N. R.G. 982/2021

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI BOLOGNA

SEZIONE SECONDA CIVILE

La Corte, riunita in camera di consiglio nelle persone dei magistrati:

dott.ssa Maria Cristina Salvadori Presidente

dott.ssa Mariacolomba Giuliano Consigliere

dott.ssa Martina Grandi Consigliere relatore ed estensore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile in grado d'appello iscritta al n. r.g. **982/2021** promossa da:

Parte_1 con l'avv. [redacted]

APPELLANTE

contro

Controparte_1 con l'avv. [redacted] e l'avv. [redacted]

APPELLANTE INCIDENTALE

avverso

la sentenza del Tribunale di Parma 25.3.2021 n. 565 (r.g. n. 2354/2018)

CONCLUSIONI

[redacted] *Parte_1* come da atto di precisazione delle conclusioni:

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello adita, ogni contraria azione ed eccezione disattesa, in accoglimento dell'impugnazione proposta dall' *Parte_1* *[...]*

in via principale:

- *dichiarare l'ingiustizia, l'erroneità e la contraddittorietà dei capi della sentenza impugnata nella parte in cui il Tribunale di Parma ha accolto la domanda avversa e condannato l'* *Parte_1* *a corrispondere al sig.* *Controparte_1* *le somme tutte liquidate in sentenza, e ciò per le ragioni tutte già spiegate in atti;*
- *dichiarare pertanto che l'* *Parte_1* *nulla deve risarcire al sig.* *Controparte_1* *e, per l'effetto, disporre che il medesimo restituisca quanto* medio tempore *corrisposto in suo favore;*
- *in via subordinata, e in denegata ipotesi di rigetto delle domande formulate in via principale:*
- *ridurre il* quantum *del risarcimento eventualmente dovuto dall'* *[...]* *Parte_1* *per le ragioni indicate in atti e, per l'effetto, disporre che sig.* *Controparte_1* *restituisca quanto* medio tempore *corrisposto in eccesso;*

in ogni caso:

- *condannare sig.* *Controparte_1* *a restituire all'* *Parte_1* *[...]* *gli importi tutti corrisposti in esecuzione della impugnata sentenza nelle more del giudizio di appello, maggiorato di interessi legali a far tempo dalla data del pagamento a quella di effettiva restituzione.*

In ogni caso con vittoria di spese, competenze ed onorari di entrambi i gradi del giudizio;

in via istruttoria:

si insiste per la rinnovazione della CTU, con affidamento dell'incarico ad un diverso Collegio Peritale.

Sull'appello incidentale promosso dal sig. *Controparte_1*

in via preliminare:

- *accertare e dichiarare l'inammissibilità dell'appello incidentale avverso in quanto tardivo e per violazione del disposto dell'art. 342 c.p.c.;*

in via principale:

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

- *rigettare e/o dichiarare inammissibili le domande tutte* ex adverso *formulate in quanto assolutamente infondate e pretestuose, sia in fatto che in diritto per tutte le ragioni dedotte in atti e nel precedente grado di giudizio;*

in via subordinata:

- *nella denegata e non creduta ipotesi di rigetto della domanda formulata in via principale, ridurre le pretese risarcitorie avverse.*

In ogni caso, nell'interesse di *Parte_1* *, si contesta e ci si oppone ad ogni rilievo e/o istanza (in particolare istruttoria) e/o eventuale produzione avversaria in quanto infondata/pretestuosa/irrilevante/inammissibile/tardiva.*

Controparte_1 come da atto di precisazione delle conclusioni:

Voglia l'Ill.ma Corte di Appello adita, contrariis reiectis, *previa ogni più utile declaratoria del caso e di legge,*

- *in via principale, respingere l'appello proposto da* *Parte_1* *[...]* *e dunque rigettare ogni domanda da essa formulata poiché inammissibile, improponibile, infondata in fatto e in diritto e non provata, per tutti i motivi di cui in narrativa;*
- *sempre in via principale e incidentale, per tutti i motivi dedotti in narrativa, riformare la se n tenza oggetto di impugnazione nella sola parte in cui ha liquidato il danno biologico e morale terminale nella somma di € 13.369,50 e quindi condannare l'* *[...]* *Parte_1* *a risarcire a* *CP_2* *e* *CP_1* *, quale erede di* *[...]* *Per_1* *nella misura di 1/3, il danno biologico e morale terminale patito dal genitore defunto, pari, per la quota di 1/3, ad € 35.917,33, o quella diversa somma ritenuta giusta e corretta, anche con ricorso a valutazione equitativa, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal dì del fatto a quello della presente domanda giudiziale ed interessi* ex *art. 1284 c.c. d al dì della domanda a quello dell'effettivo saldo;*
- *confermare tutte le altre statuizioni della sentenza.*

Con vittoria di spese, competenze professionali, oltre rimborso forfettario, IVA e CPA come per legge.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione notificato il 10.5.2021 l' *Parte_1* propone appello nei confronti di *Controparte_1* avverso la sentenza 25.3.2021 n. 565, notificata l'8.4.2021, con cui il Tribunale di Parma (r.g. n. 2354/2018) la condanna al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale, *iure proprio* e *iure hereditario*, per il [redacted] di *Persona_1* morto per un'infezione batterica contratta nel corso della degenza ospedaliera e culminata in uno *shock* settico.

