IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI ROMA

TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

in persona del dott. Alberto Cisterna ha emesso la seguente

SENTENZA

nel giudizio di primo grado iscritto al n. 8924/2020 del RGAC.

TRA

Parte_1 (c.f. *C.F._1*), rappresentato e difeso dall'avvocato [redacted]

ATTORE

E

Controparte_1 (c.f. *P.IVA_1*), in persona legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dagli avvocati [redacted] e [redacted]

CONVENUTA

oggetto: responsabilità professionale sanitaria

conclusioni

per parte attrice: «*Voglia l'Ill.mo Giudice adito, contrariis reiectis, in accoglimento della domanda attrice: - accertare e dichiarare la esclusiva responsabilità dell'* *Controparte_2* *, in persona del legale rappresentante pro tempore, nella causazione di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, subiti e subendi dal sig.* *Parte_1* *a causa*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

della condotta inadempiente e/o colpevole tenuta dal personale sanitario in occasione dei trattamenti eseguiti sul medesimo a partire dal ricovero del 07.12.2010; - per l'effetto condannare l' Controparte_2 *[...], in persona del legale rappresentante pro tempore al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, subiti e subendi dall'attore nella misura che verrà provata in corso di causa e ritenuta di giustizia, oltre interessi legali, con tasso maggiorato a decorrere dalla domanda giudiziale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1284, comma 4, c.c. e rivalutazione monetaria sino al soddisfo. Con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio da distrarsi in favore dell'avv.* [redacted] *che si dichiarano antistatario*»;

per parte convenuta: «*In via principale e nel merito: - dichiarare inammissibile e, comunque nel merito radicalmente infondate le domande risarcitorie a vario titolo avanzate dal sig.* Parte_1 *in danno dell'* [...] Controparte_2 *, in omaggio al recente principio sancito dai supremi Giudici della Suprema Corte di Cassazione (sentenza n. 20812/2018) secondo cui "nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento (onere che va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno), con la conseguenza che, se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata", essendo stata causata l'infezione contratta dal sig.* Parte_1 *dalle patologie e comorbilità di cui era portatore sin dal primo ingresso del paziente presso la resistente struttura nosocomiale. Con vittoria in ogni caso delle spese del giudizio conformemente ai parametri massimi prescritti dal D.M. n. 37/2018*».

FATTI DI CAUSA E MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Con atto di citazione, regolarmente notificato, il sig. Parte_1 esponeva quanto segue: che in data 7.12.2010 era stato trasportato presso

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

il Pronto Soccorso dell' *Controparte_2* di *CP_2* a causa della comparsa di dispnea ingravescente da circa 10 giorni, con diagnosi di extrasistolia ventricolare e dilatazioni cardiache; che, dopo le prime cure, si era verificato un arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare ed era stato trasferito presso il reparto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, ove il 22.12.2010 era stato sottoposto ad impianto di ICD sistema totale, senza apparenti complicanze; che, in data 30.12.2010, era stato trasferito presso l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, per poi tornare, in data 05.01.2011, nuovamente presso la *Controparte_3* sino alla dimissione; che, nel corso della degenza, in data 14.12.2010, da aspirato bronchiale era stato isolato un ceppo di Klebsiella pneumoniae con antibiogramma compatibile con produzione di carbapenemasi; che, in data 21.12.2010, un ceppo simile era stato isolato dalla punta del catetere vescicale; che, in data 28.12.2010, erano state eseguite emocolture ed un'urinocoltura e da entrambe era stata isolata Klebsiella pneumoniae con antibiogramma compatibile con produzione di carbapenemasi; che una delle emocolture, quella eseguita sul catetere venoso centrale, era risultata positiva anche per Enterococcus faecalis sensibile ad ampicillina e vancomicina; che erano stati eseguiti, inoltre, tamponi di sorveglianza, faringeo, inguinale, ascellare e nasale, per la ricerca dei batteri resistenti agli antibiotici che erano risultati anch'essi positivi per Klebsiella pneumoniae con antibiogramma compatibile con produzione di carbapenemasi; che, in data 4.1.2011, era stata iniziata una terapia antibiotica con tigeciclina, ampicillina e gentamicina; che, in data 15.1.2011, erano state ripetute emocolture che risultavano negative ed un'urinocoltura che risultava ancora positiva per Klebsiella pneumoniae con antibiogramma compatibile con produzione di carbapenemasi, per la quale continuava terapia antibiotica con tigeciclina e fosfomicina; che, in data 22.2.2011, era stata eseguita un'ultima urinocoltura che risultava contaminata da flora microbica mista e quindi non valutabile (cfr. doc 1); che, dopo il ricovero presso l' *Controparte_2* e le degenze riabilitative presso la *Organizzazione_1*, dal 4.3.2011 al 18.3.2011 e presso l' *Controparte_4*, dal 18.3.2011 al

