N. 801/2023 RG

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI FIRENZE

QUARTA SEZIONE CIVILE

La Corte di Appello di Firenze, Sezione Quarta Civile, in persona dei magistrati:

Dott.ssa Dania Mori	Presidente relatore
Dott.ssa Maria Teresa Paternostro	Consigliere
Dott.ssa Paola Caporali	Consigliere

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa in grado di appello promossa da:

Parte_1 **,** (C.F. e P.IVA *P.IVA_1*), rappresentata e difesa dagli avv.ti

-PARTE APPELLANTE-

Contro

Controparte_1 (C.F. *C.F._1*), *Controparte_2* (C.F. *C.F._2*), e *CP_3* (C.F. *C.F._3*), tutti rappresentati e difesi dall'avv.to

-PARTI APPELLATE-

la causa è stata posta in decisione sulle seguenti **Conclusioni**:

Conclusioni parte appellante: *"Piaccia all'Ill.ma Corte d'Appello adìta, contrariis reiectis, previa sospensione degli effetti esecutivi della sentenza impugnata, in accoglimento dei motivi di*

appello, annullare e riformare integralmente la sentenza n. 217/2023 del [redacted] *e per l'effetto respingere, in quanto infondata, la domanda di risarcimento proposta dai sigg.ri* CP_1 [...] Controparte_2 *e* CP_3 *, ovvero, in via del tutto subordinata, ridurre l'ammontare del risarcimento del 50%, o della diversa percentuale che dovesse risultare di giustizia, in conseguenza delle patologie pregresse che hanno quanto meno concorso al realizzarsi dell'evento di danno.*

In via ulteriormente subordinata, eliminare l'aumento del danno non patrimoniale a titolo di personalizzazione difettandone i presupposti e scomputare l'importo delle indennità di accompagnamento percepite dal sig. Controparte_1 *dall'ammontare complessivo del risarcimento che dovesse essergli riconosciuto.*

In via istruttoria, si chiede che il nominando Consigliere Istruttore voglia acquisire ex art. 213 c.p.c. le necessarie informazioni dall'INPS in merito all'importo delle indennità che sono state e che ancora oggi vengono periodicamente erogate in favore del sig. Controparte_1 *e che vanno sottratte dall'importo del risarcimento che dovesse essergli eventualmente riconosciuto.*

Con vittoria di spese del doppio grado di giudizio".

Conclusioni parte appellata:

1. *In via principale rigettare l'appello perché infondato in fatto ed in diritto confermando le statuizioni della sentenza di primo grado impugnata con condanna dell'appellante alle spese (ivi comprese spese di CTU e di CTP) ed onorari con distrazione in favore del procuratore antistatario;*
2. *In via gradata, rimettere la causa sul ruolo e convocare il collegio peritale per rendere i chiarimenti opportuni e necessari. Benvero il collegio peritale, individuata la condotta colposa ed omissiva dei sanitari della* Parte_2 *non indica in maniera chiara e significativa quale incidenza, in termini di percentuali, hanno avuto le eventuali condizioni di comorbidità accertate nel piccolo* CP_1 *e non presunte e/o ipotizzate (ad es. La Sindrome di Noonan);*
3. *In via ancora più gradata, laddove la Corte non ritenga né opportuno né necessario convocare il Collegio peritale a chiarimenti (riservandosi questa difesa il gravame) si chiede che la Corte indichi una percentuale minima, non superiore al 10%, di efficienza causale delle condizioni di comorbidità sugli eventi che hanno provocato lesioni permanenti al* Controparte_1 *, lesioni che sono state confermate dal Collegio peritale nella misura del 70% di danno biologico oltre la Inabilità temporanea adeguando e riducendo in pari misura il risarcimento dei danni non patrimoniali in capo agli appellati;*

4. *Confermare il risarcimento di € 30.000 in favore di ciascuno dei genitori per violazione del consenso informato;*
5. *Riconoscere agli appellati, sulle somme statuite a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali, gli interessi e la rivalutazione monetaria da calcolare devalutando le somme alla data dell'evento e poi via via rivalutate con gli interessi e tutto ciò sul presupposto che il ritardo del pagamento non ha consentito agli appellati di ottenere all'attualità una somma pari o superiore a quella che avrebbero ottenuto se fossero stati liquidati all'epoca dell'evento illecito;*
6. *Confermare le spese ed onorari liquidate in primo grado ovvero modularle in percentuale ed in proporzione con la riduzione delle sorti capitali;*
7. *Condannare l'* Parte_2 *al pagamento delle spese (CTU e CTP) e degli onorari del giudizio di appello con distrazione in favore dell'avv.* [redacted] *antistatario delle spese.*

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1. Con atto di citazione notificato in data 19.5.16 Controparte_2 e CP_3, in proprio e in qualità di genitori del minore Controparte_1, hanno convenuto dinanzi al [redacted] l' Parte_1 per sentirla condannare al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali conseguenti ai gravi danni neurologici subiti dal loro figlio per colpa dei sanitari.

Deducevano gli attori che CP_1 era nato il 30.07.1999 a seguito di parto cesareo eseguito all'ottavo mese di gravidanza perchè esisteva una minaccia di parto prematuro e vi era eccesso di liquido amniotico; il bambino veniva subito ricoverato presso il Reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell' Parte_1 per distress respiratorio e vi rimaneva fino al 19/08/1999, allorquando veniva dimesso.

Successivamente, a circa 3 mesi e mezzo di vita, si verificava in data il 17/11/1999 lo strozzamento dell'ernia inguinale destra ed il bambino veniva operato in data 23/11/1999 di erniectomia inguinale bilaterale presso l' Parte_1, Reparto di chirurgia pediatrica.

Gli attori sostenevano che nel corso dell'intervento operatorio, durato più del dovuto (dalle ore 12.40 sino alle ore 16.10) si era verificato un arresto cardiocircolatorio, probabilmente al momento dell'estubazione; pur non essendo descritto questo evento nella cartella clinica, i familiari venivano a sapere dell'arresto cardiaco da quanto loro riferito nell'immediatezza da un medico operatore, che però li tranquillizzava riferendo che il problema era stato risolto; invece non era affatto risolto

perchè si rendeva necessario il trasferimento del piccolo *CP_1* presso la terapia intensiva neonatale, in cui egli rimaneva fino alle dimissioni in data 04/12/1999.

Deducevano gli attori che il bambino nel corso di ulteriori controlli in data 15/12/1999 (all'età di 4 mesi e mezzo) eseguiva una RMN dell'encefalo s.m.d.c. che mostrava una evidente contrazione volumetrica degli emisferi cerebrali in sede fronto temporale, un notevole assottigliamento della sostanza bianca che circonda le celle medie ed i corni occipitali, tutti reperti compatibili, per lo strumentista, con esiti di sofferenza cerebrale meritevoli di ulteriore valutazione nel tempo (18-24 mesi).

Dopo ulteriori controlli clinici e cure mediche, all'età di 18 mesi di vita, venivano rilevati chiaramente gli effetti di ischemia cerebrale (ipertono degli arti inferiori con paraparesi e con soprattutto monoparesi della mano sinistra) per cui si rendeva necessario continuare la fisiokinesiterapia.

A due anni di distanza il piccolo *CP_1* era affetto da paralisi celebrale infantile secondaria che aveva determinato tetraparesi mista con grave disturbo della organizzazione posturale del gesto della prensione, con possibilità di spostamento solo con l'uso di ausili di sostegno del tronco del bacino, deformazioni degli arti inferiori con equinismo, sindrome adduttoria, ritardo del linguaggio, ritardo cognitivo di grado medio, e necessità di costante assistenza nelle varie attività quotidiane.

Anche la Commissione *Parte* per le Invalidità Civili accertava il ritardo del linguaggio, il ritardo cognitivo e la tetraparesi, con disturbo della stazione eretta e della deambulazione, e lo riconosceva minore invalido con necessità di accompagnamento; in data 5.1.2002 i sanitari della Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza della *Parte_3* attestavano che il piccolo *CP_1* era affetto da sindrome tetraplegica con ritardo psicomotorio e ritardo del linguaggio, e che tale condizione rappresenta una minorazione che ha caratteristica di stabilità ed è causa di difficoltà di apprendimento tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione.

Deducevano gli attori che i danni neurologici permanenti del loro figlio erano stati causati dall'arresto cardiaco (e conseguente mancato apporto di ossigeno al cervello) verificatosi durante l'intervento di erniectomia, che, pur non essendo indicato nella cartella clinica, era però evidenziato in tutte le certificazioni mediche successive che riguardavano *CP_1* (per esempio in data 21 Dicembre 2002, a seguito di una sospetta broncopolmonite, il piccolo *CP_1* venne ricoverato nella stessa *Parte_1* ed i medici nell'anamnesi patologica riportavano: *APR….a 2 mesi e mezzo intervento per ernia inguinale bilaterale al momento del risveglio dall'anestesia ha presentato arresto cardiaco che ha residuato danno neurologico con epistotono. Successivamente il bambino ha presentato ipertono muscolare generalizzato che è andato migliorando in seguito alla fisioterapia che tutt'ora esegue…..).*

Secondo gli attori l'*Con* si sarebbe verificato verosimilmente durante le manovre anestesiologiche (intubazione - estubazione) nel corso dell'intervento chirurgico, per imperizia, imprudenza e negligenza dei sanitari: invero l'intervento di erniectomia in un bambino di quattro mesi, anche se non frequente, era da ritenersi routinario ed alla portata dei sanitari del reparto di Chirurgia Pediatrica dell' *Controparte_5* , essendo la struttura era attrezzata allo scopo; l'intervento non era particolarmente complesso ed in mani esperte e con la giusta attenzione non presentava alcuna difficoltà o la soluzione di problemi tecnici particolarmente difficili.

Deducevano gli attori anche la violazione del consenso informato, perchè in qualità di genitori del minore avevano il diritto di conoscere in maniera puntuale, chiara, precisa e dettagliata tutte le possibili, eventuali, complicanze dell'intervento (che non era strettamente necessario) e gli effetti che esse avrebbero avuto sulla sua vita personale, familiare e sociale futura onde determinarsi liberamente e serenamente al trattamento.

Sulla base di queste premesse gli attori chiedevano il risarcimento del danno patrimoniale "*consistito nelle ulteriori spese di mantenimento del piccolo* *CP_1* *, sopportate ancora oggi dai genitori dopo l'increscioso e spiacevole accaduto, per il periodo già trascorso e quello ancora a venire quantificabile nella misura di € 150.000,00*"; del danno biologico e morale di *CP_1* , conseguente ad invalidità permanente del 70% per come accertata dal loro ct di parte; del danno subito "iure proprio" per le sofferenze patite in seguito all'esito infausto dell'intervento, con conseguenze inaspettate per la salute del loro piccolo figlio, nonchè per la necessità di continua assistenza familiare e per il sacrificio totale ed amorevole verso il macroleso.

Si costituiva in giudizio l' *Pt_1* convenuta e preliminarmente eccepiva la prescrizione di ogni diritto risarcitorio perché l'intervento chirurgico asseritamente fonte dei danni alla persona del piccolo *CP_1* era stato effettuato nel novembre del 1999 e la causa di merito era stata introdotta nel maggio del 2016.

Nel merito negava ogni addebito, sostenendo che dalla cartella clinica non risultava l'esistenza di alcun arresto cardiaco durante l'intervento chirurgico che avrebbe creato la situazione di grave ipossia, deducendo quindi la carenza di prova di una condotta colposa dei sanitari dell'ospedale di *Pt_3* e, a monte, del nesso causale rispetto alla condizione clinica attuale di *Controparte_1* .

Sosteneva la convenuta, premesso che l'intervento chirurgico era necessitato ed urgente in quanto altrimenti il bambino sarebbe andato incontro allo strozzamento dell'ernia inguinale destra, che non esisteva alcuna prova che la condizione di gravi danni neurologici riscontrata *ex post* sul bambino fosse stata causata da un presunto AC verificatosi durante l'intervento di erniectomia, peraltro non annotato in cartella clinica, e non fosse invece la diretta conseguenza della nascita avvenuta

prematuramente e della condizione clinica già accertata in quella sede: infatti *CP_1* era nato prematuro alla 33esima settimana di gestazione e fin dal momento della nascita, il giorno 30/07/1999, per il mancato raggiungimento dei normali parametri vitali era stato intubato e trasferito in Terapia Intensiva Neonatale con quadro clinico di importante distress respiratorio. Al momento della dimissione dopo 20 giorni dalla nascita, il 19/08/1999, il bambino presentava la seguente diagnosi: "*pervietà interatriale, stenosi polmonare ed ernia inguinale destra*", per la quale il chirurgo consigliava osservazione clinica e controllo successivo.

Ad un esame neurologico svolto pochi giorni dopo (12/09/1999), compariva *"un ipertono degli arti e dell'asse di media entità, da rivalutare*". Il giorno seguente 13/09/1999 il bambino veniva dimesso con il peso di kg. 2,330 e diagnosi di "*prematurità, distress respiratorio, stenosi della polmonare, ernia inguinale destra".*

Sosteneva la *Part* che subito dopo l'intervento di erniectomia inguinale del 23/11/1999 il bambino veniva trasferito nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) ancora intubato, come avviene di prassi per i piccoli prematuri, per un monitoraggio di 24- 48 ore: alla dimissione dall' *CP_6* in data 4/12/1999 l'esame neurologico segnalava ipertono flessorio dell'asse ed estensione degli arti inferiori, irritabilità e disorganizzazione con scarsa attenzione, con risultanze quindi assolutamente conformi e sovrapponibili al precedente esame neurologico del 12/09/1999 ante intervento.

Dunque secondo la convenuta non era ravvisabile alcuna responsabilità nell'operato dei medici della *Parte_1* in quanto esisteva un'indicazione assoluta all'intervento chirurgico praticato dai chirurghi pediatri della struttura, stante la presenza di un'ernia inguinale strozzata suscettibile di degenerare in necrosi intestinale con conseguente peritonite che poneva in pericolo la vita stessa del neonato; l'intervento fu condotto in conformità alle corrette *leges artis*, né tantomeno esistevano controindicazioni specifiche all'effettuazione dell'intervento anestesiologico; quindi le lamentate lesioni cerebrali (ischemia cerebrale) non potevano in alcun modo essere poste in rapporto di causalità con l'operato dei sanitari dell *Parte_1*, quanto piuttosto con le patologie di base congenite preesistenti (prematurità, pervietà interatriale, stenosi polmonare).

Concludeva quindi la convenuta per il rigetto totale di tutte le domande risarcitorie, in tesi per prescrizione ed in ipotesi per la loro infondatezza.

Il primo giudice istruttore concedeva alle parti i termini ex art. 183 cpc ed all'esito emetteva in data 13.11.18 una sentenza non definitiva con cui affrontava solo la problematica dell'intervenuta prescrizione, ritenendo infondata la relativa eccezione (in ragione dell'esistenza di plurimi atti interruttivi), e rimetteva la causa sul ruolo istruttorio.

Veniva quindi disposta CTU medico-legale (con CCTTUU il dott. *Per_1* medico legale, nonché il dott. *Persona_2*, specialista in anestesia e rianimazione) sul seguente quesito:

"*il Collegio peritale, letti gli atti e i documenti, accerti:*

1) se, in rapporto alle cognizioni medico-chirurgiche acquisite all'epoca dell'intervento chirurgico all'ernia inguinale eseguito il 23.11.99 su Controparte_1, nato il 30.07.99, lo stesso fosse indicato e se sia stato effettuato secondo la miglior pratica medica, nel rispetto delle modalità tecniche e delle linee guida suggerite dalla più accreditata scienza medica e con la dovuta prudenza, diligenza e perizia, in relazione alle specifiche caratteristiche del caso concreto, ovvero se sussistano profili di responsabilità professionale addebitabili al personale che ha eseguito l'intervento;

2) se risulti dalla documentazione allegata che siano state fornite le doverose informative al paziente in ordine alla natura dell'intervento, alle possibili complicanze, alla necessità di terapie successive, ed a tutto quanto fosse necessario per consentire al paziente di esprimere un consenso libero ed adeguatamente informato;

3) se l'intervento eseguito presentasse la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, anche in considerazione delle condizioni e del complessivo stato di salute della parte attrice;

4) se, nel corso dell'intervento, si è verificato un arresto cardio circolatorio e la sua eventuale derivazione causale dal comportamento negligente, imperito od imprudente del personale medico;

5) se tale complicazione era imprevista o imprevedibile e se era evitabile con l'uso dell'ordinaria diligenza esigibile in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del caso e del momento;

6) descriva le attuali condizioni della parte e dica se le conseguenze negative dedotte nel ricorso (ove in concreto riscontrate) siano causalmente riconducibili a condotte del personale medico del predetto ospedale;

7) in caso in cui siano riscontrate lesioni, indichi la durata della inabilità temporanea (maggiore o diversa da quella ordinariamente prevedibile in esito alla operazione effettuata) assoluta e relativa e se da tali lesioni siano residuati postumi permanenti quantificandone l'entità;

8) indichi le spese mediche e di cura sostenute e la loro pertinenza e congruità, e precisi se siano necessarie eventuali spese mediche future, indicandone i relativi costi.

Esperisca un concreto tentativo di conciliazione".

In data 28.2.19 si costituiva personalmente in giudizio *Controparte_1*, perché diventato maggiorenne, aderendo a tutte le domande ed eccezioni già svolte dai suoi genitori.

