.c..

MOTIVI DELLA DECISIONE

I) Motivi di appello proposti dall' *Parte_1* .

A) Con il primo motivo l' *Parte_1* rileva preliminarmente che le circostanze inerenti all'insorgenza ed alla natura delle complicanze infettivologiche subite dalla paziente non sarebbero state affatto pacifiche tra le parti, essendo state espresse numerose contestazioni dai CTP dell' *Parte_1* alla relazione peritale non prese in adeguata considerazione né dal consulente né dal Tribunale.

Sarebbe stato omesso nell'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. qualsiasi approfondimento circa: la tecnica operatoria, la profilassi e le successive terapie antibiotiche impostate.

Il Tribunale avrebbe errato anche nella parte in cui ha sostenuto di non potersi discostare dalle conclusioni della CTU e di non essere tenuto ad esporre in modo specifico le ragioni dell'adesione alla CTU, atteso che la stessa Corte di Cassazione ha più volte affermato che il giudicante non possa adagiarsi sulle conclusioni della CTU a fronte di specifiche critiche rivolte all'elaborato peritale dai CTP.

Il Tribunale avrebbe quindi errato aderendo acriticamente alla CTU e liquidando in maniera superficiale le ragioni del dissenso alla stessa.

Ancora, il Tribunale avrebbe dovuto accogliere la richiesta di rinnovazione di CTU affidandola ad un collegio peritale anziché solo ad un medico, come peraltro disposto dall'art. 15 legge n. 24/2017.

Il Tribunale non avrebbe assolto all'onere motivazionale sullo stesso gravante, non avendo né il CTU né lo stesso Tribunale tenuto nella debita considerazione le osservazioni critiche mosse alla CTP rimaste in pare prive di risposta.

B) Quanto alla prima infezione, le conclusioni del CTU sarebbero errate in quanto:

- i batteri isolati ed oggettivamente documentati fanno parte della comune flora endogena intestinale;
- non sarebbe quindi dato comprendere la ragione per la quale, a fronte della preponderante evidenza della natura endogena dei batteri isolati, il CTU abbia pensato anche alla contaminazione intraoperatoria da strumenti non ben sterilizzati;

- non vi sarebbe evidenza di deiscenze della ferita chirurgica, atteso che l'assenza di lesioni intestinali, di deiscenza della sutura anastomotica, di liquido enterico in cavità sono state certamente accertate in occasione della revisione chirurgica;
 - se effettivamente vi fossero state deiscenze della ferita chirurgica non rilevate e non riparate, si sarebbe verificata la perdita di liquido enterico (non riscontrata né al momento della revisione né successivamente);
 - la profilassi antibiotica è stata somministrata correttamente sulla base degli esami microbiologici effettuati e con relativi antibiogrammi, conformemente alle linee guida, ai protocolli aziendali e secondo le indicazioni dello specialista infettivologo e sul punto nulla sarebbe stato argomentato dal Tribunale e dal CTU;
 - il fatto che i tre microrganismi isolati (*escherichia coli*, *enterococcus faecalis*, *bacteroides spp*) non presentino profili di antibiotico-resistenza particolari, ne confermerebbe l'origine endogena.
- In definitiva, la correttezza della profilassi e terapia antibiotica, l'assenza di documentate errate manovre chirurgiche con lesioni della parete intestinale, l'assenza di deiscenze della anastomosi per errata sutura della stessa consentirebbero di concludere che la peritonite insorta nel posto operatorio rientri nel novero delle complicanze prevedibili ma non prevenibili.

C) Quanto alla seconda infezione:

- sarebbe erroneo l'assunto secondo cui l'infezione da *Pseudomonas Aeruginosa* sia stata contratta per via aerea durante il periodo di degenza, atteso che dai dati presenti in cartella clinica risulta un'infezione della ferita chirurgica da *Pseudomonas Aeruginosa* isolata per circa tre mesi dalla ferita e solo da quella a partire da gg. 20 dopo l'intervento (quindi da 21.02.2005);
- sostenere che *Pseudomonas Aeruginosa* sia penetrata per via aerea e che sia stata causa della polmonite ancor prima della sepsi (ovverosia dell'isolamento da sangue) per poi posizionarsi sulla ferita chirurgica superficiale sarebbe una valutazione priva di fondamento scientifico;
- peritonite, sepsi con shock settico, polmonite con insufficienza respiratoria nulla avrebbero a che vedere con *Pseudomonas Aeruginosa*, essendo piuttosto correlabili ad enterobatteri ed in particolare *escherichia coli*, unico isolato nel sangue;
- non vi sarebbe evidenza documentale che la setticemia sia stata causata anche da *Pseudomonas Aeruginosa*;