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

17.5.2011, esso attore era stato gestito a domicilio, salvo un breve ricovero dal 30.8.2011 al 9.9.2011 presso l' *Org_2* per uno scompenso cardiocircolatorio regredito dopo terapia medica; che, in data 12.12.2016, per comparsa di febbre ed ematuria, si era recato presso l' *Org_2* ed il giorno seguente, presso il Pronto Soccorso del *Organizzazione_3* ove era stato ricoverato con diagnosi di "UTI", infezione del tratto urinario; che, una prima urinocoltura effettuata presso l' *Org_2* in data 12.12.2016, era risultata positiva per Klebsiella pneumoniae ESBL positiva, mentre una seconda urinocoltura ripetuta presso il *Org_3* *[...]* aveva confermatto la positività per Klebsiella pneuomniae, con positività del test di Hodge per la presenza di carbapenemasi; che, in data 22.12.2016, era stato dimesso con diagnosi di "infezione urinaria" per Klebsiella; che dalla dimissione esso attore aveva continuato a presentare infezioni urinarie ricorrenti da un ceppo simile di Klebsiella pneuomoniae con antibiogramma compatibile con ceppo produttore di *Org_4* che risultano evidenti profili di responsabilità della *[...]* *Controparte_2* per l'infezione da Klebsiella pneuomoniae, di chiara origine nosocomiale che aveva colonizzato il paziente determinando, anche a distanza di tempo, il manifestarsi di infezioni recidivanti bisognose di terapie specifiche.

2. Tanto premesso parte attrice rassegnava le conclusioni di cui in epigrafe.

3. Si costituiva in giudizio l' *Controparte_2* *[...]* la quale deduceva: l'assenza di responsabilità professionale medica nella condotta professionale dei medici e del personale paramedico che aveva approntato le cure di cui era risultato bisognoso il paziente essendosi rivelati corretti e scrupolosi sia i trattamenti sanitari praticati, sia l'assistenza serbata, nonché per le condizioni igieniche di assoluta sterilità dell'ambiente nosocomiale in cui il paziente aveva soggiornato; che il paziente *Parte_1* era stato ricoverato presso la struttura nosocomiale dal 7.12.2010 al 4.3.2011; che, in data 21.12.2010 era stato eseguito esame della punta del catetere risultato positivo per

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

Klebsielia Pneumaniae (MDR) e vi era un referto su *Persona_1* con risultato 1,00ng/ml, che rappresenta un «*Rischio moderato di progressione verso infezione sistemica*»; che, in data 4.1.2011 il paziente era stato sottoposto a consulenza infettivologica che consigliava terapia con Tigeciclina 100mg x 2 e.v., Ampicillina 2 gr. x 6 e.v., Gentamicina 100 mg e.v., Monuril 3 gr. die x 6 giorni e, nella stessa giornata, era stato eseguito un esame delle urine risultato positivo per Klebsiella Pneumoniae (MDR); che dalla documentazione sanitaria inerente le prove biologiche ambientali, le prove del particolato aria e le prove su autoclavi, apparecchiature di sterilizzazione in uso presso il Blocco Operatorio *Org_5* dove era stato sterilizzato lo strumentario impiegato nel corso dell'intervento chirurgico di ICD del 22.12.2010 emergeva il corretto rispetto delle procedure di sanificazione; che, parimenti, doveva dirsi quanto alle misure adottate dalla direzione sanitaria aziendale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza riferita all'anno 2010, il tutto nel rigoroso rispetto della normativa UNI EN ISO 14644-1 e 14644-2:2000, e delle linee guide ISPESL (Istituto Sicurezza e Prevenzione Sanitaria lavoro) 2009; che ciò consentiva di affermare come fosse più probabile che non che la causa dell'infezione lamentata fosse da attribuirsi a una batteriemia secondaria correlata al sensibile abbassamento delle difese immunitarie sul cui determinismo aveva inciso causalmente ed in modo decisivo lo stato di salute compromesso di cui il paziente era portatore.