In data 26.11.19 il due CCTTUU depositavano la loro relazione, queste le conclusioni:

"1. L'intervento chirurgico era indicato, non esistono profili di responsabilità professionali addebitabili al personale che ha eseguito l'intervento;

2. Risulta allegato in cartella modulo di consenso informato all'intervento chirurgico estremamente generico e dal quale non è possibile desumere la correttezza e completezza della informazione fornita ai genitori del piccolo paziente (la madre ebbe a sottoscrivere tale documento). Non è invece presente alcun modulo di consenso all'anestesia;

3. L'intervento eseguito non mostrava problemi tecnici di particolare difficoltà;

4. Nel corso dell'intervento non risulta che si sia verificato un arresto cardio-circolatorio ma risulta accertato in CP_6 ;

5. L'arresto cardiaco era imprevisto ed imprevedibile stando alla certificazione della cartella anestesiologica che non riporta difficoltà di gestione intraoperatoria, ed evitabile solo se fosse stata segnalata una difficoltà anestesiologica intraoperatoria che non risulta documentata;

6. Le condizioni menomative del paziente non sono causalmente riconducibili alle condotte del personale medico dell'ospedale;

7. Nessuna inabilità temporanea (maggiore) è addebitabile all'operato dei sanitari, i postumi permanenti non sono ascrivibili alle condotte dei sanitari;

8. Le spese mediche non possono essere riconosciute e la conciliazione non può essere proposta".

In particolare i CCTTUU spiegavano che: "*Dalla certificazione prodotta agli atti, non è possibile affermare con il principio del "più probabile che non" che l'arresto cardiaco verificatosi in terapia intensiva neonatale CP_6) pochi minuti dopo l'estubazione abbia determinato un danno di natura ipossico-ischemica tale da aver generato o contribuito a determinare i gravi esiti menomativi di cui il paziente è portatore neppure in via concausale sia per la breve durata dell'arresto cardiaco, sia per la responsività alla terapia ventilatoria somministrata. Si può invece affermare che la condizione di ipossiemia di cui la desaturazione registrata era il segno, si protrasse per alcune ore dall'arresto cardiaco fino al ripristino di una condizione ottimale dell'ossigenazione (16:40-23:51). Nonostante ciò, l'Ecografia cerebrale effettuata il giorno successivo all'evento non confermava né era indicativa di sofferenza cerebrale di natura ipossico-ischemica rispetto all'esame precedente (alla nascita) tali da indurre i sanitari ad effettuare ulteriori approfondimenti quali RM urgente o ipotermia terapeutica. Si può ritenere pertanto che le condotte dei sanitari, per quanto censurabili sotto il profilo della compilazione della cartella clinica, non possono aver determinato un maggior danno encefalico rispetto a quello che comunque il piccolo CP_1 avrebbe avuto se l'evento arresto cardiaco fosse stato evitato"*.

Il Giudice istruttore convocava i CCTTUU a chiarimenti per l'udienza del 28.9.20 e questi ultimi riconfermano le loro conclusioni, pertanto veniva fissata udienza di pc e la causa era trattenuta in decisione, ma poi il giudice non depositava la sentenza perché cessava dalle funzioni di GOT.

La causa veniva quindi rimessa sul ruolo ed assegnata ad altro GOT, che chiedeva chiarimenti ai CTU, che venivano resi oralmente all'udienza del 17.11.22; alla fine dell'udienza (in cui i consulenti ribadivano le loro conclusioni) il giudice chiedeva comunque ai CCTTUU di valutare e quantificare il danno biologico.

I CCTTUU depositavano quindi una integrazione di consulenza in data 13.1.23, nella quale, tenuto conto della diagnosi attuale, valutavano "*il danno biologico permanente nella misura complessiva del 70% (settanta per cento) in linea con quanto richiesto dal CTP di parte attrice. Relativamente al danno temporaneo lo stesso, può essere fatto pari a circa anni 3 di inabilità temporanea di cui anni 1 di inabilità temporanea assoluta ed anni 2 di inabilità temporanea parziale al 75%".*

Il GOT pronunciava quindi la sentenza n. 217/23, emessa ex art. 281 sexies cpc all'udienza dell'8.3.23, accogliendo le domande degli attori.

In motivazione il giudice riteneva provata l'esistenza dell'arresto cardiaco verificatosi durante l'intervento chirurgico (AC che i due CCTTUU dolosamente avrebbero voluto posticipare alla fase successiva in cui il bambino era arrivato alla *CP_6*) determinato dalla desaturazione a cui il bambino era andato incontro a causa dell'intasamento del tubicino oro-faringeo con cui gli veniva somministrato l'ossigeno per respirare durante l'anestesia; ciò in quanto, per una errata manovra dell'anestesista all'intubazione, era fuoriuscito del sangue che si era coagulato ed aveva così impedito il deflusso dell'ossigeno nel tubicino; lo stato di ipossia-ipossiemia avrebbe quindi causato tanto l'arresto cardiaco che i gravi esiti menomativi di cui il paziente era portatore.

Sosteneva il primo giudice che quindi ai genitori andava riconosciuto "*il risarcimento per la lesione del diritto all'autodeterminazione e per grave lesione del rapporto parentale*" e liquidava per ciascuno di loro 30.000 euro per la prima causale e 300.000 euro per la seconda, "*oltre interessi e rivalutazione dal dovuto al saldo effettivo".*

Il danno biologico di *Controparte_1* veniva liquidato sulla base delle Tabelle milanesi nella somma complessiva di € 1.041.181,50, "*oltre interessi e rivalutazione dal dovuto al saldo effettivo*" considerando sia l'IP del 70% che l'ITT di anni 1 e l'ITP al 75% di anni 2, applicando la personalizzazione massima nella misura del 25% del danno biologico in senso stretto.

Nulla in sentenza veniva detto in merito al danno patrimoniale.

Questo il dispositivo:

"*Accoglie la domanda*

Condanna parte convenuta *Parte_1* *in persona del l.r.p.t.*

- Al risarcimento del danno in favore di parte attrici Parte_4 *e* CP_3 *, che liquida* Pt_5 *complessivamente in euro 330.000,00 oltre interessi e rivalutazione dal dovuto al saldo effettivo*

- Al risarcimento del danno in favore di Controparte_1 *, che liquida complessivamente in euro 1.041.181,50, oltre interessi e rivalutazione dal dovuto al saldo effettivo*

- a rifondere le spese processuali di parti attrice e parte intervenuta, che liquida in euro 60.721,00 per compenso, oltre il CU relativo allo scaglione di riferimento, oltre RF, CPA ed IVA ai sensi di legge

pone le spese di c.t.u. definitivamente a carico di parte convenuta

dispone l'invio di copia della presente sentenza al Presidente (in motivazione: "*per ogni opportuna valutazione in ordine all'iscrizione dei dr* Per_1 *ed* Persona_2 *all'albo dei CTU*", n.d.r.)

Manda alla Cancelleria per gli adempimenti di competenza".

2. Ha proposto appello l' Parte_1 con sei motivi:

I MOTIVO: *Erroneità della sentenza e violazione delle regole sull'accertamento del nesso causale e dei principi vigenti in materia per avere il Tribunale negato attendibilità alle conclusioni tecniche della CTU e fornito una ricostruzione alternativa della vicenda sotto il profilo causale in senso contrario alle risultanze tecniche.*

II MOTIVO: *Erroneità della sentenza e violazione delle regole sull'accertamento del nesso causale e dei principi vigenti in materia di rapporti con le pregresse patologie, per avervi il Tribunale negato efficacia causale in senso contrario a quanto ritenuto dalla CTU.*

In sintesi con i primi 2 motivi di appello, tra loro strettamente connessi, si contesta la decisione di accertamento della responsabilità dell' Pt_1 convenuta in quanto il primo giudice avrebbe completamente disatteso le conclusioni cui erano pervenuti i due CC.TT.UU., così accogliendo la domanda dopo aver fornito una propria "personale" ricostruzione della dinamica dell'intervento chirurgico, che prende le mosse da teorie elaborate autonomamente dal giudice di primo grado che, a suo dire, condurrebbero "con certezza" (??) a ritenere responsabile la struttura convenuta.

Si lamenta quindi la violazione delle norme sull'accertamento del nesso causale (artt. 40 e 41 c.p., art.1223 c.c.), per avere il Tribunale individuato una serie causale diversa rispetto a quella che emergeva dall'evidenza dei fatti e dalle conclusioni della CTU, nonché per non avere escluso il nesso causale in virtù dell'efficacia esclusiva che le pregresse patologie, di cui pacificamente soffriva il piccolo CP_1 , hanno avuto rispetto alla produzione dell'evento di danno.

In particolare parte appellante, richiamando gli esiti della CTU, sostiene che l'arresto cardiaco subito dal bambino non durante ma dopo l'intervento chirurgico, allorquando venne portato in

CP_6 , fu prontamente ed efficacemente trattato, tanto è vero che regredì velocemente quando fu somministrata la terapia ventilatoria senza ausilio di farmaci e ciò dimostra che fu transitorio e non produttivo di conseguenze pregiudizievoli, men che meno dell'ischemia cerebrale; viceversa la desaturazione e la conseguente ischemia (quest'ultima fonte del danno neurologico) sono stati 'più probabilmente che non' causati dalle comorbidità di cui il paziente era portatore fin dalla nascita, avvenuta pochi mesi prima.

Scrivono infatti i CTU: *"Stando alla documentazione sanitaria in atti, l'arresto cardiaco sarebbe avvenuto invece in una fase successiva all'intervento chirurgico ovvero in terapia intensiva neonatale (UTIN) ed è stato successivo a un tentativo di estubazione del paziente….*

Se quindi l'arresto-cardiaco fu certamente fugace e transitorio, non fu così per la condizione di desaturazione che invece si protrasse per alcune ore dopo la reintubazione fino alle ore 21:01 quando ancora l'ossigenazione non era soddisfacente (85.3%)….

Dagli esami strumentali successivamente effettuati (RM encefalo) emerge un unico danno da cui non è possibile differenziale la componente pre-natale e quella relativa al post-arresto cardiaco, posto che questo ebbe una durate molto breve perché fu subito revertito. La condizione di desaturazione che ne derivò non è ascrivibile alla condotta del personale sanitario della *CP_6* *né all' adeguatezza dei presidi ventilatori applicati, ma alla comorbidità del bambino, affetto già da distress respiratoria alla nascita e "rumori espiratori" mai scomparsi come accertato dalla visita anestesiologica preoperatoria"…fin dalla nascita rumori espiratori…attualmente ancora presenti*" (cfr. CTU, pagg.. 15-16).

Secondo l'appellante a conferma che i pregiudizi di cui è portatore *Controparte_1* siano stati causati dalle sue patologie pregresse ed in generale dai problemi respiratori che aveva manifestato fin dalla nascita, valgono le circostanze evocate dai CCTTUU e segnatamente il fatto che "*l'eco-encefalo effettuato dopo 24 ore dall'evento era sovrapponibile all'esame che fece subito dopo la nascita e che mostrava lieve iperecogenicità periventricolare*" e l'ulteriore considerazione che l'arresto cardiaco fu comunque "*prontamente trattato con terapia ventilatoria senza necessità di terapia farmacologica con atropina per revertire la bradicardia*" (cfr. CTU pag. 15).

Oltretutto la CTU aveva indicato numerosi episodi di desaturazione da cui era stato affetto *[...]* *CP_1* prima dell'intervento di erniectomia: la relazione medico-legale menziona a questo proposito che "*A causa di una improvvisa desaturazione in data 13/08 veniva nuovamente trasferito presso la Terapia Intensiva*", dunque due settimane dopo essere nato. Ancora, la CTU evidenzia come "*Faceva rientro al reparto di degenza Paraintensiva il 19/08; dalla lettura del relativo diario clinico risultano episodi di desaturazione*" (cfr. CTU, p. 9; doc. 2), rimarcando come ancora a

distanza di tre settimane dal parto, il *CP_1* era soggetto ad episodi di desaturazione che non sono, evidentemente, posti in relazione con fattori esterni, bensì causati da fattori endogeni.

Pertanto ciò che secondo parte appellante escluderebbe in radice la responsabilità medica sarebbe proprio la individuazione di un diverso fattore scatenante la desaturazione (patologie pregresse), che si colloca a monte di una diversa serie causale rispetto a quella erroneamente ipotizzata dal Tribunale contro ogni evidenza (ostruzione del tubicino oro/faringeo a causa del sangue fuoriuscito durante la manovra di intubazione, poi seccatosi).

Ricorda l'appellante che, secondo costante giurisprudenza, allorquando il paziente è affetto da una pregressa patologia che sia risultata, secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza, idonea *ex se* a causare l'evento di danno, non è possibile per il giudice riconoscere comunque una qualche responsabilità della struttura sanitaria, il cui contributo causale nella produzione del pregiudizio va quindi escluso. In ogni caso, quand'anche il Tribunale avesse ritenuto che la condotta dei sanitari avesse costituito un fattore causalmente efficiente rispetto all'ischemia che ha colpito *CP_1 [...]*, avrebbe dovuto indagare l'eventuale e probabile concorso delle patologie pregresse di cui il paziente soffriva e limitare l'obbligazione risarcitoria alla sola quota concretamente ascrivibile alla condotta medica, escludendo di converso le conseguenze dannose imputabili al fattore naturale (cfr. Cass. 514/2020: "*Ove l'errore diagnostico e terapeutico del sanitario concorra con una causa naturale nella produzione dell'evento lesivo, mentre sul piano della causalità materiale la preesistenza, coesistenza o concorrenza della causa naturale stessa risulta indifferente, le conseguenze dannose della lesione (da valutare sul piano della causalità giuridica) vanno liquidate nella loro effettiva e complessiva consistenza, attribuendo all'autore dell'illecito la (sola) percentuale di aggravamento della situazione preesistente").*

Considerato che il sig. *CP_1* era affetto da *distress* respiratorio e soffriva di crisi di desaturazione fin dalla nascita, come certificato dalla CTU e riferito dagli attori medesimi, secondo l'appellante si deve ritenere che, se una qualche colpa medica dovesse essere accertata, essa avrebbe concorso se non altro in misura paritaria rispetto alle pregresse patologie che già affliggevano il paziente nella produzione dell'evento di danno.

Con il primo motivo di appello si censura anche la decisione nella parte in cui il primo giudice ha condannato l' *Pt_1* convenuta al risarcimento di euro 30.000,00 a favore di ciascuno dei genitori per la violazione del consenso informato, con la seguente motivazione: *"I genitori (in particolare la madre ha sottoscritto il consenso all'intervento, ma nulla risulta in ordine alle informazioni date e non vi è consenso sottoscritto nella cartella anestesiologica), se debitamente informati, non avrebbero prestato il consenso ad un intervento NON URGENTE, che avrebbe comportato il rischio di arresto cardiaco*" .

Sostiene parte appellante che non solo non esistevano rischi specifici derivanti dalla anestesia rispetto a quelli generici conseguenti all'intervento chirurgico rispetto ai quali era stata fornita ai genitori l'informativa, ma soprattutto la CTU ha escluso in radice il nesso causale tra l'operato dei sanitari rispetto al prodursi dell'evento di danno per cui è stato richiesto il risarcimento; pertanto l'anestesia ed il consenso che i genitori abbiano prestato rispetto ad essa non ha spiegato alcuna efficacia causale rispetto alla ischemia che ha colpito il sig. *CP_1* e dunque il profilo relativo al consenso informato, che secondo il Tribunale sarebbe stato omesso, è assorbito dall'assenza di un nesso causale tra la condotta ritenuta colposa e l'evento di danno; circostanza questa che rende superfluo e comunque ininfluente valutare se ed in che misura i genitori del paziente si sarebbero diversamente determinati quando lo avessero ricevuto. Secondo l'appellante la sentenza di primo grado dovrebbe quindi essere riformata anche sotto questo specifico profilo, per avere liquidato la somma di euro 30.000,00 per ciascun genitore senza neanche curarsi di appurare l'effettiva lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente e comunque di accertare una qualche efficienza causale di tale supposta -e non provata- omissione sul danno biologico lamentato.

III MOTIVO: *Erroneità della sentenza e violazione dei principi sulla efficacia privilegiata della cartella clinica per avere il Tribunale ritenuto provata una circostanza non menzionata nella cartella clinica* (ossia che l'arresto cardiaco si fosse verificato durante l'intervento chirurgico di erniectomia inguinale).

IV MOTIVO: *Erroneità della sentenza e violazione dell'art. 2729 c.c. e dei principi in materia di presunzioni per avere il* [redacted] *ritenuto di potere presumere una circostanza ignota in senso contrario rispetto alle evidenze documentali e tecniche* (ossia presumere che il bambino venne operato in *CP_6* mentre invece venne operato in altro reparto e fu portato in *CP_6* subito dopo l'intervento).

V MOTIVO: *Erroneo riconoscimento dell'aumento per il danno biologico a titolo di personalizzazione massima, pur in assenza delle circostanze eccezionali che ne costituiscono il presupposto.*

VI MOTIVO: *Mancata pronuncia sulla richiesta compensazione delle voci risarcitorie riconosciute in favore degli attori con l'importo della indennità percepita dal sig.* *Persona_3* .

Per questi motivi parte appellante ha concluso chiedendo l'integrale riforma della sentenza appellata, concludendo come meglio indicato in epigrafe, chiedendo anche la sospensione della provvisoria esecutività della decisione.

3. Si sono costituiti in appello *Controparte_1* , *Controparte_2* e *CP_3* , che hanno contestato tutti i motivi di impugnazione.