Persona_1 è ricoverato:

a. dal 7 al 14 giugno 2012 per sottoporsi alla resezione di plurime recidive superficiali di un carcinoma vescicale;
b. dal 17.9.2012 all'1.10.2012 per sottoporsi, in data 18.9.2012, ad una ureteroscopia con l'escissione e la diatermocoagulazione di una lesione centimetrica;
c. dal 15.12.2012 dopo la diagnosi, in data 29.10.2012, di un'infezione batterica da *Klebsiella pneumoniae* (classe dei carbapenemi) e l'accertamento con l'antibiogramma della sua elevata resistenza.

La terapia farmacologica antibiotica somministrata al paziente e l'ureteroscopia sinistra del 19.12.2012 non eradicano l'infezione.

Il 20.12.2012 sopravviene un'insufficienza respiratoria acuta, che neppure le ulteriori terapie riescono a debellare.

L'ulteriore peggioramento clinico sfocia in uno *shock* settico fatale per il paziente, che decede il [redacted]

Il Tribunale, specificati i diversi titoli della domanda (contrattuale per il danno *iure hereditario*, extracontrattuale per il danno *iure proprio*), aderisce alle conclusioni del collegio peritale nominato nel procedimento *ex* artt. 696 ss. c.p.c. nel cui ambito è emerso che:

a. a fronte della resistenza del microrganismo il dato clinico iniziale (*Klebsiella pneumoniae* inferiore a 100.000 Ufc/Ml) indicava un rischio di malattia non basso;
b. il piano terapeutico (gentamicina) del 15.12.2012 è stato adottato secondo il referto dell'urinocoltura del 29.10.2012, mentre l'antibiogramma del 17.12.2012 («*positivo per KPC con carica microbica superiore a 100.000 UFC/ml significativa*») ha rilevato la sensibilità alla sola amikacina;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

c. il 19.12.2012, quando non era ancora disponibile il referto dell'urinocoltura, il paziente è stato sottoposto a cistoscopia, ureteroscopia e biopsie multiple, che hanno favorito l'estensione sistemica dell'infezione, la cui diffusione ematogena ha determinato l'urosepsi evoluta in *shock* settico.

Ritenuto l'*an debeatur*, il Tribunale accerta un danno patrimoniale per le spese funerarie sostenute da *Controparte_1* e un danno non patrimoniale, *iure proprio* (parentale) e *iure hereditario* (biologico e morale terminale), che ha stimato secondo le Tabelle dell' *[...] Organizzazione_1* di Milano.

L'appellante censura la sentenza nelle parti in cui il giudice:

a. ritiene che la devoluzione ereditaria in favore di *Controparte_1* sia comprovata dalla proposizione della causa, costituente accettazione tacita dell'eredità;
b. trascura completamente i rilievi alla consulenza tecnica d'ufficio;
c. non diminuisce il danno risarcibile in rapporto alle concause del decesso e al dato anagrafico;
d. la condanna al pagamento delle spese processuali invece di compensarle a fronte del minor valore del credito accertato.

Ripropone i rilievi alle conclusioni del collegio peritale e chiede, in riforma della sentenza, la restituzione dei pagamenti eseguiti.

Costituitosi in giudizio, *Controparte_1* eccepisce l'inammissibilità e l'infondatezza dell'appello deducendo:

a. di aver documentato l'accettazione dell'eredità del padre con l'estratto di nascita (doc. 14 att.), il certificato di morte (doc. 27 att.), la denuncia di successione (doc. 17 att.) e il verbale notarile di pubblicazione del testamento olografo (doc. 28 att.);
b. che la contestazione dell'esordio del processo infettivo è tardiva e smentita dall'appellante quando i suoi consulenti tecnici danno atto che il paziente presentava un processo settico già a dicembre-gennaio (oss. cc.tt.pp. *sub* doc. 3 app., p 3);
c. la negazione della natura iatrogena dell'infezione è tardiva e inammissibile;
d. il collegio peritale ha affermativamente valutato la causalità degli errori dei sanitari.

Propone appello incidentale avverso la sentenza nelle parti in cui:

a. pur applicando il valore diario massimo dell'inabilità assoluta (€ 99,00), non quantifica il danno terminale e catastrofale in € 107.752,00 (€ 30.000,00 per i primi tre giorni, € 51.835,00

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

per i successivi ottantasette ed € 25.917,00 a titolo di personalizzazione della seconda voce in ragione del cinquanta per cento);

b. non limita il risarcimento del danno non patrimoniale sofferto dal padre alla sua quota ereditaria (un terzo: € 51.835,00 per i successivi ottantasette giorni di agonia), pur avendo il congiunto agito solo per questa anziché per l'intero.