4. All'udienza del 28.1.2021 era disposta consulenza tecnica collegiale con la nomina di un medico legale, di un infettivologo e di uno specialista di igiene e medicina preventiva, integrata alla data dell'1.12.2021 con la risposta ai chiarimenti richiesti dal giudice procedente. Era formulata proposta conciliativa ex art. 185-bis Cpc che non era accettata da parte attrice. All'udienza del 3.5.2023 la controversia era trattenuta in decisione con concessione dei termini di cui all'art. 190 Cpc.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

5. La domanda è fondata solo parzialmente e, pertanto, deve essere accolta nei limiti di cui alla presente motivazione.

1. In primo luogo, il decidente non può non rilevare il perfetto allineamento dei Ctu nominati alle prescrizioni di cui all'art.15 della legge 24 del 2017, tutti ampiamente titolati e con un numero considerevole di incarichi peritali presso il Tribunale di Roma. L'aver il legislatore imposto la selezione dei Ctu nel novero di coloro che «*abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento*» e di tener in conto «*l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati*» impone, quindi, massima attenzione alla qualità degli apporti tecnico-scientifici riversati al processo e al controllo della congruenza logica delle valutazioni espresse. Il decidente stima inoppugnabili e del tutto condivisibili le considerazioni rese in atti dai Ctu che resistono ampiamente alle osservazioni rese da parte attrice di natura meramente oppositiva (Cassazione n. 9612 del 24/3/2022) ossia non implicanti un ragionamento autosufficiente alternativo e contrapposto a quello dei consulenti tecnici d'ufficio.

6. Lo snodo centrale della controversia può essere enunciato in termini sufficientemente semplici: si tratta di stabilire se l'infezione, di natura sicuramente nosocomiale, contratta dall'attore al momento del ricovero presso la *CP_5* convenuta abbia potuto o meno concretizzare quel rischio di latente insorgenza che, a ben considerare, era stato formulato in data 21.12.2010 quando era stato eseguito l'esame della punta del catetere innestato sul paziente risultato positivo per Klebsielia Pneumaniae (MDR) che aveva restituito un referto su *Persona_1* con risultato 1,00ng/ml che rappresenta, per ammissione della stessa Azienda ospedaliera, un «*rischio moderato di progressione verso infezione sistemica*». Ritiene il decidente che la vicenda debba essere allineata secondo questa traiettoria, avendo cura di verificare a) se gli ulteriori ricoveri subiti dal sig. *Parte_1* dopo le dimissioni possano avere avuto un contributo causale innescando un batterio diverso da quello isolato nel 2010/2011 e/o b) se le condizioni di salute particolarmente compromesse del paziente stesso

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

abbiano avuto un rilievo esclusivo per la "slatentizzazione" dell'infezione ove divenuta effettivamente sistemica.

7. Il tema, ampiamente argomentato dall'Azienda ospedaliera e, comunque, approfondito in sede di consulenza tecnica, della regolare o meno osservanza dei protocolli di sanificazione per il contrasto alle ICA assume, in questo ordine, un rilievo secondario e vicario poiché si tratterebbe – una volta accertato il nesso causale tra infezione e lesioni – di stabilire se l'insorgenza della prima sia o meno da ricondurre a responsabilità della struttura secondo il protocollo di identificazione delle condotte esigibili di cui alla sentenza n. 6386/2023.