Perseverando nell'errore di ritenere *Ps. Aeruginosa* responsabile della polmonite, il CTU ha ritenuto che la stessa avrebbe dovuto essere trattata con la Tobramicina aerosol. Sul punto i rilievi del CTU

circa il ritardo e l'inadeguatezza (per insufficiente dosaggio) dell'antibiotico non considererebbero minimamente le osservazioni critiche mosse dai CTP circa il fatto che:

- Tobramicina aerosol è previsto nella scheda tecnica solo per infezioni da *Pseudomonas Aeruginosa* nella fibrosi cistica, non nella polmonite acuta;
- il CTU ha citato le linee guida inglesi del 2000 trascurando che linee guida su terapia antibiotica si riferiscono a schemi di terapia empirica (ovverosia a schemi iniziali di terapia) quando si supponga la possibile infezione da *Pseudomonas* ed il germe non sia stato ancora isolato, cosa che non ricorrerebbe nel caso di specie;
- ad ogni modo la terapia dovrebbe variare ed essere adattata al caso concreto in considerazione delle resistenze e sensibilità ai diversi antibiotici, dell'epitemiologia specifica locale (diversa quindi da paese a paese, da regione a regione ed anche da reparto a reparto);
- nel caso concreto *Pseudomonas Aeruginosa* era inizialmente sensibile solo a *Org_2* , *Org_3* e *Org_4* ed era resistente a tutte le Beta Lattamine, ragione per la quale è stata impostata una terapia mirata con *Org_5* associata anche ad Amikacina (avente efficacia sovrapponibile se non superiore alla Tobramicina);
- il "ridotto" dosaggio degli antibiotici era giustificato dal peso corporeo dalla paziente (circa kg. 40) e dalla necessità di evitare rischi di tossicità su soggetto già sottoposto a multiple terapie, appena ripresi da shock settico, con funzionalità renale ancora apparentemente conservata ma di cui non si poteva escludere un danno renale latente.

Con il secondo motivo impugna il rigetto della richiesta di rinnovazione di CTU, la quale invece sarebbe necessaria stante le mancanze evidenziate dell'elaborato peritale nonché la pertinenza e rilevanza delle censure mosse dai CTP dell' *Parte_1* non adeguatamente vagliate dal consulente e dal Tribunale.

Con il terzo motivo impugna la liquidazione del danno effettuata dal Tribunale domandando, in caso di mancata integrale riforma dell'ordinanza, di limitare l'eventuale onere risarcitorio tenendo conto delle ragioni di dissenso e delle osservazioni espresse dai Consulenti dell' *Parte_1* (i quali, a fronte dell'eventuale riconoscimento di una terapia antibiotica sottodosata, perverrebbero al più ad ipotizzare un prolungamento della degenza).

A seguito dell'auspicata riforma dell'ordinanza, evidenzia la necessità di porre a carico di *CP_1* [...] le spese dei precedenti giudizi e delle CTU.

II) Difese di Controparte_1 .

Sul primo motivo Controparte_1 deduce sostanzialmente che l' Parte_1 si sarebbe limitata a proporre rilievi di natura meramente tecnica avverso l'espletata CTU, i quali peraltro avrebbero già trovato puntuale e corretta replica nella motivazione della sentenza e nella relazione di consulenza. Risulterebbe quindi "ultronea" la richiesta di rinnovazione della consulenza tecnica. Riporta pertanto i passaggi fondamentali della CTU che confermerebbero la responsabilità della struttura sanitaria.

Sul secondo motivo rileva la tardività ed inammissibilità dell'istanza di rinnovazione della CTU, in quanto per la prima volta in appello sarebbe stato formulato un nuovo quesito, diverso rispetto a quello formulato dal Tribunale in sede di accertamento tecnico preventivo, mai proposto nel corso del primo grado.