In particolare gli appellati hanno contestato le risposte date dai CCTTUU ai quesiti loro assegnati, sostenendo che secondo il principio del "più probabile che non" si deve escludere che l'ipossia-ischemia sia da attribuire ad una fase prenatale o perinatale del neonato per la presenza di "distress respiratorio" alla nascita, dovendosi invece ritenere che l'arresto cardiaco, certamente verificatosi secondo i CCTTUU anche se non annotato nella cartella clinica, del quale non si conoscono neppure i tempi di reversione (i consulenti riferiscono che l'arresto cardiaco sarebbe durato al massimo un minuto, ma non esistono dati oggettivi per poter affermare ciò perché nulla è riportato in cartella clinica) secondo il principio del "più probabile che non" sia stato la causa o la concausa del danno di natura ipossico-ischemica che ha generato gravi ed irreversibili danni sul piccolo *CP_1* .

Inoltre un dato sarebbe certo e inconfutabile, ossia che successivamente all'arresto cardiaco si verificò una grave desaturazione che perdurò per più di 8 ore (fino alle ore 23.51 quando i dati della saturazione rientrarono nella normalità) e tuttavia i CCTTUU hanno negato qualsivoglia efficacia causale a tale circostanza nella loro relazione, anche se poi, all'udienza del 18/11/2022, sentito in sede di chiarimenti, il dott. *Per_2* affermava: "*In via altamente probabile il protrarsi dell'ipossia/ipossiemia dopo l'estubazione ha prodotto danni cerebrali*", pertanto esprimendosi in assoluto contrasto con le conclusioni dell'elaborato peritale.

Sostengono gli appellati che la tesi della mancanza di nesso causale tra l'operato dei sanitari e i danni neurologici di *Controparte_1* è stata sostenuta dai CCTTUU valorizzando l'esame EEC effettuato a 24 ore dall'intervento, che non confermava segni di sofferenza cerebrale, ma la copiosa letteratura scientifica ha chiaramente e più volte sottolineato che le menomazioni da danni cerebrali conseguenti ad eventi ipossico-ischemici possono essere evidenziati solo a distanza di tempo; proprio per questo motivo gli stessi sanitari dell' *Controparte_7* preoccupati delle conseguenze derivanti dall'arresto cardiaco, circa 20 giorni dopo l'intervento disponevano un esame più approfondito – la *Parte_* – che questa volta confermava la presenza di sofferenza cerebrale; del resto anche in questo caso il dott. *Per_2* , sentito a chiarimenti all'udienza del 18/11/2022, ha spiegato che l'ecografia fatta nelle 24 ore successive all'intervento in realtà non era affatto dirimente per escludere la presenza di danni neurologici.

Gli appellati hanno evidenziato come il giudice di primo grado avesse ben colto l'assurdità delle conclusioni cui erano giunti i CCTTUU, smentite perfino da quanto dichiarato in sede di chiarimenti in udienza, tanto da arrivare ad accusare il collegio di reticenza e disporre la trasmissione degli atti al Presidente del Tribunale; quindi hanno concluso chiedendo il rigetto dell'appello e la conferma della sentenza impugnata.

4. L'istanza di sospensiva è stata esaminata dalla Corte ed accolta con ordinanza presidenziale in data 27.4.23, confermata dal Collegio in data 13.7.23, apparendo "*sussitere il fumus boni iuris della fondatezza dell'impugnazione, avendo il Tribunale deciso in aperto contrasto con le risultanze della CTU medico- legale senza però disporre un nuovo accertamento tecnico".*

La Corte ha poi istruito la causa con una nuova CTU affidata al prof. *Persona_4* (medico legale), al dott. *Persona_5* (specialista in pediatria e patologia Neonatale) e al prof. *[...] Per_6* (specialista in anestesia e rianimazione), i quali hanno depositato il loro elaborato in data 30.12.25.

All'esito il Cons. istruttore proponeva alle parti la seguente proposta conciliativa ex art. 185 bis cpc: "*pagamento da parte dell'appellante in favore di Controparte_1 della somma di 475.000 euro a titolo di danno non patrimoniale, nonché il pagamento in favore di Controparte_2 della somma di 60.000,00 euro e in favore di Controparte_8 della somma di 62.000,00 euro a titolo di danno riflesso dei congiunti del macroleso, nonché il pagamento delle spese del primo grado e di quelle del presente giudizio sin qui sostenute, liquidate forfettariamente nelle somme rispettivamente di euro 22.000,00 e di euro 20.000,00, con spese di CTU di entrambi i gradi a carico per metà di ciascuna parte e con compensazione integrale delle spese di ctp (nel senso che ciascuna parte paga i propri ctp, sia di primo che di secondo grado)".*

La proposta veniva accettata da parte appellante ma non anche dagli appellati, pertanto il Cons. istruttore, ritenuta la causa matura per la decisione, fissava l'udienza dell'8.10.26 in forma cartolare, nel contempo concedendo alle parti i termini di legge ex art. 352 cpc.

Precisate le conclusioni e depositati dalle parti gli scritti difensivi finali, con ordinanza del Cons. istruttore del 14.10.26, costituito il collegio, la causa veniva trattenuta in decisione e viene decisa dalla Corte nell'odierna camera di consiglio.

MOTIVI DELLA DECISIONE

5. La Corte ha ritenuto necessario ai fini del decidere eseguire una nuova consulenza tecnica in quanto il giudice appellato ha ritenuto provata la responsabilità dell' *Controparte_7* convenuta discostandosi totalmente dalle risultanze della CTU svolta in primo grado (avendo addirittura accusato i consulenti di aver dolosamente violato gli impegni di fedeltà ed imparzialità assunti con il loro giuramento, vedi sentenza a pag. 9), senza però sufficientemente chiarire sulla base di quali atti di causa sarebbe stato possibile ritenere provato un *iter* causale completamente diverso da quello descritto nella consulenza tecnica (nella quale non compare la benchè minima traccia dell'ipotesi sostenuta dal primo giudice di ostruzione del tubicino oro-faringeo con sangue

coagulato fuoriuscito durante le manovre di intubazione); anzi il primo giudice ha ritenuto provato che vi fu un arresto cardiaco durante l'intervento chirurgico di erniectomia inguinale nonostante che la cartella clinica non menzioni affatto tale evento e nonostante che i CCTTUU abbiano ritenuto, sulla base della documentazione sanitaria in atti, che l'arresto cardiaco sarebbe avvenuto in una fase successiva all'intervento chirurgico, allorquando il bambino fu trasferito dalla sala operatoria nel reparto di terapia intensiva neonatale (*CP_6*), in quanto nel diario clinico *CP_6* si legge*: "... h 16.15 Rientra in T. Intensiva Neonatale. Al suo arrivo crisi di desaturazione*" (cfr. CTU medico legale, pag. 15).

Proprio sulla base di tale annotazione ("*Rientra in T. Intensiva Neonatale"* alle ore 16,15) risulta sfornita di qualsiasi fondamento l'affermazione del primo giudice, peraltro attinta dalla propria scienza privata, che l'intervento chirurgico sarebbe stato eseguito direttamente in *CP_6* ("*L'arresto cardiaco si è verificato durante l'intervento, Il bimbo, ancora intubato, non è stato trasferito in terapia intensiva neonatale, perché era già in quel reparto, Era già in* *CP_6* *perché i neonati sono operati in reparto, non essendovi - allora e tuttora – una sala operatoria pediatrica, diversa da quella presente in* *CP_6*. *Detto dato è notorio ed altresì il giudice ne ha conoscenza diretta*", vedi a pag. 7 sentenza appellata); l'affermazione del primo giudice che l'intervento chirurgico sarebbe stato eseguito direttamente in *CP_6* risulta perfino in totale contrasto con le allegazioni di parte attrice, perché sin dall'atto di citazione dei [redacted] era stato allegato che il bambino fu operato di erniectomia presso il Reparto di chirurgia pediatrica dell' *Parte_1* e non nell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale, in cui fu portato subito dopo l'intervento.

Ciò premesso, la presente causa deve essere decisa sulla scorta degli accertamenti tecnici eseguiti dai CCTTUU nominati, essendo la loro consulenza un elaborato completo ed approfondito, immune da vizi logici, che resiste a tutte le censure formulate dalle parti, nonostante che alcune delle risposte date ai quesiti debbano essere correttamente interpretate sotto il profilo tecnico-giuridico.

Ai tre CCTTUU è stato assegnato il seguente quesito:

"a) dicano i CCTTUU se condividono o meno le risposte date dai precedenti consulenti tecnici dott.ri *Per_* *e* *Per_2* *ai quesiti nn. 1-4 (vedi consulenza tecnica depositata in data 26.11.19) e in caso negativo spieghino perché;*

b) dicano i CCTTUU se condividono la valutazione dei precedenti consulenti tecnici secondo cui l'arresto cardiaco era imprevisto ed imprevedibile e soprattutto non evitabile in quanto non era stata segnalata alcuna difficoltà anestesiologica (vedi risposta al quesito n. 5), considerato che nel diario clinico in *CP_6* *si legge: "Il bambino era intubato per via orale e l'anestesista ha riferito una estrema difficoltà all'intubazione";*

c) dicano i CCTTUU se la condizione di ipossiemia accertata dai precedenti consulenti, protrattasi per alcune ore dall'arresto cardiaco fino al ripristino di una condizione ottimale dell'ossigenazione (16:40-23:51) possa dirsi causata o concausata da una condotta colposa dei sanitari e in caso positivo spieghino quale sia;

d) dicano i CCTTUU, nel caso in cui sia ravvisata una condotta colposa dei sanitari in relazione al verificarsi dell'arresto cardiaco e/o della condizione di ipossiemia protrattasi per diverse ore, se condividono la valutazione dei precedenti consulenti tecnici secondo cui né l'uno né l'altra avrebbero avuto alcuna rilevanza causale sui danni neurologici di cui Controparte_1 è portatore, alla luce degli esiti dell'ecografia cerebrale effettuata il giorno successivo all'evento (vedi risposta al quesito n. 6); in caso contrario, valutino se ed in che misura la condotta colposa dei sanitari può avere avuto efficienza concausale sulle condizioni neurologiche di CP_1 [...] in rapporto all'esistenza di pregresse patologie, ossia quanto essa abbia contribuito a determinare i gravi esiti menomativi di cui egli è affetto attualmente, calcolando l'eventuale danno differenziale;

e) in questa ipotesi valutino i CCTTUU l'eventuale maggiore invalidità temporanea subita dal paziente ascrivibile alla condotta colposa dei sanitari rispetto a quella ordinariamente prevedibile per il tipo di intervento chirurgico effettuato;

f) valutino i CCTTUU se nel quadro menomativo di cui è affetto Controparte_1 abbia svolto o svolga un ruolo concausale ed in che misura la sindrome di Noonan da cui egli è risultato affetto".

Si chiarisce preliminarmente che la seconda consulenza tecnica ha potuto esaminare documentazione ulteriore rispetto a quella già esaminata dalla consulenza di primo grado, in quanto è stata accolta dal Cons. istruttore, con ordinanza del 12.6.25, la seguente richiesta dei CCTTUU: *"1) di poter utilizzare ai fini del presente accertamento i documenti medici consegnati da parte [...] CP_1 durante le operazioni di consulenza d'ufficio in primo grado; 2) di poter acquisire la cartella clinica relativa al ricovero presso l' Parte_1 della madre del periziando, signora CP_3 [...] , per la nascita di Controparte_1 ; 3) di poter acquisire le immagini di risonanza magnetica dell'esame eseguito il 16.12.1999, il cui referto è stato oggetto di analisi dai consulenti in primo grado ma senza visione delle immagini; 4) di far eseguire un'analisi genetica su Controparte_1 per accertare e precisare a livello molecolare la sindrome di Noonan che risulta in diagnosi formulate in atti – in forma certa e non dubitativa – ma della quale non è riportata l'epoca, la sede e la modalità di diagnosi".*

Orbene, i CCTTUU hanno esaminato tutta la copiosa documentazione versata in atti (sia antecedente che successiva all'intervento chirurgico oggetto di causa), nonché la precedente consulenza tecnica ed i verbali delle udienze in cui i precedenti CCTTUU furono chiamati a

chiarimenti, quindi hanno proceduto alla visita di *Controparte_1* ed a conclusione delle operazioni, consenziente il periziando, è stata eseguita una fotografia del medesimo per una valutazione fisionomica.

I CCTTUU hanno quindi osservato quanto segue:

" Controparte_1 è affetto da sindrome di Noonan e presenta tratti di alterato sviluppo (ridotta opercolizzazione a livello delle scissure silviane persistente a 52 settimane e sei giorni di età gestazionale, sospetti piccoli tumori neuroepiteliali endocranici disembrioplastici rilevati tardivamente, stenosi aortica sopravalvolare); la gravidanza è stata complicata da polidramnios e infarto placentare.

È nato prematuro il 30.7.1999 a 33 settimane, del peso di 2180 g; ha presentato insufficienza respiratoria alla nascita, con ipossiemia e ipercapnia, per cui è stato intubato e ventilato artificialmente per cinque giorni seguiti da altri tre di ventilazione assistita non invasiva, ha avuto inoltre crisi di desaturazione. Ha presentato ernia inguinale congenita e criptorchidismo bilaterale e broncodisplasia lieve. All'ecografia cerebrale, il 14.10.1999 (15 settimane postnatali) era rilevabile modesta dilatazione dei ventricoli laterali; a sei settimane di vita postnatale presentava ipertono degli arti e dell'asse di media entità.

Il 23.11.1999 è stato operato di erniectomia inguinale e orchidopessia bilaterale. All'arrivo in terapia intensiva neonatale ha sofferto una crisi di desaturazione e ipotensione con irrigidimento degli arti e opistotono che ha richiesto rianimazione con Ambu e massaggio cardiaco fino a ripresa dei parametri vitali dopo un tempo non precisato; ha fatto seguito un periodo di ipossiemia, documentato da emogasanalisi arteriosa 38 minuti dopo l'arrivo in terapia intensiva neonatale, di durata non precisabile e del quale fu documentata con certezza la risoluzione dopo oltre sette ore.

Un'ecografia cerebrale del 24.11.1999 e un'altra del 17.12.1999 diedero reperti uguali a quelli del 14.10.1999. All'esame neurologico del 27.11.1999 vi era ipertono generalizzato di media entità.

Una risonanza magnetica del 16.12.1999 mostrava ipotrofia fronto temporale, ridotta opercolizzazione a livello delle scissure silviane, ridotto spessore del corpo calloso, ampliamento dei ventricoli laterali, assottigliamento della sostanza bianca, quadro compatibile con esiti di sofferenza in prematuro.

Con il tempo si è mantenuto l'ipertono degli arti inferiori e si è aggiunto ipertono con ridotta motilità dell'arto superiore sinistro.

Il 16.7.2015 è stato rilevato restringimento concentrico del campo visivo, non più esplorato in seguito. L'11.11.2015 è stato eseguito un intervento a muscoli della spalla e dell'arto superiore sinistro per spasticità e nel luglio 2017 un intervento derotativo alla gamba sinistra.

Attualmente vi sono paraparesi spastica medio-grave, monoparesi superiore sinistra lieve-media, riduzione dell'acuità visiva periferica, ritardo mentale lieve-medio in soggetto con sindrome di Noonan ed esiti di alterazioni disontogenetiche, di prematurità, di ipossiemia e ipercapnia neonatale precoce seguita dalla registrazione di ripetute desaturazioni, e di episodio ipossico acuto seguito da protratta desaturazione all'età di 16 settimane e mezzo dalla nascita" (vedi CTU pagg. 65-67).

In merito all'analisi dei fatti di causa i CCTTUU hanno chiarito che non è stata reperita alcuna documentazione specifica che descrive l'intervento chirurgico di ernioplastica del 23.11.99, ma solo il documento "TIN 23-11-1999", nel quale è indicato il ricovero in TIN il 23.11.1999 (pagina 1 del documento) e dove si legge a pagina 5: "*h 16:15 Rientra in T. Intensiva Neonatale"; Al suo arrivo crisi di desaturazione con irrigidimento degli arti ed opistotono, dal naso fuoriuscita di materiale rosso come sangue digerito e scuro. Si rianima con Ambu ed O2 al 100% con massaggio cardiaco fino a ripresa dei parametri vitali, si provvede ad estubarlo, portex parzialmente ostruito da sangue vecchio. Il bambino era intubato per via orale e l'anestesista ha riferito un'estrema difficoltà all'intubazione*."

La cartella anestesiologica, consistente in una sola pagina, è riportata all'ultima pagina della cartella "TIN 23-11-1999" e documenta l'avvenuta intubazione orotracheale con tubo n. 3.

Secondo i CCTTUU *"L'episodio di "desaturazione" successivo all'intervento di plastica per ernia e orchidopessi è da interpretare come arresto cardiorespiratorio, perché per la rianimazione fu necessario*

ricorrere non solo alla ventilazione forzata con pallone Ambu (il bambino era già intubato) e con ossigeno al 100%, ma anche al massaggio cardiaco esterno" (vedi a pag. 67 CTU).

Quindi i CCTTUU hanno spiegato le conseguenze della prematurità ed hanno illustrato le caratteristiche della sindrome di Noonan:

''La prematurità agisce negativamente in vario modo sul neonato, in quanto questo viene esposto all'ambiente esterno e costretto alla vita autonoma quando ancora le strutture anatomiche e le rispettive funzioni non sono ancora pienamente adeguate al compito. Da qui numerosi rischi alle quali il neonato prematuro va incontro, tra i quali la incompleta maturazione delle strutture cardiache, suscettibili di risoluzione spontanea nel tempo, l'ernia inguinale bilaterale, la broncodisplasia, la sindrome da distress respiratorio acuto (per mancanza di tensioattivo sulle superfici alveolari), una sofferenza cerebrale ipossico-ischemica di vario grado fino a complicazioni molto gravi quali estese emorragie cerebrali" (vedi a pag. 69 CTU).

