



TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. 30259/2016

tra

Parte_1

Parte_2

ATTORE/I

e

Controparte_1

CONVENUTO/I

CP_2

INTERVENUTO

Oggi **17 gennaio 2020** innanzi al dott. Angelo Claudio Ricciardi, sono comparsi:

Per Parte_1 Per Parte_2 'avv. [REDACTED].

Per Controparte_1 l'avv. [REDACTED], oggi sostituito dall'avv. [REDACTED]

CP_2 l'avv. [REDACTED] oggi sostituito dall'avv. [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
ascoltata la discussione orale dei difensori, si ritira in camera di consiglio.
Terminata la camera di consiglio,

pronuncia

la sentenza ex art.281 sexies c.p.c.

Il Giudice
dott. Angelo Claudio Ricciardi



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Angelo Claudio Ricciardi ha pronunciato *ex art. 281 sexies c.p.c.* la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **30259/2016** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*),

Parte_2 (C.F. *C.F._2*), entrambi con il patrocinio dell'avv.

[Redacted] e dell'avv. *[Redacted]* (*C.F._3* *[Redacted]*), elettivamente domiciliato in *[Redacted]* presso il difensore avv. *[Redacted]*

ATTORI

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), con il patrocinio dell'avv. *[Redacted]* e dell'avv. *[Redacted]* (*C.F._4* *[Redacted]*), elettivamente domiciliato in *[Redacted]* presso il difensore avv. *[Redacted]*

CONVENUTO

CP_2 (C.F. *P.IVA_2*) rappresentato e difeso dall'avv. *[Redacted]* ed elettivamente domiciliato in *[Redacted]* 10 MILANO presso il difensore avv. *[Redacted]*

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza del 21 GIUGNO 2019

MOTIVI DELLA DECISIONE

Il Tribunale

rilevato che:

-le domande proposte da **Parte_1** sono fondate nei seguenti limiti;

-è necessario muovere dalla relazione peritale depositata il 6 maggio 2018, da intendersi in questa sede integralmente richiamata;

-le conclusioni alle quali sono pervenuti gli ausiliari del Tribunale sono senz'altro condivisibili perché fondate su argomentazioni puntuali, esaustive e prive di vizi logici

-in sintesi, il Collegio peritale ha accertato che:

- vi era indicazione per l'intervento di cataratta eseguito in data 8 novembre 2012, in quanto il paziente era affetto dalle seguenti patologie:

“... ipovisus bilaterale (a destra 4/10, a sinistra 6/10); importante deficit del campo visivo all'occhio destro, tubulare e limitato ai soli 3-5 gradi centrali; glaucoma bilaterale in monoterapia, trattato anche chirurgicamente a destra (con trabeculectomia); cataratta bilaterale corticonucleare maggiore a sinistra. Tale quadro comportava un'invalidità permanente, nella misura del 39% (trentanove per cento) se riferita alle problematiche visive complessivamente considerate, nella misura dell'8-9% (otto-nove per cento) considerando il solo occhio sinistro...”

- non sussiste alcuna responsabilità dei sanitari che eseguirono l'intervento di cataratta all'occhio sinistro

“...dalla disamina della cartella clinica non emergono specifici elementi di criticità nell'operato degli specialisti oculisti, che risulta abbiano messo in atto quanto di loro specifica competenza: corretta indicazione chirurgica, disinfezione del campo operatorio con iodopovidone secondo tempistica adeguata, procedura chirurgica corrispondente a quella di norma eseguita, corretta realizzazione dell'atto chirurgico (privo di complicanze intra e post-operatorie), prescrizione di antibioticoterapia con colliri, consegna di modulo contenente norme igienico-comportamentali per il post-operatorio...”

“...non vi è stato scostamento dalle linee guida relative alla chirurgia della cataratta e che nella condotta professionale tenuta dai sanitari dell'ospedale **Org_1** non sono individuabili specifici elementi di censura...”

“...deve ritenersi che “le terapie preventive da adottare” per ridurre il rischio di endoftalmite sotto la diretta responsabilità chirurgica furono messe in atto e prescritte dai medici della struttura convenuta. Risulta infatti che venne eseguita la disinfezione del campo operatorio con farmaco idoneo (iodopovidone) e secondo la tempistica raccomandata, che fu attuata la profilassi antibiotica locale con colliri come di prassi nonostante le limitate evidenze scientifiche di reale efficacia, che fu consegnata modulistica contenente le norme igieniche da seguire nel post-operatorio al domicilio...”