Circa il terzo motivo inerente alla riduzione dell'importo risarcitorio liquidato ne deduce *in primis* l'inammissibilità in quanto domanda nuova, visto che nelle conclusioni di primo grado l' [...] Parte_1 aveva richiesto solamente di ridurre l'entità del risarcimento del danno richiesto avuto riguardo a quanto emerso in corso di causa. Diversa invece sarebbe l'attuale richiesta di limitare l'obbligo risarcitorio non sulla base delle risultanze della CTU ma per ragioni diverse (ovverossia considerando il dissenso e le osservazioni tecniche espresse dai Consulenti di parte).

Sostiene altresì l'infondatezza nel merito della suddetta richiesta.

Ritiene infine non giustificabile la modifica delle spese di lite, stante anche il comportamento processuale dell' Parte_1 che avrebbe rifiutato espressamente le proposte conciliative del Tribunale laddove invece la CP_1 le aveva accettate.

III) Decisione della Corte.

1) Il primo motivo si articola in distinte censure avverso l'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. ed è in parte infondato ed in parte inammissibile.

A1) Non è innanzitutto fondato l'assunto secondo cui il Tribunale sia caduto in errore nel ritenere che l' Parte_1 abbia contestato "solamente" la natura nosocomiale delle due infezioni, come è

reso evidente dalla lettura complessiva dell'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. in cui il giudicante ha preso posizione su tutte le questioni controverse.

Non vi è neanche contraddittorietà intrinseca della motivazione nella misura in cui da una parte è stato affermato che sia contestata la natura nosocomiale dell'infezione e dall'altra è stato dato atto che sia pacifica l'insorgenza e la natura delle complicanze infettivologiche.

E' in effetti evidente il senso di quest'ultima affermazione, avendo inteso il Tribunale affermare che sia pacifico che si tratti infezioni e che tali infezioni abbiano origine batterica.

A2) E' corretto l'assunto dell'appellante secondo il quale la Corte di Cassazione ha ripetutamente affermato che il Tribunale debba motivare specificamente le ragioni della sua adesione alla CTU ove la parte abbia sollevato specifiche osservazioni critiche all'elaborato peritale.

Peraltro, anche in tali casi l'obbligo motivazionale potrebbe ritenersi assolto *per relationem* sempre mediante adesione e rimando alla CTU, qualora il CTU si sia già fatto carico di replicare alle osservazioni critiche dei CTP e dei difensori delle parti, come avvenuto nel caso di specie.

In particolare "Allorché ad una consulenza tecnica d'ufficio siano mosse critiche puntuali e dettagliate da un consulente di parte il giudice che intenda disattenderle ha l'obbligo di indicare nella motivazione della sentenza le ragioni di tale scelta, senza che possa limitarsi a richiamare acriticamente le conclusioni del proprio consulente, ove questi a sua volta non si sia fatto carico di esaminare e confutare i rilievi di parte" (Corte di Cassazione Sez. 1, Sentenza n. 23637 del 21/11/2016).

Non è comunque fondata la doglianza dell'appellante secondo la quale il Tribunale avrebbe acriticamente aderito alla CTU facendo integrale rimando alla stessa.

Piuttosto il Tribunale ha riportato nell'ordinanza ex art. 702 ter c.p.c. i passaggi salienti della CTU con particolare riferimento a quelli rilevanti ai fini della decisione ed oggetto del contendere, ivi comprese le repliche alle osservazioni critiche mosse all'elaborato peritale dall' Parte_1 con ciò motivando espressamente in ordine alla condivisibilità delle conclusioni del CTU.

Né il Tribunale doveva riportare nel provvedimento definitorio le questioni attinenti alla tecnica operatoria, alla profilassi ed alle successive terapie antibiotiche, essendosi sulle stesse già espresso il CTU.

Quanto alla mancata presa di posizione da parte del Tribunale in ordine all'erroneità della scelta chirurgica (rilevata dal CTU), l'appellante non ha interesse ad impugnare su tale aspetto, difettando

altresì appello incidentale di *Controparte_1* sull'eventuale omessa pronuncia da parte del Tribunale in relazione a tale specifico ed ulteriore inadempimento.

Si è già detto che l'obbligo motivazionale del giudicante, nel caso in cui il CTU abbia illustrato il suo percorso argomentativo e replicato alle osservazioni critiche delle parti, si possa esaurire mediante adesione e richiamo delle conclusioni della CTU.

Corollario della giurisprudenza appena richiamata è, in linea generale, l'inammissibilità ex art. 342 c.p.c. dei motivi di gravame che si concretizzino nella mera riproposizione delle osservazioni critiche alla CTU, sulle quali il CTU abbia già esaurientemente preso posizione e rispetto alle quali, in sede di gravame, non vengano svolte ulteriori e specifiche censure.