"*La sindrome di Noonan ha un'incidenza di 1 caso ogni 1000-2500 nati vivi. Ha un cariotipo normale ed i geni responsabili sono diversi, tutti correlati a numerose mutazioni della protein-kinasi mitogeno-attivata del sistema renina-angiotensina (RAS). Per questo motivo la sindrome di Noonan e altre patologie simili (sindromi Noonan-correlate) sono anche note come RASopatie. La sindrome di Noonan ha un fenotipo eterogeneo e variabile ed i soggetti più lievemente colpiti possono essere diagnosticati 13 in età adulta. La sindrome di Noonan viene ereditata nella maggior parte dei casi come carattere autosomico dominante: è sufficiente l'alterazione di una delle due copie del gene per causare la malattia.*

Clinicamente le più comuni anomalie sono la bassa statura, lo pterigio del collo, il petto carinato o escavato, malformazioni del lato destro del cuore ed una facies caratteristica: ipertelorismo, epicanto, fessure palpebrali oblique verso il basso, ptosi, micrognazia, anormalità dell'orecchio. Altre anomalie come la clinodattilia, ernie ed anomalie vertebrali sono meno frequenti. La media del quoziente intellettivo (QI) all'età scolare è 86 con un range fra 53 e 127: punteggi del IQ inferiori a 70 si rilevano in letteratura fra il 6 ed il 23%. Una sordità relativa alle 14 alte frequenze è comune. Il difetto cardiaco è il più delle volte una stenosi della valvola polmonare, una cardiomiopatia ipertrofica od un difetto del setto atriale. I maschi spesso hanno criptorchidismo e testicoli piccoli. La pubertà è ritardata e l'altezza adulta è raggiunta alla fine della seconda decade di vita ed usualmente è al limite inferiore della popolazione normale (Kliegman et al., 2016, pag. 2737)" (vedi a pagg. 70-71 CTU).

E ancora: "*La sindrome di Noonan è una condizione rara con una espressività fenotipica molto variabile. La disabilità intellettiva, spesso lieve, non è una costante ma è presente in parte non trascurabile degli affetti: oltre un terzo degli affetti mostra ritardo nel linguaggio e difficoltà di apprendimento. Sono comuni la disprassia (goffaggine), il deficit dell'attenzione, l'agitazione, i disturbi dell'umore e quelli emotivi, così come le difficoltà nell'identificare e nell'esprimere le emozioni, che possono portare a difficoltà nelle interazioni sociali. Due terzi dei maschi presentano criptorchidismo mono- o bilaterale. La fisionomia degli affetti ha*

tratti caratteristici. La diagnosi nel presente caso è clinica ed è avvalorata dagli specialisti che hanno seguito fino ad ora il periziando" (vedi a pag. 81 CTU).

Quanto alla storia clinica del bambino i CCTTUU hanno osservato:

"*Leggendo le emogasanalisi del periodo immediatamente postnatale, si rilevano diversi episodi di ipercapnia dalle ore 11:40 del 30.7.1999 (pCO2 79 mmHg) alle ore 18:20 dello stesso giorno (pCO2 69,3 mmHg), inoltre è da notare una importante desaturazione alle 10:40 del 30.7 (SatO2 35,9%) che si protrae almeno fino alle 11:40 (68%): l'ipercapnia ha la potenzialità di paralizzare l'autoregolazione della circolazione cerebrale e quindi di determinare danni ipossico-ichemici od emorragici, del pari che l'ipossia.*

Il lattante sembra aver sofferto già antecedentemente all'arresto cardiorespiratorio post chirurgico, perché già in data 12.9.1999 un approfondito esame neurologico rilevava "ipertono degli arti di media entità, ipertono in flessione dell'asse, movimenti generali ridotti come frequenza ed ampiezza, bruschi", e concludeva con "Ipertono degli arti e dell'asse di media entità, da rivalutare", conclusione che è identica a quella dell'esame neurologico in data 27.11.1999, quattro giorni dopo l'operazione di ernia.

Come sopra riportato un'emogasanalisi arteriosa delle 16:53 del 23.11.1999, 38 minuti dopo l'arresto cardiorespiratorio in TIN, faceva registrare un'acidosi metabolica lieve, non accentuata: pH 7,30, pCO2 44 mmHg, pO2 52,8 mmHg, BE -4,5, SatO2 83,8 % (lattante in cella di Hood). Anche questo dato fa ipotizzare che almeno parte del danno cerebrale, del quale adesso si vedono gli esiti, fosse già avvenuto in precedenza, fosse esso genetico, prenatale o post-natale, per ipercapnia e/o per ipossia, mentre dopo di allora non risultano episodi capaci di provocare un danno neurologico permanente.

A questo riguardo non si ha prova di danno prenatale, mentre sono da segnalare diversi episodi di desaturazione nei primi giorni dopo la nascita, fino al 20.8.1999.

Una desaturazione ha fatto seguito anche all'arresto cardiorespiratorio del 23.11.1999: dopo l'emogasanalisi delle 16:53 sopra richiamata (saturazione 83,8%), una successiva emogasanalisi (non si capisce da quale vaso sanguigno prelevata, perché è indicata la sigla "CV", inesplicabile per i CTU - forse catetere venoso?) delle 21:01 ha fatto rilevare: pH 7,42, pCO2 39,7 mmHg, pO2 49,1 mmHg, BE 1,8, Sat O2 85,3 (lattante in aria ambiente); finché alle 23:51 (sangue capillare) la saturazione era sicuramente tornata normale: pH 7,36, pCO2 45 mmHg, pO2 40,2 mmHg, BE 0,2, SatO2 99% (lattante in aria ambiente). La saturazione consigliata, in letteratura, per evitare episodi di ipossia o iperossia è pari a 92+3% (Moretti, 2002, pag 131).

Inoltre il bambino, dopo l'arresto cardiaco, presentava una ipotensione di grado moderato-severo. Nonostante ciò non ne è stato monitorizzato l'andamento né sono state intraprese misure correttive al riguardo. Il fine principale del trasferimento in TIN, cioè monitoraggio ed eventuale pronto intervento, in particolare dopo un arresto cardiaco, è rimasto inevaso.

L'autoregolazione del circolo cerebrale è sperimentalmente sensibile all'ipossia, con l'ischemia come maggiore conseguenza anche per moderate diminuzioni della pressione arteriosa (Tweed et al., 1983, 1986,

già citati; Odden et al., 1994, già citato; Volpe, 2001, già citato, pag 253; Volpe, 2025, già citato, pag 643 e 678)". (vedi CTU pagg. 71-73).

Proseguono i CCTTUU:

"Il bambino nasce con un lieve distress respiratorio che può essere giustificato dalla condizione di prematurità. Possiamo considerare tale condizione, definita "respiratory distress syndrome", di moderata entità, vista l'ottima risposta alla terapia con surfactante ed i ridotti tempi di intubazione e ventilazione meccanica postnatale.

L'entità delle desaturazioni nel periodo postnatale può avere determinato un certo grado di sofferenza cerebrale, anche se il danno attuale non appare proporzionato rispetto a quanto evidenziabile nella prima cartella della neonatologia.

Le spesso citate comorbidità, cioè la stenosi polmonare lieve ed il forame ovale pervio con minimo shunt, non hanno alcun significato patologico e non inficiano in alcun modo lo sviluppo di un bambino altrimenti sano.

È invece da ritenere che il bimbo, visti i ripetuti ricoveri postnatali per infezioni respiratorie, fosse affetto da broncodisplasia polmonare, condizione che determina sicuramente un rischio aumentato di complicanze respiratorie nel perioperatorio.

Tale condizione di rischio non emerge dalle valutazioni preoperatorie e quindi è lecito pensare che non sia stata ritenuta importante dalla componente medica e quindi neanche espressa ai familiari al momento dell'acquisizione del consenso informato e della valutazione del rischio beneficio dell'intervento.

A parte questi ultimi aspetti, tale condizione imponeva dal punto di vista clinico una gestione del caso in ambiente protetto, cosa che poi in realtà è avvenuta: non e' dato sapere se ciò fosse stato programmato preoperatoriamente o se la scelta sia nata da alcuni problemi intraoperatori (la riportata – verbalmente – difficoltà di intubazione).

Nel 1999 non esistevano specifiche linee guida anestesiologiche riguardo alla tipologia di anestesia da eseguire per un intervento di ernia inguinale in un lattante ex prematuro.

La scelta si è orientata per una anestesia generale, a quei tempi scelta diffusissima, e nel complesso emergono dati relativi ad una conduzione farmacologica congrua con tipologia di intervento e di paziente.

Dal punto di vista anestesiologico la compilazione del cartellino presenta numerosi elementi di censura e comunque non sono stati adottati i criteri minimi di monitoraggio sanciti già dalle linee guida di allora: il monitoraggio dei parametri vitali appare lacunoso (manca la diuresi), così come la frequenza di campionamento è eccessivamente ridotta e lo stesso vale per il dato capnometrico; non è dato sapere quantità e qualità dei liquidi somministrati; inoltre non sono state segnalate alcune importanti criticità (vedi la difficoltà all'intubazione) che poi saranno riportate verbalmente ai colleghi della $CP_$.

L'arresto cardiorespiratorio è stato rilevato in $CP_$ *in seguito ad un episodio di desaturazione per ostruzione del tubo orotracheale, e non in sala operatoria.*

La carente documentazione clinica non permette di esprimersi riguardo al grado di perizia dell'operato anestesiologico, ma tale carenza fa nascere sicuramente gravi dubbi riguardo non solo alla diligenza (assenza del consenso informato anestesiologico, scarsità di rilevamento dei parametri vitali intraoperatori, mancata annotazione delle difficoltà all'intubazione) ma anche alla prudenza, vista la solo parziale adozione del monitoraggio che le linee guida del tempo richiedevano per tale tipologia di bambino e di intervento.

La condizione di broncodisplasia polmonare, le infezioni polmonari ricorrenti (e recenti), la pregressa prematurità e l'età gestazionale di 49 settimane identificavano un rischio anestesiologico medio-alto (ASA III), mentre in cartella è riportato un rischio medio-basso (ASA II).

Non è noto se questo è stato fatto presente alla famiglia nel momento del consenso informato anestesiologico (che non è presente in cartella). Benché, nonostante questa classe di rischio medio-alta, anche a posteriori l'intervento chirurgico appaia indicato e giustificato (visto il rischio di un intervento in emergenza per incarceramento dell'ernia), gli elementi suddetti suffragano l'ipotesi di una sottostima da parte del team chirurgico delle reali condizioni cliniche del piccolo paziente.

Un aspetto importante da considerare è che la negligente compilazione della cartella clinica non permette di farci sapere importanti informazioni: come è stato e da chi è stato effettuato il trasporto in CP_{-} *? Quanto è durato? Come e con cosa è stato ventilato il bambino? Si sono verificate criticità? E soprattutto durante il trasporto il bimbo è stato monitorato e come?*

Quindi non è possibile determinare dalla cartella clinica se la condizione di ipossia (o peggio l'arresto cardiaco) siano condizioni che si siano determinate durante il trasporto e solo riscontrate all'ingresso in UTIN o effettivamente si siano verificate all'ingresso in reparto.

La rianimazione cardiopolmonare, da quanto riportato in cartella, viene descritta efficace, breve, con una rapida risposta alle manovre rianimatorie, ma non si ha la descrizione della durata dell'arresto cardiorespiratorio.

Dal punto di vista anestesiologico, pur avendo il bambino un profilo di rischio medio-alto in particolare per le complicanze respiratorie postoperatorie, non si ravvede dalla cartella clinica la necessità di risolvere problemi tecnici di speciale difficoltà, se non quelli usuali che un anestesista pediatrico si trova a dover affrontare quando deve anestetizzare un lattante ex prematuro con una forma moderata di broncodisplasia. A tale proposito le linee guida indicano che tale tipologia di paziente deve essere gestita in centri di terzo livello da anestesisti di comprovata esperienza e competenza nella gestione anestesiologica di neonati e lattanti.

Dal punto di vista chirurgico non sembra che l'intervento ponesse particolari problemi tecnici.

L'ostruzione del tubo oro tracheale è una complicanza descritta in chirurgia ed è per lo più imprevedibile. Nel caso di una intubazione orotracheale difficoltosa in un lattante la fragilità dei tessuti espone al rischio di sanguinamento e quindi al rischio di occlusione del tubo da parte di materiale ematico. Si può quindi

affermare che è genericamente prevedibile che in tale situazione l'occlusione del tubo possa accadere ma non che tale dato permetta di evitarlo nel singolo paziente.

Il ricovero in ambiente intensivo ha proprio il significato di monitorare il bambino, in maniera da intervenire prontamente in caso di complicanze e mantenere un assetto cardiorespiratorio ed emodinamico ottimale. Da questo punto di vista la condotta tenuta in CP_{-} *presenta grandi criticità.*

Il dato certo è che è registrata in cartella una fase di desaturazione, della quale non è possibile valutare la durata. Abbiamo, nella tabella riassuntiva del profilo analitico della ventilazione meccanica, due valori emogasanalitici: alle 16:53 (da arteria) pari a 83,8% ed alle 21:01 (non da arteria) pari a 85,3%. Per una valutazione accurata della saturazione è valida la misura sul sangue arterioso, meno sicura quella su sangue di altre sedi. In cartella non è riportato altro, e quindi è presumibile che, in concomitanza con l'assenza di interventi terapeutici, la desaturazione si sia protratta per alquanto tempo. Non è dato sapere inoltre quanto sia durata la suddetta ipotensione in quanto non è riportato in cartella alcun valore, il che suggerisce superficialità e mancato adempimento dei compiti legati al monitoraggio postoperatorio, necessario per una pronta risposta terapeutica.

Il trasferimento di un paziente in ambiente protetto viene deciso sulla base del rischio di comparsa di problematiche postoperatorie che un attento monitoraggio può cogliere in anticipo, evitando complicanze maggiori attraverso la messa in campo di idonee misure terapeutiche.

Nel caso specifico tale compito è stato completamente trascurato lasciando per diverse ore il paziente desaturato e forse ipoteso, in quanto anche il doveroso monitoraggio pressorio non è stato eseguito.

Per tale ragione possiamo dire che i sanitari non hanno adempiuto ai loro compiti principali, non svolgendo la sorveglianza e non attuando gli idonei interventi terapeutici. E' noto che l'associazione di ipotensione e desaturazione peggiora nettamente l'esito di questi piccoli pazienti, sia in termini di mortalità che di morbilità.

Tale aspetto assume notevole valenza nella ricerca del nesso causale in particolare modo se partiamo dal presupposto che l'arresto è stato un evento di gravità ridotta.

Un tale evento non può avere determinato una condizione neurologica così compromessa, a meno che non si siano aggiunti a questo ulteriori elementi lesivi quali quelli suddetti, in quanto condizioni protratte di ipotensione e desaturazione sono noti fattori di rischio per morbilità e mortalità perioperatorie.

In caso contrario si deve sospettare o che l'evento sia stato di gravità maggiore rispetto a quanto riportato nella cartella clinica o che l'evento iniziale non fosse la semplice ostruzione del tubo orotracheale.

Emergono difficoltà nel determinare, sulla base dei dati attualmente disponibili e a così lunga distanza di tempo dell'evento, la cronologia di insorgenza del danno cerebrale: il dato ecografico cerebrale effettuato a meno di 24 ore dall'evento avverso, immodificato rispetto al preoperatorio, ha scarso significato nella determinazione della tempistica di insorgenza del danno, in quanto non si modifica in tempi non così rapidi.

Ugualmente la RM cerebrale, sia per come è formulato il referto sia per le caratteristiche prestazionali delle machine dell'epoca, non permette di determinare il timing dell'insorgenza della sofferenza cerebrale.

Se e' possibile che il bambino sia arrivato all'intervento con una sofferenza insorta nel periodo perinatale, è anche probabile che gli eventi postoperatori – per la loro capacità lesiva – abbiano determinato un fattore amplificatore, pur non essendo determinabile in percentuale l'entità del danno ulteriormente indotto.

È infine da tenere presente che la sindrome di Noonan può comportare, con gradi di espressività e gravità molto variabili, un certo grado di deterioramento cognitivo, che peraltro non è il punto principale del caso in oggetto" (vedi CTU pagg. 73-80, sottolineature dell'estensore).

Sulla base di queste premesse i CCTTUU hanno dato le seguenti risposte ai quesiti (vedi a pagg. 85-92, nonché 116- 123 CTU, prima rispondendo agli 8 quesiti già conferiti in primo grado e poi rispondendo a quelli conferiti in appello):

''I numeri e le lettere dei capitoli si riferiscono ai punti dei quesiti peritali in primo e in secondo grado.

1) L'intervento di plastica erniaria e orchidopessi bilaterale eseguito il 23.11.1999 su Controparte_1 , nato prematuro il 30.7.1999 con 33 settimane di età gestazionale era indicato perché l'ernia era già stata ridotta manualmente una volta. Dalla scheda operatoria, per come è riportata nella relazione dei consulenti tecnici d'ufficio in primo grado, l'intervento è avvenuto secondo la miglior pratica medica dell'epoca; invece quanto all'anestesia ed all'assistenza postoperatoria è da segnalare la lacunosità sia della scheda anestesiologica sia della cartella dell'Unità di Terapia Intensiva (UTIN) e sono da rilevare difetti nell'assistenza anestesiologica e intensivistica, come esposti nei successivi punti di risposta.

2) Non è stato reperito il consenso all'intervento chirurgico; i consulenti d'ufficio in primo grado l'hanno avuto in visione e hanno dichiarato che non è possibile desumere correttezza e completezza. Dai dati a disposizione è da stimare che ci sia stata una sottovalutazione del rischio anestesiologico, indicato come ASA 2 mentre sarebbe stato da indicare in ASA 3: non si può dire se questa informazione sia stata fornita ai genitori e discussa con loro, non avendo reperito il consenso per l'anestesia.