Disattesa la richiesta *ex* art. 283 c.p.c. con ordinanza del 9.9.2021 e assunti chiarimenti dai consulenti d'ufficio, la causa è posta in decisione sulle conclusioni in epigrafe con assegnazione di un termine di venti giorni per il deposito delle comparse conclusionali dalla comunicazione dell'ordinanza 19.12.2023 in data 27.12.2023.

1.

Il primo motivo d'appello («*Nullità, erroneità ed ingiustizia della sentenza resa nella parte in cui il giudice di prime cure ha ritenuto provata la qualità di erede dell'attore (odierno appellato)*») è infondato.

Oltre il legame di filiazione (doc. 14 att.) *Controparte_1* ha documentato la delazione testamentaria dell'eredità del padre (doc. 17 e 28 att.) in favore suo, del fratello e della madre.

Gli adempimenti fiscali, ossia la presentazione della denuncia di successione e la richiesta di pubblicazione del testamento, non sono di per sé soli indicativi del proposito di accettare l'eredità (CC II 19.2.2019 n. 4843), ma, promuovendo la presente causa, che eccede l'ordinaria conservazione del compendio ereditario, il delato ha tenuto una condotta incompatibile con la volontà di rinunciarvi e l'ha tacitamente accettata (cfr. CC II 6.6.2018 n. 14499).

L'omessa formalizzazione e l'omessa trascrizione di un'accettazione espressa dell'eredità (artt. 475 e 2648[1] c.c.) non hanno rilevanza indiziaria di segno contrario, potendo l'onere pubblicitario essere adempiuto, senza duplicazione dei conseguenti oneri, con la trascrizione dell'atto che importi accettazione tacita dell'eredità, se costituito da una sentenza, come nel caso di specie, o un atto pubblico o una scrittura privata con sottoscrizione autenticata o accertata giudizialmente (art. 2648[2] c.c.).

2.

Il secondo motivo d'appello («*Erroneità, nullità, ingiustizia, contraddittorietà ed illogicità della sentenza resa, nella parte in cui il tribunale di Parma ha accertato la sussistenza di profili di colpa imputabili all'azienda appellante – erroneità, nullità, ingiustizia, contraddittorietà ed illogicità della sentenza resa, nella parte in cui il tribunale di parma ha accertato la sussistenza*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

di un nesso di causa tra le prestazioni rese dai sanitari dell'azienda appellante ed il decesso del sig. *Persona_1* *– istanza di rinnovo della ctu medico-legale*») è infondato.

È indubbio che i sanitari fossero ben consapevoli dell'infezione, poiché la positività al batterio rilevata dall'esame del 3.11.2012 (> 100.000 UFC/ml) fu sottoposta dal professionista microbiologo all'urologo per le sue valutazioni e l'urinocoltura del 17.12.2012 ne attestò il peggioramento (> 100.000 UFC/ml).

A fronte del referto dell'urinocoltura i sanitari non isolarono il paziente né lo monitorarono, ma lo sottoposero a manovre urologiche invasive agendo su una regione anatomica contaminata da *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi-produttrice e, quindi, a rischio di diffusione sistemica dell'infezione.

Secondo l'appellante la scelta dei medici di procrastinare la ripetizione dell'urinocoltura e di non attendere il referto dell'esame e la negativizzazione urinaria dando corso alla procedura chirurgica che ha causato la disseminazione sistemica dell'infezione nota ai sanitari non ha avuto efficacia concausale.

Già in sede di replica alle osservazioni di parte i consulenti d'ufficio hanno specificato che:

a. l'eventuale disfunzione miocardica sarebbe la sequela diretta del processo infettivo;
b. le indagini batteriologiche hanno continuativamente rivenuto il microrganismo responsabile dell'infezione sistemica con batteriemia massiva ripetuta, quale documentata dall'emocoltura del 20.12.2012 e dalla coltura del fluido ematico raccolto con il drenaggio perineale del 18.1.2013;
c. le urinocolture dell'11.1.2013 e del 2.3.2013 nonché le colture dell'escreato bronchiale in data 6.3.2013, 21.3.2013 e 3.4.2013 sono state positive (rel. c.t.u, p. 8).

Infine, pur dando atto del miglioramento clinico del paziente dal 19.1.2013 al [redacted] evincibile dal diario clinico, sottolineano che:

a. la tomografia assiale computerizzata del 28.2.2013 riferisce di un «*processo flogistico non completamente risolto*»;
b. sono persistiti gli episodi febbrili;
c. il quadro clinico stabilizzatosi è precipitato [redacted] e, nel giro di poche ore (rel. c.t.u., p. 14), lo *shock* settico ha causato il decesso.