8. Per evidenti ragioni di sintesi espositiva non può che rinviarsi, quanto alla descrizione della natura e degli effetti del batterio contratto dal paziente presso il CP_2 alla relazione peritale (pag. 20 ss.) e alla sua comparazione con quello individuato sei anni dopo quel primo fatto infettivo. Quel che rileva è che il Collegio abbia annotato in modo del tutto persuasivo che «*Le allegazioni attoree (contrazione della Klebsiella pneumoniae KPC in occasione del ricovero del dicembre 2010 – febbraio 2011) vanno confrontate con i seguenti fatti certi: - 16.02.2011 Rimosso il catetere vescicale al S CP_2 . - 22.02.2011 Urinocoltura con sviluppo di flora microbica mista. - Reinserimento del catetere vescicale DOPO la dimissione dal* [redacted] *in altra struttura ospedaliera non precisata. - 12.12.2016, quindi DOPO quasi sei anni, urinocoltura effettuata presso l' Org_2 con isolamento di una Klebsiella pn, con sensibilità diversa da quella isolata al S. CP_2 , quindi NON KPC. Dimostrazione della presenza di calcolosi urinaria, quindi di una ulteriore condizione predisponente le infezioni urinarie recidivanti. - Dicembre 2016: in occasione di ricovero presso il Organizzazione_6 una urinocoltura risulta negativa. In assenza di antibiogramma i sanitari prescrivono Org_7 , farmaco al quale la Klebsiella pn KPC (isolata al Per_2) era resistente. Tutto quanto sopra esposto ci sembra sufficiente per escludere una continuità tra il germe Klebsiella pn isolato più volte al S. CP_2 nel dicembre 2010/marzo 2011, e quello isolato nel 2016/2018»* (pag. 28). Si badi bene è incontestato che nel 2010 il sig. Parte_1 abbia contratto un'infezione nosocomiale,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

comunque correlata all'assistenza sanitaria praticata presso l'Azienda sanitaria, e la consulenza d'ufficio ovviamente muove da tale dato incontestabile: «*Dall'analisi della documentazione sanitaria relativa alla vicenda clinica del Sig.* Parte_1 *emerge come nel corso del ricovero presso l'* Organizzazione_8 *del 2010 lo stesso abbia contratto un'infezione da Klebsiella pneumoniae KPC. Il primo isolamento di Klebsiella pneumoniae con antibiogramma compatibile con produzione di carbapenemasi risale, infatti, al 14.12.2010, ossia 7 giorni dopo il ricovero e durante la degenza nel reparto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica dell'* Org_8 Controparte_2 (pag. 28-29) in piena consonanza con il criterio cronologico che permette la qualificazione dell'infezione quale ospedaliera (pag. 29).

9. L'esposizione dei Ctu, a questo riguardo, conferma la circostanza che la contrazione dell'infezione sia da imputare alla Struttura (pag. 19: «*non appare dimostrata una effettiva applicazione delle disposizioni emanate ne' effettivi controlli sui comportamenti degli operatori sanitari, necessari sulla scorta delle disposizioni e degli studi esposti sopra. La documentazione depositata, infatti, non riporta meccanismi di verifica e controllo per gli operatori sanitari, ne' ci sono conferme sulla concreta applicazione di quanto stabilito a seguito della segnalazione di infezione da Klebsiella del 14/2/2010*»; pag. 29: « *L'infezione in questione si è manifestata precocemente durante il ricovero ed è stata adeguatamente trattata per cui, oltre alle delineate carenze sotto il profilo della prevenzione, del monitoraggio e della gestione del rischio infettivologico, dalla disamina della vicenda clinica non emergono ulteriori criticità sotto il profilo clinicoassistenziale e terapeutico*» e, oltre, «*alla luce degli approfondimenti specialistici effettuati e collegialmente condotti è possibile affermare che l'infezione da Klebsiella pneumoniae KPC sia di origine nosocomiale e come tale ascrivibile in termini di responsabilità alla struttura ospedaliera convenuta, la quale non risulta aver sufficientemente dimostrato l'effettiva applicazione delle disposizioni ed attuazione dei controlli ai fini della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, con riferimento all'epoca dei fatti per cui è causa*»), ma non è questo – come detto – il tema della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

controversia, giacché si tratta di tracciare una linea di continuità eziologica tra la contrazione dell'infezione in quella struttura e l'insorgenza di una virulenza batterica sei anni dopo che presuppone una latenza infettiva monocasuale.

10. A questa prima condotta colpevole della convenuta, la relazione associa «*secondo un criterio di plausibilità clinico-biologica e sempre con riferimento alla documentazione prodotta, un periodo di invalidità temporanea assoluta pari a giorni 30 (trenta), con successivi giorni 30 (trenta) di invalidità temporanea parziale al 75%, intesi quali danno biologico temporaneo causalmente correlabile all'infezione nosocomiale»* (pag. 30) contratta presso la struttura.