3) Né l'intervento chirurgico né l'anestesia presentavano la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà; l'operando era prematuro e affetto da broncodisplasia polmonare, il che richiedeva particolari cautele per l'anestesia, ma comunque entro l'ambito di procedure già all'epoca codificate per il tipo di paziente e che dovevano essere nel bagaglio di competenze di un centro di III livello.

4) Nel corso dell'intervento di plastica per ernia e orchidopessi bilaterale non si verificò un arresto cardiocircolatorio, ma questo evento si verificò dopo l'intervento e fu registrato all'arrivo in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN). La scheda anestesiologica e la cartella clinica della Terapia Intensiva non consentono di cogliere l'insorgere di condizioni suscettibili di evolvere in una criticità; di capire la tempistica del trasporto in CP_ , la sua modalità, l'assistenza prestata durante il trasferimento e le condizioni del bambino durante questo periodo; di conoscere i dettagli e in particolare la tempistica dell'arresto cardiorespiratorio e dell'assistenza prestata.

5) L'arresto cardiorespiratorio rientra tra gli eventi genericamente prevedibili ma non sempre prevenibili nel singolo caso. Nella fattispecie un motivo di allarme preventivo poteva venire dalla difficoltà nella intubazione del bambino, perché nel caso di una intubazione orotracheale difficoltosa in un lattante la fragilità dei tessuti espone al rischio di sanguinamento e quindi a quello di occlusione del tubo da parte di materiale ematico. La mancata annotazione di questa difficoltà nella scheda anestesiologica (vi fu solo la semplice comunicazione verbale ai medici della CP_{-} *) e la mancata registrazione della concentrazione di anidride carbonica in circolo (capnometria) durante l'intervento non consentono di capire se l'ostruzione del tubo endotracheale, o l'arresto cardiaco, fossero prevedibili e prevenibili nel caso di* $Controparte_1$ *.*

6) Attualmente $Controparte_1$ *è affetto da paraparesi spastica medio grave, monoparesi superiore sinistra lieve-media, riduzione dell'acuità visiva periferica, ritardo mentale lieve-medio in soggetto con sindrome di Noonan ed esiti di prematurità, di ipossiemia e ipercapnia neonatale precoce seguita dalla registrazione di ripetute desaturazioni, e di episodio ipossico acuto seguito da protratta desaturazione e da grave ipotensione all'età di 16 settimane e mezzo dalla nascita. In base alla storia clinica e alle conoscenze scientifiche pertinenti è da stimare che alla genesi del quadro attuale abbiano concorso sia condizioni prenatali (sindrome di Noonan, prematurità), sia l'ipossia e l'ipercapnia neonatali, sia le ripetute desaturazioni registrate nei primi giorni dopo la nascita, sia l'arresto cardiocircolatorio post-chirurgico e la conseguente grave ipotensione e prolungata desaturazione. Per il tipo e la tempistica degli insulti ipossici e per il tipo di alterazioni morfologiche e funzionali riscontrate nel bambino non è possibile stimare quali sarebbero le condizioni di* $Controparte_1$ *se non avesse subito l'arresto cardiocircolatorio e il successivo periodo di ipotensione e desaturazione. È comunque da confermare la stima che quest'ultimo complesso episodio sia stato un antecedente necessario nei confronti delle attuali condizioni di* $Controparte_1$ *.*

7) L'inabilità temporanea conseguente all'arresto cardiocircolatorio e alla successiva prolungata desaturazione è stimabile in 18 (diciotto) giorni di inabilità temporanea assoluta, in aggiunta a quanto sarebbe stato comunque determinato da un intervento come quello effettuato e non seguito da eventi avversi; al riguardo la stima degli attuali CTU diverge da quella dei consulenti d'ufficio in primo grado, che non appare motivata in base ai documenti in atti. Le residue condizioni di $Controparte_1$ *sono stabilizzate e rappresentano un indebolimento permanente dell'integrità psicofisica del 70% (settanta per cento) rispetto a un coetaneo integro.*

8) Non sono esposte in atti spese mediche né sanitarie in genere e non sono forniti elementi per prevedere future spese.

a1) Nei limiti dei documenti a disposizione, la stima dei consulenti d'ufficio in primo grado che l'intervento chirurgico era indicato è condivisibile, così anche quella che non esistono profili di responsabilità professionali addebitabili al personale che ha eseguito l'intervento per quanto riguarda l'équipe chirurgica, mentre non è condivisibile per quanto riguarda la gestione anestesiologica e l'assistenza neonatologica dopo l'intervento. Preoperatoriamente, la stima di un rischio anestesiologico ASA 2 non era adeguata alle

condizioni del bambino, da valutare invece in ASA 3, del che non poté quindi essere tenuto conto nel soppesare rischi e benefici dell'intervento immediato: la classe di rischio ASA 3 era motivata dall'età gestazionale, essendo il bambino nato prematuro, e dalla broncodisplasia polmonare che si era manifestata con ripetuti ricoveri per infezioni broncopolmonari ricorrenti.

Non sono stati adottati i criteri minimi di monitoraggio sanciti già dalle linee guida di allora: il monitoraggio dei parametri vitali appare lacunoso (manca la diuresi) e la frequenza di campionamento è eccessivamente ridotta; nella scheda anestesiologica non sono riferite quantità e qualità dei liquidi somministrati e non sono state segnalate importanti criticità (difficoltà all'intubazione) che poi saranno riportate verbalmente ai colleghi della Unità di CP_{-} *.*

Per l'assistenza post-intervento, innanzitutto mancano rilevanti informazioni sul trasferimento in Terapia Intensiva Neonatale: come e da chi è stato effettuato, come è stato ventilato il bambino, se e come è stato monitorato, se si sono verificate criticità. Di conseguenza non sappiamo se il trasporto è stato effettuato in sicurezza e se l'evento in CP_{-} *non sia altro che l'acme di un processo insorto durante il trasporto e non adeguatamente affrontato.*

Successivamente, in UTIN non è specificata la durata dell'arresto cardiorespiratorio e dopo di esso non è stata curata la pronta ripresa dell'ossigenazione tessutale in quanto la saturazione di ossigeno del sangue circolante è rimasta inferiore ai valori raccomandati per alquanto tempo, con certa dimostrazione di una recuperata saturazione del 99% dopo oltre sette ore, senza che risultino adottati adeguati provvedimenti correttivi. Inoltre dopo l'arresto cardiaco concomitava una ipotensione grave moderata che non solo non è stata trattata, ma neanche monitorata nelle ore successive, come invece necessario dopo un arresto cardiaco oltre che come indicato dalla necessità di ricovero in terapia intensiva.

a2) Nella documentazione in atti non è stato reperito dagli attuali CTU il modulo di consenso all'atto chirurgico, non ci si può quindi esprimere al riguardo. Nemmeno gli attuali CTU, come quelli di primo grado, hanno reperito il consenso per l'anestesia.

a3) È da confermare che né l'intervento eseguito né le procedure anestesiologiche e rianimatorie presentavano problemi tecnici di particolare difficoltà per specialisti esperti operanti in un centro di terzo livello.

a4) È da confermare che non risulta che si sia verificato un arresto cardiocircolatorio durante l'intervento ma esso risulta accertato all'arrivo in CP_{-} *.*

b) Come esposto al precedente punto (5), l'arresto cardiorespiratorio rientra tra gli eventi genericamente prevedibili e non sempre prevenibili nel singolo caso, ma nella fattispecie un motivo di allarme preventivo poteva venire dalla difficoltà nella intubazione del bambino, che esponeva al rischio di occlusione del tubo da parte di materiale ematico. La mancata annotazione di questa difficoltà nella scheda anestesiologica e la semplice comunicazione verbale ai medici della CP_{-} *, come pure la mancata registrazione della concentrazione di anidride carbonica circolante (capnometria) durante l'intervento non consentono di capire*

se in questo caso l'arresto cardiaco fosse prevedibile e prevenibile con una più precoce rimozione e sostituzione del tubo intasato o con altre misure.

c) La condizione di ipossiemia accertata dai precedenti consulenti e confermata dal presente accertamento tecnico, protrattasi per alquanto tempo dopo l'arresto cardiaco (avvenuto alle 16:15, con certezza di una condizione ottimale dell'ossigenazione documentata alle 23:51), a parere degli attuali consulenti è da attribuire a difetti nell'assistenza in $CP_$ *, dove non risultano presi provvedimenti per garantire una pronta ed efficace ossigenazione del bambino dopo l'arresto cardiorespiratorio, quali adeguata somministrazione di ossigeno e ventilazione assistita. Analogo ragionamento può essere fatto per l'assetto emodinamico, che appare compromesso dopo l'arresto e per il quale non è stata intrapresa alcuna contromisura né è stato monitorato nel suo divenire.*

d) Gli attuali CTU ritengono che non sia stato conforme a perizia e diligenza il non avere preso provvedimenti per la rapida risoluzione della desaturazione seguita all'arresto cardiorespiratorio; non sono stimati conforme a prudenza e diligenza nemmeno l'incompletezza della scheda anestesiologica e l'incompleto e dilazionato rilievo di parametri vitali, che non consentono una dettagliata analisi della genesi dell'arresto cardiaco e quindi della sua prevenibilità. Gli attuali CTU non condividono la stima dei consulenti d'ufficio in primo grado che tali condotte non abbiano avuto rilevanza causale in ordine alle attuali condizioni di $Controparte_1$ *, perché le condizioni di ipossia prolungata sono dotate di efficienza lesiva verso un danno cerebrale, tanto più se associate a eventuale ipotensione e in un soggetto con precedente fragilità per la prematurità e le desaturazioni nei primi giorni di vita extrauterina. La mancanza di nuovi reperti ecografici il giorno successivo all'evento non è significativa, per il breve tempo dall'evento e per la limitata sensibilità dell'esame (né questa ecografia né quella precedente hanno rilevato i reperti dimostrati dalla risonanza magnetica del 16.12.1999 ed attribuiti dal radiologo a sofferenza in prematuro). Poiché* $Controparte_1$ *è affetto da sindrome di Noonan e in precedenza si erano verificati eventi (parto prematuro, desaturazioni nei primi giorni di vita) dotati di efficienza lesiva simile a quella degli eventi del 23.11.1999, non è possibile in base ai dati a disposizione stimare separatamente gli effetti di questi ultimi eventi, cioè stabilire quali sarebbero adesso le condizioni cliniche di* $Controparte_1$ *se non si fossero verificati l'arresto cardiorespiratorio e la conseguente lunga desaturazione dopo l'intervento chirurgico.*

e) Come anticipato al precedente punto (7), la maggiore inabilità temporanea subita dal paziente e ascrivibile alla condotta colposa dei sanitari rispetto a quella ordinariamente prevedibile per il tipo di intervento chirurgico effettuato è stimabile in 18 (diciotto) giorni di inabilità temporanea totale dopo di che è da stimare iniziata la fase dei postumi, con manifestazioni evolute in rapporto all'accrescimento del bambino.

f) È da stimare che la sindrome di Noonan abbia un ruolo concausale per il deficit intellettivo e del linguaggio, insieme alla prematurità e agli insulti ipossici neonatali e post-chirurgico. Non è possibile, in

base ai dati a disposizione, definire quali sarebbero le condizioni intellettive attuali di Controparte_1 se non fosse affetto da sindrome di Noonan".

Va subito chiarito che i CCTTPP di parte convenuta/appellante hanno criticato i risultati degli accertamenti peritali, sostenendo che l'attuale condizione clinica di Controparte_1 sarebbe interamente ascrivibile alla patologia di base del medesimo (Sindrome di Noonan e sofferenza fetale cronica), ma sul punto i CCTTUU hanno adeguatamente risposto confermando le loro valutazioni a pagg. 104 e segg. del loro elaborato, al quale si fa in questa sede integrale rinvio.

Va anche chiarito che nelle note scritte per l'udienza cartolare del 17.2.26, immediatamente successiva al deposito della CTU, la difesa CP_1 ha contestato la rilevanza causale della sindrome di Noonan sull'attuale invalidità permanente di Controparte_1, contestando perfino che tale patologia possa dirsi realmente accertata ("*Non si riesce a capire dall'elaborato peritale chi abbia certificato la Sidrome di Noonan, né si desume dalla lettura delle cartelle cliniche se siano stati effettuati esami genetici al fine di individuare la Sindrome di Noonan*"); di poi in comparsa conclusionale gli appellati parlano di "*ipotetica sindrome di Noonan*" (vedi a pag. 6) e in memoria di replica deducono che "*la sindrome genetica non è stata né provata né documentata in atti*"(vedi a pag. 4).

In realtà tale patologia genetica di CP_1 risulta già accertata perfino dalla consulenza tecnica di primo grado, infatti la diagnosi dei consulenti d'ufficio di primo grado fu la seguente: *"Paralisi cerebrale infantile in forma spastica bilaterale a maggior compromissione degli arti inferiori ed asimmetria a sfavore dell'emilato sinistro, riduzione dell'acuità visiva e deficit visio-cognitivo in esiti di sofferenza pre e perinatale in nato pretermine e verosimile anossia cerebrale in esito di intervento chirurgico, sindrome di Noonan*." (vedi a pag. 14 CTU Persona_7, sottolineatura dell'estensore).

Tale particolare patologia compare infatti nei documenti allegati alla CTU di primo grado, perché essa fu diagnosticata in data 14.9.17 dai sanitari de "[redacted]" di [redacted] (LC), istituto che si dedica alla cura e riabilitazione delle persone con disabilità, ove il ragazzo era stato ricoverato dal 18.7.2017: appunto a pagg. 7-8 della CTU di primo grado si legge che *"l'esame del periziando sostanzialmente conferma il quadro come riportato nella certificazione che, in accordo tra le parti, viene acquisita e costituita da lettere di dimissione della Struttura "[redacted]" di [redacted], ove il paziente è stato seguito in maniera regolare fino al raggiungimento della maggiore età"* (vedi in particolare il primo documento medico allegato alla CTU di primo grado).

Dunque i CCTTUU di secondo grado hanno fatto propria tale diagnosi e, pur non avendo proceduto a far eseguire sul periziando un'analisi genetica perché richiedente alti costi e tempi lunghi senza sufficiente garanzia dell'attendibilità del risultato (e soprattutto perché un'eventuale ipotetica

conferma non avrebbe comunque mai potuto accertare il grado di disabilità intellettiva conseguente a detta sindrome), hanno comunque convalidato la diagnosi a seguito dell'esame obiettivo del periziando (*"La diagnosi nel presente caso è clinica ed è avvalorata dagli specialisti che hanno seguito fino ad ora il periziando":* vedi CTU a pag. 33, 65 e 81), in quanto l'appellato *Controparte_1* presenta proprio le caratteristiche somatiche tipiche di chi è affetto dalla sindrome di Noonan, che del resto non si potevano cogliere quando il bambino era solo un lattante, ma si apprezzano solo con la crescita dell'individuo (vedi sul punto anche a pag. 62 CTU: secondo il ctp dott. *Per_8* difatti il ragazzo "*sembra il paradigma di una sindrome di Noonan: orecchie a basso impianto, spalle cadenti, fronte spaziosa, rima antimongolica, stenosi polmonare, criptorchidismo bilaterale. Come impatta questo sull'esito? Poco dal punto di vista motorio, piuttosto da quello cognitivo e del linguaggio, un bambino su quattro con sindrome di Noonan esita in tali ritardi*").

6. Orbene, valutati i primi 4 motivi di appello, unitariamente considerati, alla luce dei risultati dell'accertamento tecnico esperito in questo grado di giudizio, risulta certamente accertata la responsabilità dell'azienda convenuta.

I CCTTUU hanno accertato una condotta negligente ed imperita dei sanitari sia per quanto riguarda la gestione anestesiologica, sia per l'assistenza neonatologica dopo l'intervento.

Sotto il primo profilo non solo c'è stata una sottovalutazione del rischio anestesiologico, indicato come ASA 2 mentre sarebbe stato da indicare in ASA 3, ma soprattutto la scheda anestesiologica è gravemente carente, in quanto non sono riferite quantità e qualità dei liquidi somministrati e non sono state segnalate importanti criticità (difficoltà all'intubazione) che invece esistevano e che furono riferite verbalmente ai colleghi del reparto *CP_6* .

Quest'ultimo elemento della difficoltosa intubazione del bambino prima dell'intervento è molto importante perché appare direttamente incidente sull'evento avverso che poi ebbe a verificarsi: sappiamo infatti che certamente si è verificato un arresto cardiaco, che i CCTTUU collocano dopo l'intervento chirurgico sol perché non esiste una cartella clinica dell'intervento e perché l'*Con* fu registrato all'arrivo del bambino presso l'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (e qui venne trattato fino alla sua regressione); tuttavia la mancanza di documentazione medica che descrive l'intervento chirurgico, nonché l'incompletezza della scheda anestesiologica e della cartella clinica dell'*CP_6* non consentono di capire la tempistica dell'arresto cardiocircolatorio e del trasporto in *CP_6* , quale sia stata l'assistenza prestata durante il trasferimento e le condizioni del bambino durante questo lasso di tempo, tanto che non è neppure possibile sapere "*se la condizione di ipossia (o peggio l'arresto cardiaco) siano condizioni che si siano determinate durante il trasporto e solo riscontrate all'ingresso in CP_ o effettivamente si siano verificate all'ingresso in reparto''* (vedi CTU a pag.76).