L'appellante riconosce che il paziente presentava «*sepsi da KPC nel dicembre/gennaio come documentato da isolamenti e procalcitonina*» (doc. 3 app., p. 3) e l'affermazione è riscontrata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

dall'emocoltura del 20.12.2012 (cfr. rel. c.t.u., p. 7). Ritiene, però, che il paziente fosse guarito (ivi: «*ma da questi era guarito*»), riproponendo in merito le osservazioni alla consulenza d'ufficio per cui:

a. gli esami eseguiti sino al 31.12.2012 non indicavano sepsi batteriche, ma solo isolamenti batterici da colonizzazioni non infettive e la ricerca della *Klebsiella pneumoniae* eseguita con l'emocultura era negativa;
b. il 25.3.2013 il paziente non presentava focolai settici, come evincibile dalla scintigrafia con leucociti marcati;
c. il referto delle indagini batteriologiche sul prelievo del 12.4.2013 era negativo;
d. i broncoaspirati nelle ore successive al decesso, maggiormente compatibili con un edema polmonare anziché con secrezioni reattive ad infezione, e il tempo trascorso dalla diagnosi dell'urosepsi in data 20.12.2012 al decesso portano a individuarne la causa, di natura cardiogena, nell'evoluzione ingravescente di un quadro pluripatologico in progressivo deterioramento (ipertensione arteriosa, iperuricemia, insufficienza renale cronica, trombosi venosa profonda, epatite C);
e. nessun elemento consente di presumere che la colonizzazione del sistema urinario sia avvenuta nell'ambiente ospedaliero anziché al di fuori, mentre l'urinocoltura dell'1.8.2012 (successiva al primo ricovero) era negativa;
f. i marginali errori dei sanitari nella scelta dell'antibiotico possono solo aver diminuito marginalmente le *chance* di sopravvivenza del paziente.

Preliminarmente va puntualizzato che la contaminazione batterica non necessariamente evolve in infezione, potendo la virulenza dei microrganismi essere stemperata dalle difese dell'ospite; quando la reazione immunitaria arresta la moltiplicazione dei batteri si ha una mera colonizzazione. L'equilibrio, però, è reversibile e, se si inverte, si manifesta l'infezione, locale e/o sistemica.

L'appellante fonda la propria interpretazione del referto dell'urinocoltura del 17.12.2012 (colonizzazione batterica anziché infezione batterica):

a. sull'entità dei broncoaspirati;
b. sul referto della scintigrafia del 25.3.2013 («*CONCLUSIONI: non evidenza scintigrafica di processo settico a livello delle regioni anatomiche esaminate*»);

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

c. sul referto dell'emocoltura del 12.4.2013 («*A1246 – Batteri aerobi-anaerobi facoltativi nel sangue ricerca mediante esame colturale* […]*: NEGATIVO* […] *A1227 – Batteri anaerobi nel sangue ricerca mediante esame colturale* […]*: NEGATIVO*»).

2.1.

Ritenuto necessario un approfondimento istruttorio, ai consulenti d'ufficio è chiesto di chiarire:

a. qual è il termine, minimo, medio e massimo di incubazione dell'infezione batterica da *Klebsiella pneumoniae*;
b. se l'ureteroscopia con l'escissione e la diatermocoagulazione della lesione centimetrica, eseguita nel corso del secondo ricovero ospedaliero dal 17.9.2012 all'1.10.2012, costituisca rischio di fattore specifico dell'infezione contratta dal paziente e se incida sul tempo di incubazione dell'infezione;
c. quali dati clinici e diagnostici anteriori al decesso portino ad escludere una colonizzazione batterica in favore di una persistenza dell'infezione;
d. come si concili la ritenuta persistenza dell'infezione con i referti della scintigrafia con leucociti marcati del 25.3.2013, delle emocolture negative ripetute in data 2.1.2013, 13.1.2013, 14.1.2013, 2.2.2013, 5.2.2013, 20.2.2013 e 12.4.2013;
e. quale fosse in termini di durata (anni/mesi) la prognosi *quoad vitam* del paziente, ritenuta dai consulenti «*non infausta a breve*», in considerazione dell'età, del quadro pluripatologico e dell'anamnesi oncologica.

2.2.

Le articolate risposte del collegio peritale inducono la conferma delle conclusioni già raggiunte dal Tribunale.

2.2.1.

Secondo gli esperti il contagio è avvenuto, con elevata probabilità, nel corso del secondo ricovero ospedaliero dal 17.9.2012 all'1.10.2012 a causa delle manovre chirurgiche o delle successive medicazioni, atteso che:

a. l'ipotesi patogenetica è compatibile con il tempo trascorso dal contagio al rilievo urinocolturale, stimabile in trenta giorni, potendo l'incubazione essere particolarmente lenta;
b. le modalità di insorgenza sono tipiche di un'infezione nosocomiale (chiarimenti, p. 15: «*Oltre che le apparecchiature e le strumentazioni mediche contaminate (da carenza nelle procedure*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

di igienizzazione ospedaliera) e i derivanti del sangue ad uso terapeutico, il principale reservoir per la trasmissione di Klebsiella pneumoniae *in ambiente ospedaliero è rappresentato dal tratto gastrointestinale dei pazienti e dalle mani del personale sanitario (Montgomerie, J.Z. 1979. Epidemiology of Klebsiella and hospital-associated infections. Rev.Infect. Dis. 1: 736-753*»);

c. gli esami anteriori e intermedi non suggeriscono un'infezione né una colonizzazione di batteri *gram* negativi.