11. In questa prima fase, quindi, le conclusioni medico-legali e specialistiche sono ragionevolmente allineate nel senso di prefigurare una responsabilità dell'Azienda ospedaliera quanto all'avvenuta contrazione dell'infezione nel corso del ricovero («*Sulla base dei dati fattuali e documentali esaminati, è possibile perimetrare temporalmente la circostanza dell'avvenuta infezione entro il periodo di degenza presso il reparto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica dell' Organizzazione_8 relativamente al ricovero decorso dal 7.12.2010 al 4.03.2011*» che sarebbe stata, poi, efficacemente contrastata e, si vedrà, risolta (pag. 33).

12. Quanto, invece, alla principale delle postulazioni di parte attrice, annotano i Ctu: «*Non sussiste, invece, una continuità clinico-fenomenologica tra l'infezione nosocomiale contratta nel dicembre 2010 e quella riscontrata a distanza di circa 6 anni presso l' Org_2* ***(12.12.2016),*** *in considerazione del lungo intervallo di tempo trascorso e dell'isolamento di un germe, con caratteristiche fenotipiche diverse rispetto a quello identificato presso il " Organizzazione_8 (Klebsiella pn NON KPC). Occorre considerare, inoltre, la condizione di particolare predisposizione ad infezioni del tratto urinario presente nel paziente in relazione al successivo riscontro di calcolosi renale ed alla necessità di riposizionamento di catetere vescicale. Ne consegue che i ripetuti episodi infettivi del tratto urinario manifestatisi a decorrere dal 2016 non*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

siano correlabili nessologicamente alla remota infezione da Klebsiella del 2010, ma siano - invero - assai più probabilmente la conseguenza di una particolare condizione meiopragica nefro-urologica, associata all'utilizzo di catetere vescicale a permanenza ed alla presenza di calcolosi renale. Non si riconoscono, pertanto, postumi di carattere permanente in derivazione causale con l'infezione nosocomiale contratta nel corso del ricovero del dicembre 2010-marzo 2011» (pag. 31).

13. Il dato appare scientificamente insuperabile: la difformità delle caratteristiche fenotipiche dei germi isolati esclude che possa attribuirsi a responsabilità della struttura l'entità delle lesioni e dei postumi lamentati dall'attore.

14. La risposta approntata dai Ctu alle osservazioni di parte attrice e di parte convenuta appare, a sua volta, corretta soprattutto se integrata con i chiarimenti richiesti e di cui al supplemento di relazione depositato il 1.12.2021. Innanzitutto è congrua, rispetto alle obiezioni di parte convenuta, la valutazione dell'ITA e dell'ITP proveniente dai consulenti d'ufficio in relazione al prolungamento del ricovero del paziente e alle conseguenza, quindi, invalidanti dell'infezione; con la puntualizzazione che «*ai fini del computo del maggior danno temporaneo, si debba considerare in questa sede solo il prolungamento della durata complessiva della malattia e della successiva convalescenza, considerando che le sequele dell'arresto cardiaco verificatosi in data 07/12/2010 avrebbero comunque richiesto una degenza piuttosto prolungata. Di qui il riconoscimento nella CTU del maggior danno temporaneo nella quota attendibilmente ascrivibile all'infezione nosocomiale, estrapolata secondo un criterio di plausibilità clinico-biologica e fondatezza scientifica da un periodo di malattia per altra coesistente patologia, non attinente direttamente ai fatti per cui è causa»* (pag. 38). Quanto alle contestazioni di parte attrice la relazione ha ribadito, restando priva di adeguata confutazione, che «*Dopo quasi sei anni, in data 12.12.2016 il paziente è cateterizzato (vd. la risposta della TAC) ed all'* Org_2 *fa una urinocoltura, risultata positiva per un germe che è diverso per sensibilità agli antibiotici da quello più volte isolato al* [redacted] *è sensibile ai carbapenemi*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