Tale è in gran parte il caso *sub iudice*, atteso che parte appellante, come verrà meglio illustrato nel prosieguo, ha sostanzialmente riversato nel primo motivo di appello le osservazioni critiche alla CTU, senza esplicitare per quale ragione la risposta data dal CTU sia stata in ipotesi inesatta o ancora incompleta.

A3) E' generica ed in quanto tale inammissibile, la deduzione secondo cui il Tribunale avrebbe liquidato "in maniera superficiale e generica le ragioni di dissenso e i puntuali rilievi espressi dai Consulenti dell'Azienda *Parte_1*".

A4) E' parimenti generica e tardiva la doglianza secondo cui il Tribunale avrebbe dovuto disporre la rinnovazione della CTU quanto meno in ossequio al disposto di cui all'art. 15 legge n. 24/2017 secondo cui la CTU deve essere affidata ad un medico specializzato in medicina legale nonché ad uno o più specialisti nella disciplina.

Vale la pena rilevare che la norma richiamata non prevede affatto che debbano necessariamente essere nominati più CTU, richiedendo piuttosto che nell'espletamento dell'incarico siano coinvolte tutte le "competenze mediche" necessarie rispetto al caso concreto.

La causa verte sulla natura infettiva delle "complicanze" post operatorie e sull'adeguatezza dei relativi trattamenti sanitari.

Le parti concordano nell'affermare che il CTU dott. *Per_1* sia al contempo medico-legale e specialista in malattie infettive e l'appellante non chiarisce quale sarebbe l'ulteriore profilo professionale, ovverosia la "specificata conoscenza e competenza" necessaria nel caso di specie.

Oltre tutto neanche l'appellante allega di avere tempestivamente sollevato la relativa questione prima del conferimento dell'incarico peritale.

B) Quanto alla prima infezione, il CTU ha replicato motivatamente a tutte le osservazioni critiche riproposte in appello.

B1) Rispetto all'osservazione, secondo la quale vengono in rilievo batteri che fanno parte della comune flora endogena, vale la pena evidenziare innanzitutto che si trascura che si tratti di batteri che fanno parte della flora endogena intestinale che si sono riversati in peritoneo.

Il CTU ha poi adeguatamente chiarito che sia lo stesso criterio cronologico a giustificare le conclusioni cui è giunto atteso che la peritonite purulenta è insorta dopo poche ore dall'intervento (relazione CTU pag. 22).

B2) Quanto all'inverosimiglianza che l'infezione possa essere dipesa da contaminazione intraoperatoria, si rileva che l'affermazione è del tutto apodittica se solo si considera che l' [...]
 Parte_1 ha prodotto la cartella clinica della paziente e tra le produzioni elencate non risulta alcunché in relazione alle attività programmate e svolte per assicurare il c.d. "percorso di sterilità".

Come è noto in tema di infezioni nosocomiali la giurisprudenza afferma che la prova liberatoria in ordine al corretto adempimento deve 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).

Quanto al primo dei due aspetti, la prova è del tutto carente di talché è tutt'altro che inverosimile che vi siano più cause (tutte ascrivibili all' Parte_1) che possono avere determinato passaggio di *escherichia coli* in perineo.

B3) Quanto al mancato riscontro, in sede di intervento di revisione, di lesioni intestinali, di deiscenza o di liquido enterico in cavità il CTU ha puntualmente replicato che «Nel nostro caso abbiamo l'evidenza, che c'è stato il passaggio in peritoneo di carica microbica elevata di origine fecale. Questo