In ordine al terzo profilo osservano che:

a. l'urinocoltura dell'1.8.2012, eseguita nel pre-ricovero, rileva solo una contaminazione da flora batterica mista e non da *Klebsiella pneumoniae*;
b. dopo la nefrectomia (18.9.2012) e fino alle dimissioni il paziente non manifesta sintomi e gli esami ematochimici restituiscono valori nei limiti della norma ragion per cui, verosimilmente, non sono ricercati indici infiammatori sierici;
c. l'esame chimico-fisico delle urine e l'urinocoltura del 29.10.2012, propedeutici a un ulteriore ricovero per una rivalutazione endoscopia, rilevano una positività al batterio (< 100.000 ufc/ml), suggestiva di un'infezione (aspetto torbido pH acido, proteinuria elevata, nitrisi, globuli bianchi 2668, esterasi leucocitaria 500), non di una mera colonizzazione, tant'è che l'annotazione manuale nella cartella clinica del 6.11.2012 (p. 65: «*esame eseguito in corso di infezione delle vie urinarie/urinocoltura positiva*») associa l'aumento del marcatore prostatico all'infezione unitaria in corso.

In replica alle osservazioni di parte specificano che:

a. se nella flora batterica mista rilevata dall'urinocoltura dell'1.8.2012 fosse stata presente la *Klebsiella pneumoniae*, l'*alert* di germe sentinella avrebbe dovuto essere segnalato senza ritardo ai medici curanti e alla direzione sanitaria, in conformità alle raccomandazioni ufficiali della Regione Emilia Romagna *pro tempore* vigenti e presenti in atti, quindi, l'ipotesi è inverosimile;
b. l'anamnesi svolta dopo il terzo ricovero (cartella clinica, p. 5) riporta sindrome disurica e stranguria, ossia disturbi urinari;
c. un basso numeri di batteri in una sola unità volumetrica (< 100.000 UFC/ml) può indicare l'esordio del processo infettivo originato da microrganismi molto virulenti, la cui pericolosità prescinde dalla loro presenza percentuale;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

d. il contagio in ambiente comunitario richiede un contatto ripetuto tra un portatore intestinale del batterio o uno strumento da questi contaminato ed il paziente, quindi, può avvenire solo in caso di cure e/o medicazioni a domicilio, mai eccepite, per mano di un personale infermieristico particolarmente imprudente o imperito;
e. dall'1.6.2011 al 31.6.2012 gli isolamenti comunitari del batterio sono stati quasi nulli.

Attesi i rilievi che precedono, nell'ambito degli elementi di conferma (presenti) e delle cause alternative (assenti) disponibili nel caso di specie (CC SU 11.1.2008 n. 576; conf. *ex pluribus* CC L 3.1.2017 n. 47), l'origine nosocomiale dell'infezione appare l'ipotesi maggiormente probabile.

2.2.2.

I consulenti d'ufficio fondano la valutazione secondo cui al 17.12.2012 persisteva un'infezione massiva su diversi rilievi diagnostici. In particolare:

a. l'urinocoltura del 17.12.2012 indica un'elevata intensità microbica;
b. l'esame endoscopico del 19.12.2012 evidenzia una vescica flogistica con intensa flogosi reattiva perineatale e peritrigonale, aree flogistiche nel tratto lombare e giuntale nonché raccolte verosimilmente settiche in corrispondenza della pelvi e di un calice superiore;
c. l'emocoltura del 20.12.2012, la coltura della secrezione rettale del 21.12.2012 e la coltura dell'aspirato bronchiale del 27.12.2012 nonché l'urinocoltura dell'11.1.2013 e la coltura del fluido del drenaggio perirenale del 18.1.2013 rilevano positività alla *Klebsiella Pneumoniae* (KPC).

Il quadro clinico, quindi, era di un'infezione batterica massiva estesa a tutti i distretti corporei. Inoltre, il primo stadio della sepsi fu caratterizzato da uno gravissimo stato ipotensivo, una severa neutropenia e, dopo alcuni giorni, una gravissima insufficienza epatica con impronta colestatica, elementi univocamente indicativi di un coinvolgimento settico del sistema epatobiliare.

L'infezione è parzialmente contenuta dai sanitari con la somministrazione di una delle miglior combinazioni antibiotiche disponibili all'epoca (Tigeciclina, *Org_2* , Rifampicina e Colimicina), che ne arrestano la diffusione sistemica e ne riducono la concentrazione nelle vie escretrici, confinando i batteri in nicchie del corpo, ragion per cui le emocolture del 2, 13 e 14 gennaio 2013 sono negative, mentre la raccolta settica perirenale è positiva.