Il medesimo concetto viene ribadito a pag. 108 della CTU: "*Altra affermazione non condivisibile* (dei CCTTPP dell'azienda appellante: n.d.r.) *è la seguente: "È pertanto pacifico che l'evento di desaturazione descritto in diario clinico sia effettivamente avvenuto al momento del rientro in reparto". Dalla documentazione infatti non abbiamo alcuna informazione sul trasporto dalla sala operatoria al reparto e quindi non è dato sapere se l'arresto cardiaco all'ingresso rappresenti l'episodio terminale di un periodo di ipossia durante il trasferimento o se effettivamente è insorto in TIN*".

Va aggiunto che la mancanza di qualsivoglia documentazione medica che documenta le modalità di svolgimento dell'intervento chirurgico non consente di capire perché il bambino dopo l'intervento, avvenuto certamente in sala operatoria, venne trasferito in *CP_6* : invero, non avendo i CCTTUU riferito che si trattava di un passaggio obbligato in relazione al tipo di intervento praticato ed alla giovanissima età del piccolo paziente, viene il legittimo sospetto che qualche seria problematica fosse insorta già in sala operatoria subito dopo l'intervento, in quanto "*Il trasferimento di un paziente in ambiente protetto viene deciso sulla base del rischio di comparsa di problematiche postoperatorie che un attento monitoraggio può cogliere in anticipo, evitando complicanze maggiori attraverso la messa in campo di idonee misure terapeutiche*" (vedi CTU a pag.78).

In una situazione del genere sappiamo che, per giurisprudenza costante, *"In tema di responsabilità medica, la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato. Tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento dell'eventuale colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente*" (Nella specie, la S.C. ha cassato la decisione del giudice di merito, che aveva escluso la responsabilità dei sanitari nonostante non risultassero per sei ore annotazioni sulla cartella clinica di una neonata, nata poi con grave insufficienza mentale causata da asfissia perinatale, così da rendere incomprensibile se poteva essere più appropriata la rilevazione del tracciato cardiotocografico rispetto alla mera auscultazione del battito cardiaco del feto, cfr. Cass. Sez. 3 n. 6209 del 31/03/2016; conforme Cass. sent. Sez. 3 n. 12218 del 12/06/2015).

Ancora: *"In tema di responsabilità medica, l'eventuale incompletezza della cartella clinica è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente soltanto quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico ed il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno*" (Nella specie, la S.C. ha cassato la decisione con cui la Corte d'appello aveva ritenuto

irrilevante, ai fini dell'accertamento del nesso eziologico, la denunciata incompletezza della cartella clinica in punto di avvenuto svolgimento di un tracciato ecotocografico, dalla stessa non risultante: cfr. Cass. ord. Sez. 3 n. 16737 del 17/06/2024; conforme Cass. sent. Sez. 3 n. 27561 del 21/11/2017).

Applicati questi principi al caso di specie, siccome i CCTTUU ricollegano l'arresto cardiaco proprio all'ostruzione del tubicino orotracheale di alimentazione dell'ossigeno con sangue coagulato (che evidentemente era fuoriuscito durante la manovra di difficoltosa intubazione), e siccome un attento monitoraggio durante l'intervento chirurgico del tasso di anidride carbonica avrebbe consentito di verificare, nel caso di alti valori, che non arrivava l'ossigeno dal tubo oro tracheale (appunto perché occluso dal sangue coagulato), si deve dissentire dai CTTUU allorquando concludono (vedi risposte sub 5 e sub b) che la mancata annotazione della avvenuta difficoltà di intubazione nella scheda anestesiologica e la mancata registrazione della concentrazione di anidride carbonica in circolo (capnometria) durante l'intervento chirurgico non consentirebbero di capire se l'ostruzione del tubo endotracheale, o l'arresto cardiaco, fossero prevedibili ed evitabili.

Viceversa, poichè nel caso di intubazione orotracheale difficoltosa in un lattante la fragilità dei tessuti espone certamente al rischio di sanguinamento e quindi al rischio di occlusione del tubo da parte di materiale ematico, questa specifica evenienza ed il conseguente arresto cardiaco erano sicuramente eventi prevedibili, spettando dunque a parte convenuta dimostrare di avere tenuto una condotta diligente idonea a prevenirli, consistente nel verificare durante l'intervento se esistevano o meno le condizioni ottimali di ossigenazione; invece sul punto nulla sappiamo, perché "*non sono stati riportati in cartella aspetti importanti della gestione anestesiologica, quali per esempio la temperatura corporea o la verbalmente riportata difficoltà di intubazione, né se questa difficoltà si è accompagnata a fenomeni di desaturazione e/o di bradicardia*" (vedi CTU a pag. 108, sottolineatura dell'estensore) e siccome le carenze della cartella clinica non possono andare a danno del paziente, l'incompletezza della cartella consente di ritenere fondato il nesso casale per presunzione: quindi si deve presumibilmente ritenere che l'arresto cardiaco avrebbe potuto essere evitato se i medici si fossero accorti per tempo, così come avrebbero potuto fare, che in un certo momento non arrivava più ossigeno a sufficienza al bambino dal tubicino orotracheale.

Va anche considerato che i CCTTUU hanno escluso che l'intervento chirurgico e le procedure anestesiologiche presentassero problemi tecnici di particolari difficoltà e sappiamo che "*In caso di prestazione professionale medico-chirurgica di "routine", spetta al professionista superare la presunzione che le complicanze siano state determinate dalla sua responsabilità, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento; ne consegue che il giudice, al*

fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "complicanze intraoperatorie", ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio" (cfr. Cass. Sez. 3 n. 24074 del 13/10/2017, Rv. 645778 – 01; Conforme Cass. Sez. 3 n. 20806 del 29/09/2009, Rv. 610445 - 01).

Sotto il secondo profilo della carente assistenza post-intervento, non solo, come già detto, mancano rilevanti informazioni sul trasferimento del bambino in Terapia Intensiva Neonatale (non sappiamo come è stato effettuato e quindi se il bambino durante il tragitto sia stato ventilato e/o monitorato e se si siano verificate criticità già durante il trasporto) ma poi, una volta arrivato in *CP_6* , sebbene l'arresto cardiorespiratorio sia stato affrontato e prontamente risolto (mediante ventilazione assistita e massaggio cardiaco e rimozione del tubicino occluso), non solo nel diario *CP_6* non è specificata la durata di tale evento avverso, ma soprattutto non è stata curata la pronta ripresa dell'ossigenazione tessutale, in quanto si è verificata una condizione di ipossia, certamente causativa di danno neurologico, protrattasi per più di sette ore, senza che siano stati adottati da parte dei sanitari adeguati provvedimenti correttivi. Inoltre nel reparto UTIN l'ipotensione conseguente all'AC non è stata trattata e nemmeno monitorata nelle ore successive, come invece era necessario dopo un arresto cardiaco, oltre che come indicato dalla necessità di ricovero in terapia intensiva.

A parere della Corte questo secondo profilo connota in modo ancora più grave la colpa dei sanitari, in quanto i CCTTUU hanno concluso che la condizione di ipossiemia "*protrattasi per alquanto tempo dopo l'arresto cardiaco (avvenuto alle 16:15, con certezza di una condizione ottimale dell'ossigenazione documentata alle 23:51), a parere degli attuali consulenti è da attribuire a difetti nell'assistenza in UTIN, dove non risultano presi provvedimenti per garantire una pronta ed efficace ossigenazione del bambino dopo l'arresto cardiorespiratorio, quali adeguata somministrazione di ossigeno e ventilazione assistita. Analogo ragionamento può essere fatto per l'assetto emodinamico, che appare compromesso dopo l'arresto e per il quale non è stata intrapresa alcuna contromisura né è stato monitorato nel suo divenire"*.

Tali negligenti condotte, secondo il principio del "più probabile che non", hanno sicuramente avuto rilevanza causale sui danni neurologici accertati su *Controparte_1* , in quanto "*le condizioni di ipossia prolungata sono dotate di efficienza lesiva verso un danno cerebrale, tanto più se associate a eventuale ipotensione e in un soggetto con precedente fragilità per la prematurità e le desaturazioni nei primi giorni di vita extrauterina"* (vedi CTU pagg. 90-91 e 121-122).

Infatti secondo i CCTTUU l'arresto cardiocircolatorio ed il successivo periodo di ipotensione e di desaturazione costituiscono un "*complesso episodio*" che va valutato quale "*antecedente necessario nei confronti delle attuali condizioni di* *Controparte_1* " (vedi CTU pag. 119).

Dunque, anche a prescindere dal primo profilo di colpa per non avere i sanitari previsto ed evitato l'arresto cardiocircolatorio derivante dall'ostruzione del tubicino orotracheale (e la conseguente mancata ossigenazione tessutale: "*al momento dell'arresto cardiaco postoperatorio* *CP_1* *ha presentato irrigidimento degli arti ed opistotono per cui il sistema nervoso centrale è stato sicuramente interessato dalla desaturazione/arresto cardiaco, della cui durata nulla sappiamo e che peraltro ha richiesto massaggio cardiaco per la sua risoluzione",* vedi a pag. 115 CTU), questa seconda fase della condotta colposa, proprio per la sua lunga durata e la sua indubbia incidenza causale, già di per sé dimostrerebbe la responsabilità dell' *Pt_1* convenuta per i danni neurologici riscontrati sulla persona di *Controparte_1* .

Si può quindi ritenere accertata nel caso di specie, sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, alla stregua di quanto disposto dall'art. 1227, comma 1, c.c.), l'efficienza eziologica della condotta dei sanitari rispetto all'evento lesivo, in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento).

Si tratta casomai di valutare la diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica (rettamente intesa come relazione tra l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili all'esito prodottesi), onde ascrivere all *Controparte_7* , responsabile *tout court* sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì determinate dal fortuito, tale dovendosi reputare la pregressa situazione patologica del danneggiato che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario (cfr. Cass. ord. Sez. 3 n. 17006 del 24/06/2025).

Ciò in quanto la condizione attuale di invalidità permanente di *Controparte_1* , valutata dai CCTTUU complessivamente pari al 70% ("*La permanente diminuzione dell'integrità psicofisica determinata dal deficit motorio e da quello mentale può essere complessivamente stimata nella misura del 70% (settanta per cento), come anche fu valutato dai consulenti d'ufficio in primo grado*": vedi a pag. 83 CTU), dipende soltanto in parte dagli episodi di arresto cardiaco e di prolungata ipossia verificatisi in data 23.11.99, mentre per altra parte dipende da patologie pregresse dell'appellato, che non sono eziologicamente riconducibili a negligenza, imprudenza ed imperizia dei sanitari.

Nel nostro caso i CCTTUU hanno infatti accertato che l'attuale quadro lesivo di *Controparte_1* dipende *"da diversi fattori: a quelli genetici e neonatali, inclusa la prematurità, va aggiunto, in quanto dotato di efficienza lesiva, l'episodio ipossico post-operatorio del 23.11.1999 e il periodo protratto di desaturazione e possibile ipotensione dopo il ripristino dell'attività cardiaca.*

Considerando i vari aspetti dell'attuale quadro clinico di Controparte_1 *si possono identificare (a) un modesto deficit intellettivo e del linguaggio, (b) un modesto deficit visivo più precisamente campimetrico, (c) un difetto motorio.*

Per il difetto visivo è da stimare dotata di efficienza lesiva la prematurità, compresa la broncodisplasia che della prematurità è una conseguenza; non si hanno dati aggiornati, pertanto non può essere escluso un miglioramento con il progredire dell'età.

Per il deficit intellettivo e del linguaggio sono da stimare dotati di efficienza lesiva sia la sindrome di Noonan, sia la prematurità, sia gli insulti ipossici neonatali e post-chirurgico.

Per il difetto motorio sono da stimare dotati di efficienza lesiva gli insulti ipossici neonatali e post-chirurgico" (vedi CTU pag. 81-83).

Nel nostro caso però i CCTTUU non sono stati in grado di fornire alcuna risposta certa in merito alla valutazione dell'incidenza percentualistica di ogni singolo fattore causale sul complesso dell'invalidità permanente accertata: abbiamo sul punto già riportato la risposta data allo specifico quesito sub d): "*Poiché* Controparte_1 *è affetto da sindrome di Noonan e in precedenza si erano verificati eventi (parto prematuro, desaturazioni nei primi giorni di vita) dotati di efficienza lesiva simile a quella degli eventi del 23.11.1999, non è possibile in base ai dati a disposizione stimare separatamente gli effetti di questi ultimi eventi, cioè stabilire quali sarebbero adesso le condizioni cliniche di* Controparte_1 *se non si fossero verificati l'arresto cardiorespiratorio e la conseguente lunga desaturazione dopo l'intervento chirurgico".*

Per maggior chiarezza si riporta anche la seguente specificazione:

"Come sopra argomentato, il danno biologico permanente adesso rilevabile è da attribuire causalmente – con criterio di più probabile che non – sia alla prematurità, compresa la conseguente broncodisplasia polmonare con i ripetuti episodi di desaturazione neonatale tra il 30.7 e il 20.8.1999, sia all'arresto cardiorespiratorio e al successivo periodo di desaturazione, documentato da emogasanalisi arteriosa alle 16:53 (circa 40 minuti dopo l'arresto cardiorespiratorio), di durata non precisabile e del quale la avvenuta cessazione è stata documentata con sicurezza solo alle 23:51 del 23.11.1999.

Poiché l'obbiettività neurologica prima del ricovero per l'intervento chirurgico (esame del 12.9.1999) è simile a quella di pochi giorni dopo l'arresto cardiorespiratorio (esame del 27.11.1999) e lo stesso vale per l'ecografia cerebrale del 14.10.1999 confrontata con quella 24.11.1999, e poiché la risonanza magnetica del 16.12.1999 non consente di discriminare fra insulti in diverse età nell'ambito dei primi quattro mesi di vita postnatale e fino a 49 settimane e mezzo di età gestazionale, cioè fino al momento dell'intervento chirurgico di plastica erniaria e orchidopessi, non è possibile stabilire quali sarebbero adesso le condizioni cliniche di Controparte_1 *se non si fosse verificato l'arresto cardiorespiratorio e la conseguente lunga desaturazione dopo l'intervento chirurgico. È comunque da confermare che a quest'ultimo episodio – per la gravità, per i valori emogasanalitici documentati ancora dopo oltre mezz'ora e per la durata non precisabile*

in base alla cartella clinica – va attribuita valida efficienza causale, cioè di antecedente necessario nei confronti delle attuali condizioni di Controparte_1 .

È quindi da affidare all'incontro tra le parti e, se questo non sia fruttuoso, alla Magistratura la valutazione del risarcimento per la quota di danno biologico permanente che sarebbe stato prevenuto con una più pronta ed efficace assistenza rianimatoria e intensivistica dopo l'arresto cardiorespiratorio del 23.11.1999 (vedi CTU pag. 84-85).

Sempre per maggior chiarezza si riporta di seguito quantomeno una parte delle argomentate risposte date dai CCTTUU alle osservazioni critiche dei CCTTPP di parte appellante, per spiegare come mai le patologie antecedenti l'arresto cardiorespiratorio del 23.11.1999 non possono essere ritenute da sole sufficienti a spiegare l'attuale grave quadro di invalidità di Controparte_1 : "*Se è vero, come scritto dai consulenti di parte, che la paralisi cerebrale è spesso legata a sofferenza prenatale, in questo caso non erano presenti fattori di rischio prenatale, né fetale – infezioni, disturbi metabolici o genetici (la sindrome di Noonan è stata considerata a parte, vide infra, per i soli deficit cognitivi e del linguaggio) – né materni – infezioni, diabete, distacco di placenta, preeclampsia – che sono associati usualmente a paralisi cerebrale.*

La sindrome da distress respiratorio è stata risolta facilmente con una sola somministrazione di surfattante. Il dotto di Botallo non sembra che sia mai stato emodinamicamente significativo….

La sindrome di Noonan, invece, senz'altro può influire sul ritardo cognitivo (così come sul linguaggio), come già proposto dai CTU, ancorché statisticamente ciò si verifichi solo in un caso su quattro. La sindrome di Noonan non risulta associata a paraparesi spastica, a monoparesi né a riduzione dell'acuità visiva periferica, che invece si riscontrano in Controparte_1 " (vedi a pagg. 105-106 CTU).

Ciò premesso, dovendosi imputare all' Pt_1 sanitaria appellante, sul piano della causalità giuridica, solo le conseguenze dannose direttamente riconducibili all'operato dei medici, esse vanno individuate sulla base di un criterio puramente equitativo, facendo riferimento al caso concreto: "*In tema di responsabilità civile, in caso di danno alla salute a genesi multifattoriale, e dunque causato dal concorso di una condotta umana con una causa naturale, va affermata la responsabilità dell'autore della condotta in base al principio dell'equivalenza delle cause di cui all'art. 41, comma1, c.p., fermo restando che, in applicazione del principio della causalità giuridica, di cui all'art. 1223 c.c., il danno andrà imputato a quest'ultimo in proporzione al contributo causale e, in caso di impossibilità di sua determinazione, dovrà farsi ricorso al criterio equitativo, facendo riferimento alle concrete circostanze del caso concreto*" (Nella specie, la S.C. ha cassato con rinvio la sentenza di appello, che, all'esito di due CTU che avevano accertato l'impossibilità, in termini scientifici, di differenziare la percentuale di danno uditivo derivato alla minore dalla concausa rappresentata dall'infezione correlata all'assistenza rispetto a quella determinata dalle cause naturali,

aveva rigettato la domanda, invece di determinare il danno biologico differenziale in via equitativa: cfr. Cass. ord. Sez. 3 n. 760 del 14/01/2026).