(imipenem e meropenem) quindi è una Klebsiella pn , ma NON è una KPC. NON riveste particolare importanza precisare se tale infezione sia stata preceduta da una analoga un anno prima; la sostanza è che il paziente, portatore di CV a permanenza poco dopo la dimissione dal [redacted] *dopo 6 anni (oppure 5 anni, fa lo stesso) è portatore di CV a permanenza e con una dimostrata infezione urinaria da Klebsiella pn, diversa da quella isolata al S.* CP_2 *. Le considerazioni a), b) e c) riportate a pag. 2 delle osservazioni critiche sono TUTTE riferite e prive di comprovanti elementi documentali*» (pag. 41). In sintesi: «*Riportandoci ai fatti, in data 12.12.2016 il paziente, a differenza della situazione in dimissione dal* [redacted] *è: - Portatore di catetere vescicale. - Infetto da un germe diverso nella sensibilità agli antibiotici rispetto a quello isolato al* [redacted] *- Portatore di calcolosi multipla urinaria. In sostanza la situazione è totalmente diversa da quella di 6 (oppure 5) anni prima, in occasione della dimissione dal* Per_2 *. L'urinocoltura effettuata il 15.06.2015 al* Organizzazione_3 *NON è positiva: una carica batterica in urinocoltura di 1.000 ufc/ml è considerata negativa 18,19,20,21,22 ed è questo il motivo della mancanza di un antibiogramma*» (pag. 41).

15. La tesi, quindi, dei Ctu è che tutti gli elementi a disposizione che indicano una discontinuità fenomenologica, eziologia e fattuale, tra l'infezione nosocomiale contratta al S. CP_2 nell'anno 2011, e quella successiva del 2016 (o 2015) (pag. 42).

16. Ciò malgrado, a fronte di talune ulteriori osservazioni di parte attrice, il giudice procedente ha ritenuto necessario conseguire chiarimenti da parte del Collegio peritale in ordine a due specifici punti: «*a) se corrisponde al vero che dalla cartella clinica di Pronto Soccorso del Policlinico* Org_3 *del 14.12.2016 risulti l'uso notturno di urocondom e che questa circostanza consentirebbe «di escludere con assoluta certezza proprio la presenza di un catetere a permanenza (cfr. doc. 5 allegato citazione, pagg. 21 e 26 della cartella clinica)»; b) se possa avere o meno una qualche incidenza e sulla scorta di quali elementi si possa affermare o meno la circostanza dedotta da parte attrice che «la Klebsiella pn. Positiva al test di Hodge riscontrata in data 15.12.2016 … sia certamente lo stesso tipo di microrganismo riscontrato 6*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

anni prima». A questi ulteriori indicazioni il supplemento del 1.12.2021 reca compiuta e convincente risposta: «*Nella documentazione sanitaria ritualmente depositata manca la copia del verbale di P.S. relativa all'accesso presso l'* Org_2 *del giorno 11.12.2016 e fino al 12.12.2016. Tale verbale (non è chiaro se per intero o solo una parte) è contenuto in copia nella cartella clinica successiva, relativa al ricovero presso il* [redacted] *dal 14.12 al 22.12.2016. Le notizie di seguito riportate sono desunte quindi dalla lettura della cartella* [redacted] *del Policlinico* Org_3 *e trascritte in ordine di data, NON nell'ordine nel quale compaiono nella citata cartella clinica»* (pag. 2) quindi dopo un'analitica, minuziosa e inconfutabile disamina della documentazione in atti si precisa: «*Si deduce che, senza ombra di dubbio, il paziente il giorno 11 e 12.12.2016, al momento dell'accesso al P.S. dell'* Org_2 *[...] era portatore di catetere vescicale (CV). Questo dato risulta dal referto della uro-TAC e dalla necessità di un medico specialista urologo al fine di riposizionarlo*» (pag. 4) e si afferma: «*Se ne deduce che con certezza il paziente alla data del 15.12.2016 era portatore di catetere vescicale, NON di urocondom. Stessa situazione al momento della seconda consulenza infettivologica, la cui data non è ben leggibile. In data 22.12.2016 il paziente è stato dimesso in dimissione protetta, con appuntamento per il successivo giorno 29.12.2016 per eseguire esami ematochimici ed urinocoltura. NON è chiaro se, alla dimissione e successivamente al domicilio, il paziente fosse portatore di CV o di urocondom***»** (pag. 11).