dato ha una sua logica razionale sul piano patogenetico. Infatti solo il passaggio dall'intestino al peritoneo di una elevata carica batterica sia endogena, come l'*Escherichia coli* isolata, sia esogena, ha potuto determinare la peritonite purulenta. [...] Sul piano medico legale tale infezione a prescindere dalla natura endogena o esogena dei germi che l'ha determinata è certamente iatrogena e cioè conseguente all'intervento. Non si sarebbe verificata se non fosse stato eseguito quell'intervento chirurgico ed ha quindi nesso di causa con le manovre chirurgiche eseguite. Il passaggio di questi germi dall'intestino al peritoneo è avvenuta sia per deiscenza di materiale infetto che per contaminazione intra-operatoria. "L'assenza di liquido enterico in cavità peritoneale o il fatto che l'intestino sia risultato integro in tutta la sua lunghezza e che nel corso del secondo intervento di revisione non siano state osservate deiscenze dall'anastomosi," come ricordano i CTP di parte convenuta, non è sufficiente a dimostrare l'assenza del nesso di causa tra la peritonite purulenta osservata e l'intervento chirurgico eseguito. E' invece certo che ci sia stata contaminazione intraoperatoria, proprio per la presenza di flora batterica mista aerobica ed anaerobica tipicamente intestinale (feci) conseguente ad un mancato rispetto delle misure di prevenzione e di controllo» (relazione CTU pagg. 22, 23).

Non corrisponde al vero che il CTU non abbia preso posizione sull'adeguatezza della profilassi e terapia antibiotica rispetto all'*Escherichia coli*.

Premesso che l' Parte_1 non ha prodotto le linee guida ed i protocolli aziendali genericamente menzionati nel motivo di appello, il CTU ha espressamente preso posizione sull'adeguatezza del trattamento antibiotico dando atto che «Dagli atti risulta che fu somministrata solo Cefazolina 2 gr all'induzione dell'anestesia e per 48 ore successive. Ma l'uso di tale antibiotico, verso cui l' Persona_4 era sensibile, non spiega come mai sia insorta ugualmente la peritonite purulenta. Se il germe responsabile della sepsi, isolato da emocolture e da liquido peritoneale, fosse stato solo l'Escherichia coli sensibile a Parte_2 , non si sarebbe dovuta verificare. Ciò si spiegherebbe invece con la presenza di altri germi a patogenesi iatrogena, provenienti dall'intestino ed arrivati in peritoneo. Anche questo dato dimostra che ci fu verosimilmente (applicando il concetto del più probabile che non), contaminazione intra-operatoria e che fu questa la responsabile di tale complicanza infettiva evitabile qualora si fossero usati più antibiotici a largo spettro d'azione contro più germi tra cui anche *Pseudomonas Aeruginosa*, agente patogeno di indiscussa genesi nosocomiale (relazione CTU pag. 23).

C) Il motivo di gravame è infondato anche in merito alla seconda infezione da *Pseudomonas Aeruginosa*.

C1) In proposito il CTU ha motivatamente illustrato le conclusioni cui è giunto ed ha altresì preso posizione sulle osservazioni critiche mosse dal CTP dell' Parte_1

[...] .

In particolare il CTU ha dato atto che «La seconda infezione da *Pseudomonas Aeruginosa* isolata in data 22/02/2005, documentata in atti, è vero che si è manifestata nella sede della ferita chirurgica, e che il germe è risultato essere multiresistente agli antibiotici. E' molto verosimile, più probabile che non, che l'origine di tale seconda infezione da *Pseudomonas Aeruginosa*, sia stata di tipo nosocomiale. Come osserva anche la parte convenuta, infatti è noto come lo *Pseudomonas Aeruginosa* è uno dei principali germi responsabili di infezioni nosocomiali. Anche se la parte convenuta osserva che il lasso di tempo intercorso tra la prima infezione e la seconda, comparsa sulla ferita chirurgica, è tale da poterla ipotizzare come complicanza secondaria alla prima, resta immutato il ruolo eziopatogenetico avuto dalla degenza nosocomiale. Furono eseguite tre consulenze infettivologiche per il trattamento antibiotico, (tra il 7 ed il 26 febbraio), ma il trattamento antibiotico scelto non fu conforme alle linee guida infettivologiche emanate dall'istituto superiore di sanità per il trattamento delle infezioni sostenute da *Pseudomonas Aeruginosa* multiresistente. Nel periodo tra il 7 e il 26 febbraio la ricorrente aveva avuto complicanze gravi in sede broncopolmonare con insufficienza respiratoria acuta. Le linee guida raccomandano il trattamento iniziale di terapia antibiotica aerosolica per trattare la prima comparsa o la nuova crescita di *P. aeruginosa*. Il regime antibiotico raccomandato si basa su tobramicina (aminoglicoside) inalata 300 mg 2 volte al giorno per 28 giorni. (vedi linee guida istituto sup. di sanità e fondazione di ricerca per la fibrosi cistica da *Pseudomonas Aeruginosa*). Ciò poteva essere eseguito già dall'inizio del mese di febbraio, alla comparsa dei primi segni clinici a carico dei polmoni che hanno poi portato al grave quadro di insufficienza respiratoria, verosimilmente da infezione aerea nosocomiale da *P. Aeruginosa*. Pertanto la terapia antibiotica contro *P.Aeruginosa*, fu iniziata verosimilmente con ritardo ed eseguita con certezza a dosaggi iniziali insufficienti. Il germe risultò dapprima essere sensibile alla Org_5 poi però per insufficiente dosaggio, in poco tempo, manifestò resistenza. Stessa cosa avvenne con la Org_4 Anche se la *P.Aeruginosa* fu isolata dalla ferita chirurgica solo il 22 febbraio, è molto verosimile che fosse presente già prima, che l'insorgenza di patologia a carico delle vie respiratorie sia stata causata da infezione nosocomiale da *pseudomonas aeruginosa*, per via aerea, determinando il grave quadro di insufficienza respiratoria. Escludo che tale agente microbico possa aver fatto parte della flora microbica endogena della paziente, come ipotizzato dalla parte convenuta. La scelta di prima linea della Org_5, anche se teoricamente corretta, fu applicata con dosaggio insufficiente (200 mg ogni 12 ore), tanto da generare