Pertanto occorre determinare in via equitativa il grado di incidenza causale percentuale che può essere equitativamente attribuito a ciascuno dei vari fattori concausali accertati dai CCTTU, considerato che, secondo i medesimi, "*La valutazione della complessiva diminuzione dell'integrità psicofisica rispetto a un coetaneo integro può tenere conto dei seguenti riferimenti.*

Dalle tabelle della Commissione ministeriale, non definitivamente promulgata:

• Tetraparesi (in base al grado di compromissione funzionale dei singoli arti e della funzionalità degli sfinteri), 40-80%;

• Deterioramento mentale - stati deficitari semplici sostenuti da lesioni del tessuto cerebrale con evoluzione in atrofia cerebrale, 20-50%.

Dalle tabelle della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA):

• Tetraparesi in base al grado di compromissione dei singoli arti e funzionalità degli sfinteri, 50-90;

• Disturbi neuro cognitivi, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico, 47-52.

Non è possibile proporre una valutazione del danno all'acuità visiva periferica, in mancanza di dati precisi derivanti da misurazione computerizzata" (vedi CTU a pag. 82-83).

Orbene, considerato che sul modesto deficit intellettivo e del linguaggio di *Controparte_1* hanno influito sia la sindrome di Noonan, sia la prematurità, sia gli insulti ipossici neonatali e post-chirurgico, e che sul grave difetto motorio hanno certamente avuto efficienza causale gli insulti ipossici neonatali e post-chirurgico, in via equitativa si ritiene che l'Azienda appellante vada ritenuta responsabile della metà dell'intero danno alla persona di *Controparte_1* accertato dai consulenti tecnici di ufficio.

7. Occorre a questo punto esaminare la doglianza dell'appellante contenuta all'interno del primo motivo di appello, con cui è stata censurata la liquidazione da parte del primo giudice della somma di euro 30.000,00 in favore di ciascun genitore di *Controparte_1* per violazione del consenso informato.

A tale proposito conviene ripartire dalla citazione di primo grado ove la asserita violazione del consenso informato era inquadrata nell'ambito della catena causale che ha portato all'evento infausto, in quanto si deduceva che nel caso di specie i genitori del piccolo *CP_1* non erano stati informati in maniera puntuale e chiara sui possibili rischi e sulle complicanze dell'intervento chirurgico, comparati con i prevedibili vantaggi, e ciò era tanto più grave considerato che si trattava "*di un intervento di routine praticato senza particolare difficoltà dai sanitari, che poteva essere praticato anche successivamente quando il bambino sarebbe cresciuto ed avrebbe superato quei problemi respiratori che lo accompagnavano fin dalla nascita, ma che comunque secondo i medici sarebbero poi scomparsi*".

Secondo la citazione dunque i genitori non avevano conosciuto in maniera puntuale, chiara, precisa e dettagliata tutte le possibili eventuali complicanze dell'intervento e le possibili conseguenze negative di esso sulla vita personale e sociale futura sia del piccolo che dei suoi familiari e quindi non avevano potuto determinarsi liberamente e serenamente al trattamento chirurgico (vedi citazione a pag. 38).

Ciò nonostante, non solo non veniva neppure espressamente allegato che, se costoro avessero avuto una chiara e dettagliata informativa, certamente non avrebbero acconsentito all'intervento (tale circostanza fattuale essendo stata quindi affermata dal giudice in sentenza del tutto arbitrariamente, appunto perchè neppure allegata), ma soprattutto i danni conseguenti all'operato colposo dei medici per i quali è stato richiesto il risarcimento sono stati inquadrati soltanto come danno patrimoniale per le spese di mantenimento del piccolo *CP_1* , sia già sostenute che da sostenersi in futuro (danno non riconosciuto dal primo giudice), sia come danno biologico per la lesione dell'integrità psico – fisica di *Controparte_1* e danno morale di costui per i patimenti e le sofferenze patite, sia infine come danno *iure proprio* sofferto dai genitori quale danno riflesso per la macro lesione del figlio, senza quindi che sia stato richiesto un ulteriore aggiuntivo risarcimento per la violazione del consenso informato.

Ciò induce ad interpretare la domanda nel senso che a tale violazione gli stessi attori non hanno riconosciuto alcun autonomo rilievo sul piano causale, ma appunto l'hanno considerata il primo tassello della catena causale che ha portato all'evento infausto (secondo il seguente paradigma logico: non sono stato informato dei rischi e delle possibili complicanze dell'intervento chirurgico, se lo fossi stato non avrei acconsentito all'intervento e quest'ultimo è stato poi la causa del danno alla salute di cui chiedo il risarcimento).

E' dunque fondata l'argomentazione di parte appellante secondo cui "*il profilo relativo al consenso informato, che secondo il Tribunale sarebbe stato omesso, quindi è assorbito dall'assenza di un nesso causale tra la condotta ritenuta colposa e l'evento di danno*", sebbene tale risultato si produca non certo per la ritenuta insussistenza della responsabilità dell'Azienda sanitaria convenuta, ma appunto perché i coniugi *CP_1* non hanno né allegato, né tanto meno hanno dimostrato, non solo che se fossero stati debitamente informati non avrebbero acconsentito all'intervento, ma anche che la lamentata violazione del consenso informato aveva causato loro un danno risarcibile diverso ed ulteriore rispetto al danno alla salute di *CP_1* determinato dall'intervento chirurgico e al danno *iure proprio* subito in via riflessa quali familiari del macroleso.

La sentenza di primo grado deve quindi essere riformata escludendo il risarcimento di 30.000,00 euro liquidato dal primo giudice per questa specifica causale in favore di ciascuno dei genitori.

8. Passando all'esame del quinto motivo di appello, esso risulta senz'altro fondato: il primo giudice ha liquidato il danno non patrimoniale subito da *Controparte_1*, presumibilmente applicando le tabelle milanesi, nella somma totale di € 905.346,50, aumentata poi a € 1.041.181,50 quale "*Totale con personalizzazione massima*", senza minimamente individuare i criteri in base ai quali è stata operata la liquidazione del danno base, né i motivi per cui è stata applicata la massima personalizzazione, quest'ultima riconoscibile per consolidata giurisprudenza allorquando la lesione dell'integrità psicofisica abbia causato alla vittima "*conseguenze dannose del tutto anomale ed affatto peculiari*", pertanto diverse da quelle che un'altra persona della stessa età e dello stesso sesso avrebbe avuto se avesse subito una identica invalidità permanente e/o temporanea.

In questa vicenda però nessuna personalizzazione del danno era stata richiesta dagli attori, né nella citazione introduttiva, né nella memoria ex art. 183 n. 1 cpc, né nella comparsa di costituzione volontaria in giudizio di *Controparte_1* depositata all'udienza del 28.2.19 e tanto sarebbe sufficiente per accogliere il motivo di appello; va aggiunto che già in astratto appare difficilmente prospettabile una personalizzazione del danno per macrolesioni così elevate come quella in esame, perché tanto più cresce la percentuale di invalidità, tanto più tenderanno ad uniformarsi le conseguenze negative di quella grave lesione sul piano dinamico relazionale in tutti i soggetti dello stesso sesso e della stessa età che l'abbiano subita.

9. Passando all'esame del sesto e ultimo motivo di appello, esso si rivela infondato.

Parte appellante impugna la sentenza di primo grado per violazione dell'art.112 c.p.c., per non essersi pronunciato il primo giudice sull'eccezione di *compensatio lucri cum damno* che era stata sollevata nelle note autorizzate in vista della discussione orale ex art. 281 sexies cpc, in quanto dal verbale dell'inizio delle operazioni peritali del 10/04/2019 emergeva che ad *Controparte_1* era stata riconosciuta dall'età di due anni la c.d. "*indennità di accompagnamento*", che quindi avrebbe dovuto essere detratta dall'ammontare del risarcimento del danno.

Secondo parte appellante con la sentenza a Sezioni Unite del 22/05/2018 n. 12567 la Suprema Corte *"ha affermato il principio di diritto secondo il quale "dall'ammontare del danno subito da un neonato in fattispecie di colpa medica, e consistente nelle spese da sostenere vita natural durante per l'assistenza personale, deve sottrarsi il valore capitalizzato della indennità di accompagnamento che la vittima abbia comunque ottenuto dall'Inps in conseguenza di quel fatto*".

Per tale motivo quindi, mancando in atti la documentazione della entità della medesima indennità, era stato richiesto al primo giudice di acquisire opportune informazioni scritte ex art. 213 cpc dal competente Ufficio dell'Inps al fine di poter calcolare il valore capitale di tale indennità.

Secondo parte appellante l'indennità di accompagnamento, prevista in via generale dalla Legge n. 18 dell'11/02/1980, presuppone che il soggetto sia riconosciuto in qualche percentuale invalido e

presenti altresì la "*impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore*" oppure che non sia "*in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e perciò "abbisognano di un'assistenza continua*" (art. 1). Si tratta, pertanto, di una indennità assistenziale che mira a ristorare il soggetto della perduta capacità di provvedere da solo alle proprie esigenze ed alle normali attività quotidiane, finanche di deambulare, è perciò causalmente ricollegabile alla medesima sfera dinamico-relazionale del danno non patrimoniale biologico; di conseguenza, aderendo al consolidato orientamento di legittimità inaugurato dalle SS.UU. del 2018, essa dovrebbe essere scomputata dall'ammontare del danno che dovesse essere riconosciuto in favore del sig. *CP_1 [...]* .

Pertanto parte appellante ha chiesto che la Corte voglia acquisire *ex* art. 213 c.p.c. le informazioni dall'INPS in merito alla quantificazione delle indennità che sono state e che ancora oggi vengono erogate in favore del sig. *Controparte_1* , per poterle sottrarre dall'importo del risarcimento che dovesse essergli eventualmente riconosciuto.

L'assunto è infondato.

L'indennità di accompagnamento ha natura squisitamente assistenziale ed infatti la giurisprudenza (cfr. Cass. n. 4556 dell'11/02/2022 e Cass. Sez. Un. n. 12567 del 2018) ha precisato che l'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS al soggetto invalido, cioè incapace di compiere da solo gli atti quotidiani o incapace di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore, va scomputata non certo dal *quantum* del danno biologico, bensì dal danno patrimoniale consistente nelle spese di assistenza che una persona invalida sarà costretta a sostenere vita natural durante, spese che tuttavia in questo processo non sono state liquidate dal Tribunale, senza che sul punto sia stato proposto appello incidentale.

Il motivo di appello deve quindi essere rigettato, come pure la richiesta di integrazione istruttoria ex art. 213 cpc.

10. Si passa a questo punto alla liquidazione dei danni conseguenti alla riconosciuta responsabilità dell' *Controparte_7* appellante, che va operata con criteri completamente diversi da quelli applicati dal giudice di primo grado.

Quanto al danno biologico e morale di *Controparte_1* , esso deve essere liquidato facendo applicazione della Tabella Unica Nazionale, come di recente affermato dalla Suprema Corte che, investita di rinvio pregiudiziale ai sensi dell'art. 363 bis c.p.c., ha stabilito il principio di diritto in base al quale "*la Tabella Unica Nazionale (T.U.N.), emanata dal d.P.R. n. 12/2025, in quanto da riconoscersi quale parametro della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute conforme alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., trova applicazione generalizzata in via indiretta, cioè non in forza di diretta efficacia normativa, bensì come*

parametro del potere del giudice di cui a tali norme, con riferimento a liquidazioni formalmente estranee al suo ambito di applicazione diretta e, dunque, a sinistri causativi di danno biologico verificatisi prima del 5 marzo 2025 e pur non derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti e da responsabilità sanitaria. Il giudice, nella liquidazione del danno alla salute da effettuarsi nel caso concreto, potrà, dunque, discostarsene – eventualmente anche reputando di applicare una tabella 'pretoria' - solo in forza di una motivazione che dia puntualmente conto di circostanze del tutto peculiari, più rilevanti nell'àmbito regolato oggettivamente, ratione materiae, dalla T.U.N." (cfr. Cass. Sez. 3, Sentenza n. 8630 del 7/4/2026).

Nel caso di specie non emergono ragioni per discostarsi dalla T.U.N., la quale è basata sul sistema a "punto variabile" in relazione all'età del danneggiato ed al grado di invalidità riconosciuto, con valori che aumentano in base alla gravità delle lesioni e si riducono con il crescere dell'età.

Per quanto riguarda la componente del danno morale è prevista una percentuale di aumento del punto base biologico che è direttamente proporzionale al grado di invalidità accertato, con la possibilità di un'ulteriore personalizzazione all'interno di un *range* prestabilito che varia in funzione dei punti di invalidità.

Nel caso di specie, applicati i criteri dettati dalla T.U.N. parametrati all'età del danneggiato al momento del sinistro (0 anni), al grado di invalidità permanente riconosciuto (70%) ed ai giorni di inabilità temporanea accertati dalla CTU svolta in questo grado di giudizio (18 giorni di inabilità temporanea assoluta), applicato il valore a punto per il danno morale che corrisponde alla percentuale media di aumento del punto base biologico, senza un ulteriore aumento per la personalizzazione, risulta un danno non patrimoniale complessivo di € 924.112,37 (di cui € 922.646,07 per danno biologico permanente e € 1.466,30 per danno da inabilità temporanea), già rivalutato ad oggi.

A questo punto, dovendo imputare all'azienda appellante solo le conseguenze dannose causalmente riconducibili alla condotta colposa dei sanitari e non anche quelle riconducibili alle pregresse patologie di *Controparte_1* , occorre ricordare che secondo costante giurisprudenza in ipotesi di concorso tra una menomazione non imputabile ad errore medico ed altra a questo riconducibile, il pregiudizio può essere liquidato secondo i criteri del cd. "danno differenziale" solo nel caso in cui, con giudizio controfattuale *ex post,* sia accertato che le due tipologie di postumi sono tra loro in rapporto di concorrenza, ossia quando la menomazione preesistente alla causa iatrogena incide negativamente sui postumi derivanti da errore medico aggravando la situazione del soggetto leso, di modo che l'errore medico produce esiti più gravi proprio a causa della pregressa patologia rispetto a quelli che avrebbe sofferto un ipotetico danneggiato in buono stato di salute al momento dell'illecito; viceversa vi è un rapporto di semplice coesistenza tra le due tipologie di menomazioni

allorquando manca un nesso di interdipendenza tra le preesistenze e i postumi derivanti dall'errore medico, i quali ultimi andranno dunque valutati e quantificati come se a patirli fosse stata una persona sana e, dunque, partendo dal punto 0 delle tabelle milanesi (cfr. Cass. ord. Sez. 3 n**.** 21261 del 30/07/2024).

In questo caso, riprendendo quanto argomentato nel precedente paragrafo n. 6, si può ritenere in via equitativa che le pregresse patologie di *Controparte_1* abbiano influito sulla sua attuale condizione invalidante nella misura del 35% ed esse si pongono senz'altro in rapporto di concorrenza rispetto al successivo errore medico, cioè si può certamente ritenere che vi sia un nesso di interdipendenza tra le pregresse patologie di *CP_1* e i danni permanenti causati dalle successive condotte colpose dei sanitari, nel senso che l'errore medico ha prodotto senz'altro danni più gravi su *CP_1* di quelli che la stessa condotta avrebbe causato ad un bambino sano; siamo pertanto certamente nell'ambito del c.d. "danno differenziale", e secondo un ormai consolidato orientamento giurisprudenziale *'la liquidazione del danno biologico cd. differenziale va effettuata, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., convertendo la percentuale di invalidità ascritta all'agente sul piano della causalità materiale e quella non imputabile all'errore medico in somme di denaro, per poi procedere a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto"* (cfr. Cass. Sez. III ord. n. 20894 del 26/07/2024); *"La liquidazione del danno biologico cd. differenziale, rilevante qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una condotta umana e di una causa naturale, va effettuata, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., sottraendo dalla percentuale complessiva del danno (nella specie, accertata dal CTU nella misura dell'80%), interamente ascritta all'agente sul piano della causalità materiale, la percentuale di danno non imputabile all'errore medico (nella specie, del 35%), poiché, stante la progressione geometrica e non aritmetica del punto tabellare di invalidità, il risultato di tale operazione risulterà inevitabilmente superiore a quello relativo allo stesso valore percentuale (50%) ove calcolato dal punto 0 al punto 50, come accadrebbe in caso di frazionamento della causalità materiale*" (cfr. Cass. Sez. 3 sent. n. 26851 del 19/09/2023, Rv. 668759 - 02).

Orbene, collocando il danno derivante da patologie preesistenti, pari alla metà dell'intero danno non patrimoniale di *Controparte_1* , nel *range* compreso tra zero e 35% di invalidità permanente ed applicando la TUN per un valore di invalidità permanente pari al 35% e per 18 giorni di inabilità temporanea assoluta, con i medesimi criteri appena visti per il danno morale e senza ulteriore personalizzazione, risulta un danno non patrimoniale pari a € 284.965,17 in valori attuali; di

conseguenza il danno non patrimoniale di *Controparte_1* ascrivibile all' *Pt_1* appellante ammonta a euro 639.147,2 in valori attuali (cioè € 924.112,37 - € 284.965,17).

Trattandosi di credito risarcitorio e quindi di valore, tale somma deve essere devalutata al momento del fatto, ovvero il 23.11.1999, per poter calcolare il danno effettivamente subito a causa del mancato tempestivo risarcimento; tale danno è pari all'ammontare degli interessi compensativi al tasso legale calcolati sulla somma iniziale (€ 374.646,66) e poi annualmente rivalutata sino alla presente sentenza (cfr. Cass. Sez. Un. Sent. 17.2.95 n. 1712).