Questo precario equilibrio si protrae nel mese di febbraio con emocolture ripetutamente negative per la *Klebsiella Pneumoniae* (KPC), il riscontro della tomografia assiale del torace in data 28.2.2013 di un processo flogistico non completamente risolto ed esami ematici suggestivi

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

di un severo coinvolgimento epatico-colestatico, ma, come frequente all'epoca, la remissione senza eradicazione del batterio, ossia la sua replicazione contenuta, è seguita da una recrudescenza dell'infezione, quale comprovata dai ripetuti esami colturali dell'aspirato bronchiale (6.3.2013) e dell'escreato (21.3.2013 e 3.4.2013), che restituiscono un quadro di polmonite massiva tipica delle infezioni da *Klebsiella Pneumoniae* e costituente l'evento terminale.

I referti della scintigrafia con leucociti marcati del 5.3.2013 – proseguono i consulenti – non escludono la presenza di microrganismi in un organismo infetto, ma confermano solo l'efficacia temporanea della terapia farmacologia somministrata al paziente. L'esame, che si esegue marcando i globuli bianchi con un radiofarmaco, è diretto a localizzare la risposta immunitaria cellulare suggestiva dell'infezione; la sua negatività indica, quindi, che, nel momento in cui si esegue l'esame, non è in corso una risposta immunitaria cellulare attiva, non che l'infezione è stata eradicata.

2.3.

I consulenti d'ufficio hanno esaminato le comorbilità del paziente giungendo ad escluderne l'efficacia concasuale in rapporto al decesso, che già la scheda ospedaliera associa alla setticemia («shock *settico a partenza urinaria, insufficienza renale in mono-rene post-chirurgica, colangite ed insufficienza epatica, reinfezione respiratoria e recidiva sepsi da germe*»).

In proposito hanno rilevato che l'epatite cronica, correlata all'infezione da epatite C, non era evoluta in cirrosi epatica scompensata; quindi, lo stadio dell'epatopatia non era terminale. Inoltre, come si evince dall'esame istologico dei prelievi tissutali, la neoplasia non era recidivata; quindi, la valutazione dell'urinocoltura del 19.12.2012 avrebbe favorito, con l'ausilio specialistico, la programmazione di una terapia antibiotica adatta all'elevata farmacoresistenza dell'agente che avrebbe impedito la diffusione microbica settica e le sue sequele emodinamiche (rel. c.t.u., p. 16). Nello specifico, alla data della procedura chirurgica la prognosi *quoad vitam* del paziente nel breve periodo era favorevole, atteso che:

a. il tumore era multifocale (pelvi, uretere, rene), di basso grado e superficiale, poiché non esteso al connettivo subepiteliale, ma limitato in tutti i distretti allo strato epiteliale;
b. i linfonodi non erano coinvolti né era in atto un processo metastatico, ragion per cui l'esame istologico non indicava lo stadio della malignità secondo la scala TNM (*Tumour – Node –*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

Metastasis) che avrebbero dovuto essere «0» (tumore *in situ*), neppure essendo raggiunto il primo stadio della malattia oncologica.

Considerate, perciò, le ultime rilevazioni statistiche del SEER (*Survillance Epidemiology and End Results*) del *Organizzazione_3* in ordine alla curabilità del tumore del tratto genitourinario maschile al primo stadio (90-100% dei casi) e delle *chance* di sopravvivenza (cinque anni nel 63,9% dei casi o nel 70-72,3% dei casi per i tumori più superficiali), è maggiormente probabile (70%) che il paziente sarebbe vissuto ancora cinque anni.

Conclusivamente, il quadro pluripatologico non è antecedente causale del [redacted]

Per i su esposti motivi, la statuizione dell'*an debeatur* compiuta dal Tribunale va confermata.

3.

Il terzo motivo d'appello («*Erroneità ed ingiustizia della sentenza nella parte in cui valorizza economicamente i danni liquidati in favore dell'odierno appellato. Manifesta erroneità della sentenza n. 565/2021 del Tribunale di Parma in punto di "quantum debeatur": omessa valutazione delle diverse conseguenze derivanti dall'applicazione dei principi in tema di "causalità giuridica", da quelle relative alla c.d. "causalità materiale"*») è infondato.

Al suo esame deve anteporsi il rilievo per cui, nella citazione, l'appellante contesta il *quantum debeatur* solo sotto il profilo della causalità giuridica, mentre nelle note del 4.11.2021, sostitutive dell'udienza di comparizione e costituenti la prima difesa successiva all'appello incidentale, si limita ad eccepirne l'inammissibilità e l'infondatezza riservando di dedurre ulteriormente nel prosieguo («*Contesta tutto quanto eccepito, dedotto, prodotto e richiesto dal sig. [...] CP_1 in sede di comparsa di costituzione, evidenziando, in particolare l'inammissibilità e l'infondatezza in fatto ed in diritto dell'appello incidentale avverso volto all'aumento del danno* iure hereditatis *liquidato dal Giudice di prime cure, riservando al prosieguo del giudizio ogni migliore contestazione; insiste, dunque, per il rigetto dell'avverso appello incidentale*»).