in poco tempo farmaco-resistenza» (relazione CTU pagg. 12, 13).

Il CTU ha anche risposto alle osservazioni critiche dei CTP dell' *Parte_1* riproposte in sede di gravame.

Quanto all'osservazione secondo la quale i dati presenti in cartella clinica descrivano un'infezione della sola ferita chirurgica, il CTU ha replicato dando atto che «Questo dato non contraddice e non esclude affatto quanto affermato nella bozza della CTU, che cioè “lo *Pseudomonas Aeruginosa*, penetrato per via aerea in ambiente ospedaliero, sia stato verosimilmente causa della polmonite batterica con insufficienza respiratoria, ancor prima di localizzarsi, a livello dermico nella sede della ferita chirurgica superficiale, quale “*locus minoris resistentiae*”. Non si può affermare come fanno i CTP che la polmonite con insufficienza respiratoria, che ha determinato il ricovero in Terapia Intensiva, nulla abbia a che vedere con *Ps. aeruginosa*, ma sia correlabile solo ad Enterobatteri, ed in particolare con *E. coli* sopra citato, l'unico isolato da sangue. E' invece molto verosimile che la setticemia sia stata sostenuta non solo da *Escherichia Coli*, ma anche da *Pseudomonas Aeruginosa*, che ha interessato sia l'apparato respiratorio, causando il grave quadro d'insufficienza respiratoria e poi successivamente a partire dal 21 febbraio la ferita chirurgica. Tale ipotesi patogenetica non è per nulla infondata, come sostengono i CTP, ma molto verosimile in termini di più probabile che non, spiegherebbe il grave quadro clinico instauratosi a carico dei polmoni, resistente agli antibiotici usati per l'elevata farmaco resistenza proprio della *Pseudomonas Aeruginosa*» (relazione CTU pagg. 23, 24).

Come già rilevato nel paragrafo precedente in relazione all'infezione da *Escherichia Coli*, il CTU ha anche chiarito che «Dagli atti risulta che fu somministrata solo Cefazolina 2 gr all'induzione dell'anestesia e per 48 ore successive. Ma l'uso di tale antibiotico, verso cui l' *Persona_4* era sensibile, non spiega come mai sia insorta ugualmente la peritonite purulenta. Se il germe responsabile della sepsi, isolato da emocolture e da liquido peritoneale, fosse stato solo l'*Escherichia coli* sensibile a *Parte_2* , non si sarebbe dovuta verificare. Ciò si spiegherebbe invece con la presenza di altri germi a patogenesi iatrogena, provenienti dall'intestino ed arrivati in peritoneo. Anche questo dato dimostra che ci fu verosimilmente (applicando il concetto del più probabile che non), contaminazione intra-operatoria e che fu questa la responsabile di tale complicanza infettiva» (Relazione CTU pag. 23).