Fatti i dovuti calcoli, la somma liquidata alla data attuale, maggiorata degli interessi compensativi calcolati come sopra, ammonta in totale a **€ 883.777,57.**

Su questa somma decorrono interessi legali di mora dalla sentenza e fino al saldo perchè il credito di valore, una volta liquidato dal giudice in sentenza, si trasforma in un credito di valuta.

11. Ai genitori di *Controparte_1* spetta anche il risarcimento del danno subito "*iure proprio*" per le sofferenze patite in seguito agli accadimenti oggetto di causa, nonché per la necessità di continua assistenza familiare verso il macroleso.

La giurisprudenza ha da tempo chiarito che il familiare di una persona lesa dall'altrui condotta illecita può subire un danno non patrimoniale che deve essere risarcito nel suo duplice aspetto della sofferenza soggettiva e del conseguito mutamento peggiorativo delle abitudini di vita, purché tali pregiudizi rivestano i caratteri della serietà del danno e della gravità della lesione, senza che rilevino l'invalidità solo parziale del congiunto o la eventuale ripartizione fra più familiari o collaboratori e badanti dell'assistenza prestata (cfr. Cass. n° 28220/2019; Cass. n° 8442/2019). Anche una grave invalidità parziale può infatti comportare, oltre al dolore per la menomazione del congiunto e all'ansia per l'incertezza del suo futuro, anche la necessità di un impegno di assistenza (e, quindi, un apprezzabile mutamento peggiorativo delle abitudini di vita di chi la presti) a carico degli stretti congiunti; né -per altro verso- la circostanza che l'assistenza sia motivata da vincoli di affetto e solidarietà propri dei rapporti familiari vale ad escludere che il congiunto non subisca un concreto pregiudizio per la necessità di adattare la propria vita alle sopravvenute esigenze del familiare menomato.

Rileva in altri termini il fatto che il familiare di una persona lesa dall'altrui condotta illecita possa subire uno stato di sofferenza soggettiva e un necessitato mutamento peggiorativo delle abitudini di vita (incidente sul profilo dinamico della propria esistenza): i suddetti pregiudizi debbono essere risarciti laddove rivestano i caratteri della serietà del danno e della gravità della lesione e non vi è dubbio che nel caso di specie sussistano i presupposti per riconoscere tale particolare danno subito dai genitori di *Controparte_1* .

Quanto ai criteri da adottare per la quantificazione di tale danno, si è espressa di recente la Suprema Corte con Ordinanza n. 13540 del 17 maggio 2023, precisando che "…*il giudice del rinvio dovrà far riferimento a tabelle che prevedano specificamente idonee modalità di quantificazione del danno, come le tabelle predisposte dal Tribunale di Roma, che fin dal 2019 contengono un quadro dedicato alla liquidazione dei danni cd. riflessi subiti dai congiunti della vittima primaria in caso di lesioni. Le tabelle del Tribunale di Milano, che nella loro più recente versione si sono adeguate alle indicazioni di questa Corte prevedendo una liquidazione "a punti " in riferimento alla liquidazione del danno non patrimoniale derivante da perdita del rapporto parentale, non altrettanto hanno fatto, allo stato, in riferimento alla liquidazione del danno dei congiunti del macroleso" in quanto per ora non è stato raccolto un campione significativo di sentenze utile a costruire una tabella fondata sul monitoraggio", come si legge nella illustrazione delle tabelle dell'Osservatorio milanese, lasciando in questo caso al giudice "...valutare se ritiene di avvalersi della tabella sul danno da perdita del rapporto parentale corrispondente al tipo di rapporto parentale gravemente leso, opportunamente adattando e calibrando la liquidazione al caso concreto, per quanto dedotto e provato*" *(punto 17 delle "domande e risposte", all.2 delle tabelle milanesi ed. 2022).*"

La tabella del Tribunale di Roma del 2023 prevede un sistema "a punti", che vengono calcolati tenendo conto di diverse componenti, quali la relazione di parentela tra il leso e i familiari tenuti all'assistenza, il numero di questi ultimi, l'età del danneggiato, l'età del familiare da risarcire e la percentuale di danno biologico riconosciuta al danneggiato.

Una volta individuato il punteggio da assegnare a ciascun familiare, l'importo va poi moltiplicato per il valore a punto, individuato nella misura massima di euro 6.948,00, metà del quale (euro 3.474) tiene conto dell'aspetto interiore del danno sofferto dal familiare e rimane sempre fisso, mente l'altra metà (euro 3.474) attiene alla componente dinamico-relazionale del danno riflesso, ossia allo sconvolgimento delle abitudini di vita a causa della macrolesione del congiunto e quindi può diminuire se i congiunti percepiscano un sussidio pubblico come l'indennità di accompagnamento.

In definitiva la tabella romana consente di parametrare la liquidazione dal danno non solo all'entità della lesione patita dalla vittima primaria (perché maggiore sarà l'invalidità del soggetto leso e maggiore sarà la liquidazione del danno a favore del familiare), ma anche di tener conto della presenza o meno di assistenza a favore della vittima: il valore punto nella sua versione "maggiorata" potrà essere liquidato solo se la vittima principale non gode di sussidi o del diritto di assistenza, presumendo come maggiore lo sconvolgimento patito dal familiare su cui ricadrà tutta l'attività di cura del soggetto leso, mentre in caso contrario il valore del punto scende a euro 2.450 (vedi tabella F a pag. 15, nonché esempio n. 1 a pag.17).

Nel caso di specie per i genitori di *Controparte_1* , applicando le tabelle romane E) ed F), vale il seguente conteggio:

per la relazione parentale, quali genitori: punti 20 a ciascuno;

per l'età del parente da risarcire: per la mamma 7 punti, per il padre 6 punti;

per l'età della vittima lesa (*CP_1*): punti 10 a ciascuno dei genitori,

per un totale di punti 37 per la mamma e di punti 36 per il padre; valore questo da moltiplicare per il coefficiente di 0,8 (relativo al numero dei soggetti tenuti all'assistenza e quindi i soggetti titolari del danno riflesso, che in questo caso sono 2), quindi per la mamma abbiamo 29,6 punti e per il padre abbiamo 28,8 punti.

Questo numero si moltiplica per il valore a punto, che nel nostro caso non è il totale di euro 6.948,00 perché la metà di questo valore (euro 3.474) rimane fermo inerendo alla sofferenza interiore, ma diminuisce l'altra metà (3.474) perché essa, riguardando la componente dinamico-relazionale del danno dei parenti, cioè la modificazione *in peius* delle loro condizioni di vita, diminuisce se c'è un sussidio pubblico come l'indennità di accompagnamento, perchè non è la stessa cosa dover provvedere personalmente a tutta l'assistenza del macroleso oppure dovervi provvedere solo in parte.

In questo caso certamente il sussidio pubblico sussiste, perché l' *Controparte_7* ha chiesto più volte di acquisire ex art. 213 cpc informazioni presso l'INPS in merito alle indennità versate e da versarsi a *Controparte_1* e la difesa di quest'ultimo si è sempre opposta (anche nelle ultime note scritte del 16.2.26); pertanto in questa fattispecie il valore del punto scende a euro 5.924 (ossia euro 3.474 + 2450).

In definitiva, dovendo considerare la percentuale di invalidità permanente di *CP_1* pari al 70%, avremo:

5.924 x 29,6 x 70% = euro 122.745,28 per la madre *CP_3* ;

5.924 x 28,8 x 70% = euro 119.427,84 per il padre *Controparte_2* .

Questi importi vanno divisi semplicemente a metà per ascrivere all' *Controparte_7* solo il danno derivante dalla malpractice medica, perché non è possibile per il danno riflesso, viste le particolari modalità della sua liquidazione, operare il conteggio come se fosse un "danno differenziale".

In definitiva, il risarcimento del danno *iure proprio* di *CP_3* ammonta a euro 61.372,64 in valori attuali e quello di *Controparte_2* ammonta a euro 59.713,92 in valori attuali.

Anche in questo caso, trattandosi di crediti risarcitori e quindi di valore, tali somme devono essere devalutate al momento del fatto, ovvero il 23.11.1999, per poter calcolare il danno effettivamente subito a causa del mancato tempestivo risarcimento; tale danno è pari all'ammontare degli interessi compensativi al tasso legale calcolati sulle somme iniziali (rispettivamente euro 35.974,58 e euro

35.002,30) e poi annualmente rivalutate sino alla presente sentenza (cfr. Cass. Sez. Un. Sent. 17.2.95 n. 1712).

Fatti i dovuti calcoli, la somma spettante alla madre, liquidata alla data attuale e maggiorata degli interessi compensativi calcolati come sopra, ammonta in totale a **euro 84.862,72,** mentre quella spettante al padre, liquidata con gli stessi criteri, ammonta in totale a **euro 82.569,16.**

Su queste somme decorrono interessi legali di mora dalla sentenza e fino al saldo perchè il credito di valore, una volta liquidato dal giudice in sentenza, si trasforma in un credito di valuta.

12. In punto di spese del giudizio è ben noto che la riforma, anche parziale, della sentenza di primo grado comporta di ufficio una rivalutazione della decisione sulle spese anche in relazione al primo giudizio, alla luce di una valutazione complessiva della vertenza: "*In base al principio fissato dall'art. 336, comma 1, c.p.c., secondo il quale la riforma della sentenza ha effetto anche sulle parti dipendenti dalla parte riformata (cosiddetto effetto espansivo interno), la riforma, anche parziale, della sentenza di primo grado determina la caducazione ex lege della statuizione sulle spese ed il correlativo dovere, per il giudice d'appello, di provvedere d'ufficio ad un nuovo regolamento delle stesse. Tale pronuncia, in ossequio al principio della globalità del giudizio sulle spese, deve avvenire con riferimento all'intero processo ed all'esito finale della lite, indipendentemente dalla sorte delle fasi incidentali eventualmente apertesi nel suo corso*" (cfr. Cass. Sez. 1, Sentenza n. 11491 del 16/05/2006, Rv. 590957 – 01; conforme Cass. Sez. 3, Sentenza n. 15483 del 11/06/2008, Rv. 603368 - 01).

In questo caso l'azienda sanitaria risulta senz'altro soccombente su quasi tutte le domande degli attori/appellati, ma anche questi ultimi sono soccombenti rispetto alla domanda di risarcimento del danno per violazione del consenso informato, il che comporta la sussistenza di una situazione di soccombenza reciproca che giustifica la parziale compensazione delle spese dei due gradi per un quinto, vertendosi nell'ipotesi di pluralità di domande solo alcune delle quali vengano accolte o di domanda articolata in più capi, dei quali solo alcuni vengano accolti: "*In tema di spese processuali, l'accoglimento in misura ridotta, anche sensibile, di una domanda articolata in un unico capo non dà luogo a reciproca soccombenza, configurabile esclusivamente in presenza di una pluralità di domande contrapposte formulate nel medesimo processo tra le stesse parti o in caso di parziale accoglimento di un'unica domanda articolata in più capi, e non consente quindi la condanna della parte vittoriosa al pagamento delle spese processuali in favore della parte soccombente, ma può giustificarne soltanto la compensazione totale o parziale, in presenza degli altri presupposti previsti dall'art. 92, comma 2, c.p.c."* (cfr. Cass. Sentenza n. 32061 del 31/10/2022, Rv. 666063 – 01).

Le spese si liquidano secondo i parametri medi del D.M. 55/14, come modificati dal D.M. 147/22, considerato il valore della causa in ragione del maggior credito oggi riconosciuto (ossia quello in favore di *Controparte_1*), pertanto con scaglione compreso tra euro 520.000 e euro 1.000.000, in quanto in ipotesi di litisconsorzio facoltativo (art. 103 c.p.c.), caratterizzato da domande di più soggetti contro uno stesso convenuto in base a titoli autonomi anche se della stessa natura, non è applicabile il principio del cumulo del secondo comma dell'art. 10 cpc (cfr. Cass. *Sez.* 1, Ordinanza *n.* 18166 *del* 26/06/2023, Cass. *Sez.* 6 - 3, Ordinanza *n.* 3107 *del* 06/02/2017 e da ultimo Cass. Sez. 3 n. 10367 del 17/04/2024, Rv. 670780 - 01).

Va riconosciuto in favore delle parti vittoriose anche l'aumento del 60% sulla base del secondo comma dell'art. 4 DM 55/14, né dovendosi operare la riduzione del 30% di cui al quarto comma della stessa norma, perché lo stesso difensore ha difeso tre parti, di cui solo due (i genitori) aventi la medesima posizione processuale (cfr. Cass. Sez. 3, Ordinanza n. 10367 del 17/04/2024, Rv 670780 -02).

Sulla base dei predetti criteri le spese processuali si liquidano per l'intero nell'importo di euro 46.708,80 per il primo grado e nell'importo di euro 41.848,00 per l'appello, oltre accessori, da distrarsi in entrambi i casi in favore del difensore dichiaratosi antistatario.

Le spese delle due CTU espletate in primo e secondo grado debbono gravare su parte appellante in applicazione del principio di soccombenza.

Per lo stesso principio parte appellata ha diritto al rimborso delle spese sostenute per il pagamento dei propri consulenti tecnici per la partecipazione alle operazioni peritali, avendo richiesto il rimborso delle spese di ctp in sede di precisazione delle conclusioni ed avendo ribadito tale richiesta nella comparsa conclusionale e nella memoria di replica; pur tuttavia, non avendo mai precisato l'importo di tali spese, nè prodotto alcun documento (notula, fattura o altro) idoneo a quantificarle, esse devono essere liquidate d'ufficio: "*La condanna del soccombente alla refusione delle spese di consulenza tecnica di parte sostenute dalla controparte in giudizio - le quali, a differenza di quelle sostenute per la consulenza professionale stragiudiziale, rientrano nelle spese di lite di cui all'art. 91 c.p.c. - richiede soltanto la prova che la parte vittoriosa abbia assunto la relativa obbligazione e non anche quella dell'avvenuto pagamento, stante la presunzione di onerosità del mandato ex art. 1709 c.c., sicché, ove la parti documenti il costo sostenuto per remunerare il consulente di parte, le spetterà la rifusione del relativo importo - salvo che il giudice non lo ritenga superfluo od eccessivo ai sensi dell'art. 92, comma 1, c.c. - mentre in difetto di tale prova, la liquidazione potrà essere compiuta dal giudice d'ufficio, applicando le tariffe professionali se esistenti, ovvero in via analogica le tariffe previste dal d.m. 30 maggio 2002 in tema di compensi dovuti ai consulenti d'ufficio*" (cfr. Cass. Sez. Un. ord. n. 24699 del 18/08/2026, Rv. 679676 – 02).

In questo caso, considerato che per la liquidazione del compenso ai 3 CCTTUU nominati in appello si è fatto riferimento, come richiesto nella notula da costoro presentata, al criterio delle vacazioni (art. 4 L. 319/1980 e succ. mod.), non essendo le prestazioni rese, per la loro ampiezza e complessità, riconducibili all'ambito ristretto degli artt. 20 e 21 del DM 30.5.2002, seguendo lo stesso criterio per le prestazioni dei 3 CCTTPP di parte appellata, considerato l'importo di euro 14,68 a vacazione e calcolando 80 vacazioni (20 gg.) e l'aumento dell'80% per il numero dei consulenti di parte (3), si liquida un onorario complessivo di euro 2.115,00, oltre accessori di legge.
Quanto appena detto non vale per il rimborso delle spese di ctp sostenute da parte attrice in primo grado (ctp dott. *Persona_9*) in quanto, trattandosi appunto di spese processuali in senso tecnico che devono essere liquidate dal giudice anche d'ufficio all'esito della lite sulla base del principio di soccombenza, in questo caso nulla ha disposto sul punto il giudice di primo grado e parte appellata non ha proposto appello incidentale per riformare la sentenza ed ottenere così il rimborso delle predette spese.

PQM

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando sull'appello proposto, ogni diversa eccezione disattesa e respinta, così statuisce:

- in parziale accoglimento dell'appello ed in riforma della sentenza appellata, rigetta la domanda di risarcimento del danno per violazione del consenso informato;
- condanna l' *Controparte_7* appellante, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito da *Controparte_1* , al pagamento in favore di quest'ultimo della somma di euro 883.777,57, oltre interessi legali di mora dalla sentenza e fino al saldo;
- condanna l' *Controparte_7* appellante, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito *iure proprio* da *CP_3* , al pagamento in favore di quest'ultima della somma di euro 84.862,72, oltre interessi legali di mora dalla sentenza e fino al saldo;
- condanna l' *Controparte_7* appellante, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito *iure proprio* da *Controparte_2* , al pagamento in favore di quest'ultimo della somma di euro 82.569,16, oltre interessi legali di mora dalla sentenza e fino al saldo;
- condanna l' *Controparte_7* appellante al pagamento dei 4/5 delle spese processuali dei due gradi, compensata la parte residua, che si liquidano per l'intero per compensi nella somma di euro 46.708,80 per il primo grado e nella somma di euro 41.848,00 per l'appello, oltre in entrambi i casi a spese forfettarie del 15%, oltre Iva e Cap come per legge, da distrarsi in favore del procuratore antistatario, avvocato

- condanna l’ *Controparte_7* appellante al rimborso in favore di parte appellata delle spese di CCTTPP sostenute per questo giudizio di appello, che si liquidano complessivamente per i tre professionisti nella somma di euro 2.115,00, oltre accessori di legge.
- pone definitivamente le spese delle due CTU esperite nei due gradi di giudizio a carico l’ *Controparte_7* appellante.

Così deciso in Firenze, nella camera di consiglio del 18.11.26

Il Presidente

dott.ssa Dania Mori

Nota

La divulgazione del presente provvedimento, al di fuori dell'ambito strettamente processuale, è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy ex D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.