Secondo il collegio peritale l'infezione nosocomiale ed il successivo errore medico sono stati la causa esclusiva del decesso del paziente, la cui pluripatologia, pur rendendolo fragile, non avrebbe potuto condurlo *illico et immediate* alla morte.

Ove il paziente deceduto a causa dell'errore medico soffrisse già un'invalidità, deve stabilirsi se lo stato antecedente sarebbe stato da solo sufficiente a causarne la morte in epoca susseguente e prossima: nel primo caso (invalidità inidonea a cagionare la morte del paziente in quel

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

momento) lo stato antecedente non può diminuire il danno risarcibile *iure proprio* ai congiunti, mentre può incidere sul danno risarcibile *iure successionis*, se vi è prova – assente nel caso di specie – che l'invalidità pregressa abbia concorso a cagionare la morte; nel secondo caso (invalidità da sola sufficiente a cagionare il decesso), il danno *iure proprio* del congiunto può diminuire in ragione del minor tempo in cui la parte avrebbe ancora potuto godere del rapporto con la persona prematuramente scomparsa (CC III 21.7.2011 n. 15991).

Il decesso anticipato del paziente è stato sequela diretta ed immediata (art. 1223 c.c.) dell'infezione e della procedura chirurgica (rel. c.t.u., p. 15: «*Il signor* *CP_1* *non presentava, all'epoca dei fatti, una recidiva di malattia (contrariamente a quanto sospettato dagli urologi curanti che, ragionevolmente, per questo motivo effettuarono la revisione chirurgica)*»), in cui assenza sarebbe vissuto perlomeno ulteriori cinque anni, ossia fino all'ottantasettesimo anno di età, conformemente ad una normale aspettativa di vita.

Nessuna delle poste risarcitorie è, quindi, passibile di riduzione.

Va infine osservato come il Tribunale abbia debitamente ponderato il dato anagrafico nella stima del danno da perdita del rapporto parentale escludendo la personalizzazione del «*valore monetario medio*» (€ 168.250,00) che esprime l'«*uniformità pecuniaria*» basilare del risarcimento (C. Cost. 14.7.1986 n. 184).

A riscontro della sua congruità è sufficiente il rilievo per cui l'applicazione dei parametri della versione aggiornata della Tabella (2022), che l'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano ha licenziato per adattarla ai principi *medio tempore* enunciati dalla giurisprudenza (CC III 21.4.2021 n. 10579; CC III 29.9.2021 n. 26300; CC VI-3 23.6.2022 n. 20292) porterebbe a conclusioni identiche. In particolare, al momento del [redacted] *Persona_1* [redacted] aveva ottantadue anni (otto punti), mentre *Controparte_1* [redacted] ne aveva quarantotto (venti punti); i congiunti non coabitavano (zero punti) e l'appellato ha conservato la madre ed il fratello (dodici punti).

Il quinto moltiplicatore, legato alla qualità e all'intensità del legame familiare sotto il profilo interiore ed esteriore del danno (cfr. CC III 28.9.2018 n. 23469; CC III 11.11.2019 n. 28989), non potrebbe essere inferiore a dieci punti su trenta già solo considerando che il ricovero ospedaliero si è protratto per mesi e che sin da giovane *Controparte_1* ha condiviso con il padre l'esperienza professionale fino a proseguirne l'impresa agricola e ciò, oltre ad averne rafforzato

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

l'affiatamento, fa presumere la particolare intensità della frequentazione e dei contatti nonché, quindi, il dolore per la loro interruzione.

Il credito sarebbe pari ad € 168.250,00 (trentasei punti: € 3.365,00 × 50). Ne discende, perciò, l'infondatezza del motivo d'appello.

4.

L'appello incidentale non può essere accolto.

4.1.

La comparsa di costituzione e risposta è stata depositata il 20.10.2021, entro il ventesimo giorno antecedente all'udienza di comparizione, differita *ex* art. 168 *bis*[5] c.p.c. al 9.11.2021, quindi va disattesa l'eccezione della sua inammissibilità (art. 343 c.p.c.).

4.2.

Il primo motivo d'appello incidentale è inammissibile per carenza di interesse (art. 100 c.p.c.) nella parte in cui *Controparte_1* si duole della condanna in suo favore per l'intero del danno risarcibile *iure successionis* anziché nei limiti della quota ereditaria né l'appello della struttura, volto a contestarne lo stato di erede, consente di rivalutare questo diverso profilo.

4.3.

L'ulteriore censura è infondata.