C2) Quanto infine alla terapia antibiotica, il CTU ha replicato alle osservazioni dei CTP dell' [...] *Parte_1* riproposte in appello osservando che «Nelle loro osservazioni alla bozza, i CTP di parte convenuta sostengono che la *Parte_3* sia indicata solo nel trattamento delle infezioni da

Pseudomonas nella fibrosi cistica e nelle forme ad evoluzione cronica. Poi però nel citare ciò che prevedono le linee guida per una corretta antibiotico-terapia per il trattamento delle forme cliniche sostenute da *Pseudomonas Aeruginosa*, dicono che: “Poiché *Pseudomonas* è un batterio tipicamente multiresistente agli antibiotici, la sua sensibilità varia a seconda dell’epidemiologia specifica, locale, che può quindi essere diversa non solo da paese a paese, ma da regione a regione, da città a città, da ospedale a ospedale e, addirittura, all’interno dello stesso ospedale, da un reparto all’altro...è fondamentale, disporre di un antibiogramma che evidenzia resistenze e sensibilità ai diversi antibiotici, optare per una terapia mirata, attiva su quel ceppo isolato, indipendentemente dalle indicazioni generali,.....” Poi indicano le principali classi antibiotiche attive su *Pseudomonas* che sono: sono BetaLattamine (Piperacillina-tazobactam, —Ceftazidime, Cefepime, —Carbapenemi), Fluorochinoloni (Ciprofloxacina), Aminoglicosidi (Gentamicina, Tobramicina, Amikamicina). Tra questi non è citata la cefazolina che fu l’antibiotico usato con risultato del tutto insufficiente. Quindi indirettamente prima dicono che le considerazioni del CTU sono errate, poi però citano proprio la *Parte_3* come farmaco di prima scelta per il trattamento delle infezioni da *Pseudomonas* e non solo per le forme polmonari in [REDACTED] (relazione CTU pag, 24).

2)Il secondo motivo, avente ad oggetto la rinnovazione della CTU è assorbito dal rigetto del primo.

3) Il terzo motivo afferente alla liquidazione del danno, è inammissibile atteso che nello stesso non vengono esplicitate adeguatamente le ragioni di dissenso avverso l’ordinanza ex art. 702 ter c.p.c., facendosi per contro integrale rimando alle osservazioni critiche dei CTP dell’ *Parte_1*
L’onere di specificazione dei motivi d’appello non può infatti ritenersi assolto con il mero rinvio agli atti del primo grado, dovendo lo stesso essere coniugato con “l’espressa censura delle argomentazioni poste a fondamento dell’impugnata sentenza” (Corte di Cassazione Sez. 6 - L, Ordinanza n. 17268 del 19/08/2020).

4) L’appello deve pertanto essere rigettato.

Le spese seguono la soccombenza, dovendo essere poste a carico dell’ *Parte_1* appellante ed in favore di *Controparte_1* .

La liquidazione viene effettuata come da dispositivo tenuto conto dell’attività espletata in corso di causa (fase studio, fase introduttiva, fase decisionale), del valore della controversia (compreso tra € 52.000,00 ed € 260.000,00), conformemente ai valori medi di cui al DM n. 55/2014, come attualmente vigenti, ovverosia tenendo conto delle modificazioni introdotte con DM n. 147/22.

Nulla sulle spese relativamente agli *Controparte_2* evocati a mero titolo di *litis denuntiatio* e
ri ████ contumaci in appello.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13 comma 1 quater DPR n. 115/2002 l' *[...]*
Parte_1 è tenuta a versare un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari
a quello dovuto per la stessa impugnazione principale.

P.Q.M.

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

- 1) Rigetta l'appello;
- 2) Condanna l' *Parte_1* a rimborsare a *Controparte_1* le
spese di lite, che si liquidano in € 9.991,00 per compensi, oltre rimborso forfettario delle spese generali
in misura del 15% del compenso totale della prestazione, CPA ed IVA se previste per legge;
- 3) Dà atto che sussistono i presupposti di cui all'art. 13 comma 1 quater DPR n. 115/2002 a carico di
Parte_1 .

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del 11/07/2023

Il Consigliere est

Dott.ssa Paola Ferrari Bravo

Il Presidente

Dott.ssa Ombretta Salvetti

Visto l'art. 52 comma 2 del DLGS 196/2003,

La Corte dispone che sia apposta, a cura della Cancelleria, il divieto di indicazione delle generalità
degli interessati e degli altri loro dati identificativi, in caso di riproduzione della presente sentenza nelle
ipotesi di cui al citato articolo di legge, a tutela dei diritti o della dignità degli interessati.

Il Presidente

Dott.ssa Ombretta Salvetti