17. In conclusione, quindi, su entrambi i profili di approfondimento medico-legale i Ctu hanno fornito risposte del tutto univoche e condivisibili ossia: «*L'esame della cartella clinica del* Organizzazione_3 *(accesso al P.S. del 13.12.2016, ricovero del 14.12.2016, dimissione del 22.12.20169) permette di stabilire con certezza documentale che il paziente era portatore di catetere vescicale a permanenza (quindi NON urocondom) alla data dell'11.12.2016 e dopo il 15.12.2016: l'utilizzo di urocondom è riportato nel verbale di P.S. alla voce anamnesi, mentre appena sopra alla voce note si parla di CV (catetere vescicale). In sostanza l'utilizzo notturno dell'urocondom è una circostanza riferita (verosimilmente dai familiari) e NON oggettiva, come invece*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

la presenza di CV dall'11.12 almeno fino al 15.12 ed anche dopo. Nulla è dato sapere circa l'utilizzo di urocondom al momento della dimissione del 22.12.2016 e della urinocoltura successiva del 02.01.2017. b) CP_6 *pn. isolata alla urinocoltura in data 15.12.2016 (prelievo del 12.12.2016) all'* Org_2 *risulta essere un germe ESBL (extended spectrum beta-lattamasi) cioè ad elevata produzione di beta-lattamasi, le quali inattivano le penicilline e molte cefalosporine (quindi resistente alle cefalosporine di III generazione): NON risulta produttrice di inattivatori degli antibiotici carbapenemici (Imipenem e Meropenem), ai quali era sensibile, così come era sensibile al cefepime, cefalosporina di IV generazione. La Klebsiella pn. più volte isolata 6 anni prima al* [redacted] *era invece sempre resistente a tutti gli antibiotici testati, quindi definibile come KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemasi produttrice). Si tratta quindi di due germi appartenenti allo stesso genere e specie (genere Klebsiella, specie pneumoniae), ma NON identici, in quanto il primo estremamente resistente agli antibiotici, a differenza del secondo: quanto afferma parte attrice equivale a sostenere, ci si passi il paragone, che tutti gli Homo sapiens (genere + specie) di nome* Persona_3 *sono identici. Il livello di resistenza agli antibiotici nello stesso ceppo batterico con il tempo può aumentare, ma mai diminuire come nel caso di specie: questa circostanza permette di affermate che si tratti di germi analoghi (genere e specie), ma appartenenti a due ceppi batterici diversi»* (pag. 11).

18. Quanto alla liquidazione del danno, in mancanza di postumi permanenti la cui graduazione consentirebbe di fare applicazione dei parametri *pro die* tabellari (ossia euro 110.60 giornalieri per ITA), si deve procedere con l'applicazione delle tabelle di cui al D.M. 08/06/2022 pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 144 del 22/06/2022 che prevedono, per l'ITA, un'indennità giornaliera pari a euro € 50,79: invalidità temporanea totale € 1.523,70; invalidità temporanea parziale al 75% € 1.142,78; totale danno biologico temporaneo€ 2.666,48; cui deve aggiungersi a titolo di danno morale soggettivo per i patemi e le sofferenze conseguenti al prolungato ricovero un importo pari al 20% (€ 533,30) per un importo complessivo di € 3.199,78 (3.200.00). L'esiguità dell'importo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

esclude l'applicazione della procedura di devalutazione per il calcolo del danno emergente da ritardato pagamento, essendo ragionevole presumere che la somma sarebbe stata immediatamente destinata al consumo individuale e non investita finanziariamente.

19. Quanto alla condanna per le spese di lite, si deve ricordate che «*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.*» (Cassazione sez. un. sentenza n. 32061 del 31/10/2022), circostanza questa che giustifica la sola applicazione del solo scaglione di valore della domanda accolta, orientato verso il valore medio di riferimento.

P.T.M.

il Tribunale di Roma - definitivamente decidendo sulla domanda proposta da *Parte_1* nei confronti di *[...]* *Controparte_1* e rigettata ogni ulteriore deduzione ed eccezione - così provvede:

accoglie parzialmente la domanda e, per l'effetto, condanna parte convenuta al pagamento della somma di euro 3.200,00 in favore dell'attore;

condanna la medesima parte convenuta al pagamento delle spese di lite che liquida in favore di parte attrice nell'importo di euro 2.430,00 oltre Iva, Cpa e contributo spese generali al 15% con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081

pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio definitivamente a carico di parte convenuta.

Così deciso in Roma il 29/08/2023.

Alberto Cisterna

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-081