Il Tribunale quantifica il danno terminale in modo unitario (biologico da inabilità assoluta e morale) considerando per ciascun giorno di inabilità temporanea (novanta) un unico valore di € 99,00 e incrementando l'importo finale della metà per un totale di € 13.369,50 (sentenza, p. 6: «*Per quanto riguarda il danno biologico e morale terminale, quest'ultimo sicuramente dovuto in considerazione della indiscutibile gravità del fatto, che ha condotto il danneggiato al decesso dopo un periodo di malattia durato tre mesi, si ritiene doveroso applicare l'importo massimo previsto per l'inabilità assoluta (euro 99,00) e riconoscere, su di esso, l'aumento nella misura massima consentita (50%). Spetta, pertanto, all'attore, in qualità di erede del* de cuius*, l'importo complessivo attualizzato di euro 13.369,50*»).

Secondo *Controparte_1* il giudice, pur richiamando la Tabelle dell'Osservatorio per la giustizia Civile del Tribunale di Milano (2021), ne disattende i parametri. Secondo l' *[...] Parte_1*, invece, ha correttamente limitato il danno *iure proprio* al danno biologico e morale da inabilità temporanea, personalizzandolo.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

Il rilievo dell'appellante è fondato, poiché il Tribunale non afferma la «*lucidità agonica*» del paziente (CC VI-3 17.9.2019 n. 23153) né determina l'equivalente monetario di un danno catastrofale, «*accessorio della devastazione biologica*» (CC VI-3 17.9.2019 n. 23153), ulteriore e diverso dalla sofferenza correlata alla menomazione.

La valutazione compiuta dal Tribunale è corretta: i ricoveri nel semestre anteriore si erano conclusi positivamente e le comorbidità del paziente, note da tempo, erano monitorate e invariate; lo stato di lucidità e coscienza delle proprie condizioni, se comporta un'angoscia e un dolore per l'incertezza sulle cause della degenza ospedaliera, indubbiamente acuiti dall'età, ma già compensati dal risarcimento personalizzato della sofferenza correlata alla menomazione, non necessariamente implica la consapevolezza dell'approssimarsi della fine, che è affermata dal congiunto senza specificazioni, assertive e/o probatorie, di elementi da cui inferirla, come parole o gesti dell'anziano nel corso del ricovero. Ne discende la conferma della sentenza *in parte qua*.

5.

Il quarto motivo d'appello («*nullità, erroneità e ingiustizia della sentenza resa, nella parte in cui il Tribunale di Parma ha condannato l'* *Pt_1* *Parte_1* *a rifondere al sig.* *Controparte_1* *le spese di lite (spese di ctu, spese di ctp, spese per la mediazione obbligatoria e spese processuali)*») è infondato.

L'accertamento di un credito inferiore al valore della domanda non comporta una soccombenza reciproca e può indurre la compensazione totale o parziale delle spese processuali in presenza delle ulteriori condizioni di cui all'art. 92^2 c.p.c. (CC SU 31.10.2022 n. 32061), nel caso di specie assenti. Inoltre, il Tribunale ha individuato quale valore reale della controversia rilevante ai fini delle spese processuali il credito accertato, applicando correttamente l'art. 5^1 D.M. 10.3.2014 n. 55 («*Nei giudizi per pagamento di somme o liquidazione di danni, si ha riguardo di norma alla somma attribuita alla parte vincitrice piuttosto che a quella domandata*»), *pro tempore* vigente (cfr. CC SU 12.10.2012 n. 17406).

6.

Attesa la soccombenza prevalente dell'appellante, le spese processuali dell'appello sono compensate in ragione di un quinto e regolate secondo i parametri del D.M. 10.3.2014 n. 55 considerando il valore della controversia, le fasi processuali svolte e le prestazioni difensive rese.

Deve infine darsi della reiezione degli appelli ai fini di cui all'art. $13^{1\ quater}$ d.p.r. 30.5.2002 n. 115.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099

P.Q.M.

La Corte, definitivamente pronunciando sull'appello dell' *Parte_1* *[...]* e sull'appello incidentale di *Controparte_1* avverso la sentenza del Tribunale di Parma 25.3.2021 n. 565:

1- rigetta l'appello e la domanda restitutoria dell' *Parte_1* ;
2- rigetta l'appello incidentale e conferma la sentenza;
3- dichiara compensate le spese processuali dell'appello in ragione di un quinto e condanna l' *Parte_1* al pagamento in favore di *Controparte_1* della loro quota residua, liquidandole per l'intero in € 355,50 per esborsi, € 9.500,00 per compensi, oltre spese forfettarie (quindici per cento dei compensi) e accessori;
4- dà atto della completa reiezione dell'appello e dell'appello incidentale ai fini di cui all'art. 13[1] *quater* d.p.r. 30.5.2002 n. 115.

Deciso in Bologna nella camera di consiglio del 5 marzo 2024

Il Consigliere relatore ed estensore
Martina Grandi

Il Presidente
Maria Cristina Salvadori

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-099