- non è possibile stabilire la causa dell'evento infettivo (endoftalmite all'occhio sinistro), né il tipo di batterio coinvolto (per non essere stato allegato alla cartella clinica il referto delle analisi svolte sul materiale infetto):

“...l'endoftalmite è il più grave evento avverso correlabile alla chirurgia oculare poiché: 1) esita spesso nella perdita della funzione visiva o – nei casi più gravi – in quella del bulbo oculare; 2) non è eliminabile, in quanto non è tecnicamente possibile sterilizzare l'occhio ed inevitabilmente, durante le manovre chirurgiche, modeste cariche batteriche entrano nell'occhio (anche se – solitamente - non sono in grado di innescare fenomeni infettivi grazie

alle difese immunitarie e competitive dell'occhio).

L'endofthalmitis acuta post-cataratta è la forma più comune di endofthalmitis, con una prevalenza media nella letteratura scientifica internazionale di 1-2 casi ogni mille interventi⁵. In Italia, ove vengono eseguite oltre 550.000 procedure/anno, sono attesi oltre 500 casi di endofthalmitis per anno.

Quasi sempre sostenuta da batteri, in genere l'endofthalmitis post-operatoria si manifesta entro sei settimane dell'intervento, con un 75% di casi che si presentano nella prima settimana post-operatoria.

Per oltre il 90% dei casi la fonte dell'infezione è la stessa flora batterica perioculare e congiuntivale del paziente; ciò rende ragione del fatto che nella maggior parte dei casi di endofthalmitis post-intervento il microrganismo coinvolto sia uno stafilococco coagulasi negativo, ovvero l'organismo predominante nella flora che di norma colonizza la superficie oculare esterna. A fronte di un terzo di pazienti con esami colturali negativi o non conclusivi (il che non esclude la diagnosi di endofthalmitis, essendo una diagnosi principalmente clinica), tra i pazienti con positività agli esami colturali: in circa il 70% viene isolato proprio uno stafilococco coagulasi negativo, nel 10% lo stafilococco aureo, nel 9% streptococchi, nel 6% altri microrganismi gram-negativi e nel 5% altri microrganismi gram-positivi.

L'endofthalmitis post-operatoria è unanimemente considerata un'infezione multifattoriale poiché molteplici fattori possono contribuire alla sua insorgenza, dalle caratteristiche del paziente alle connotazioni ambientali, all'auto-contaminazione post-operatoria.

Nel merito dei fattori di rischio legati alle caratteristiche del paziente, sono annoverati principalmente il diabete, l'età superiore agli 85 anni e l'assunzione di terapie immunosoppressive.

Quale ulteriore fattore di rischio è indicata la crescente resistenza degli stafilococchi agli antibiotici, anche di nuova generazione.

Per quanto attiene l'auto-contaminazione del sito chirurgico, questa è stata rilevata spesso nel primo periodo post-operatorio. Può avvenire in modo diretto o indiretto. La contaminazione è diretta quando il paziente porta direttamente con le mani sulla superficie oculare una carica batterica sufficiente a superare le difese immunitarie e competitive della flora batterica endogena. La contaminazione è indiretta quando il paziente contamina i flaconi contenenti i colliri per la medicazione; questa seconda modalità è più subdola e pericolosa poiché, nonostante i conservanti batteriostatici presenti nella formulazione dei colliri, la base acquosa di questi prodotti li rende un ottimo terreno di coltura; è sufficiente che il paziente tocchi con mani non perfettamente pulite il contenitore del collirio al momento dell'apertura perché questo si trasformi in un potente contaminante.

Nel caso in valutazione, non è possibile stabilire la causa dell'endofthalmitis.

Dati utili in tal senso si sarebbero potuti ricavare dall'esito degli esami microbiologici: conoscere quale batterio è coinvolto e la sua sensibilità/resistenza agli antibiotici consente infatti di stabilire l'appartenenza o meno alla abituale flora congiuntivale e perioculare dei pazienti, così da comprendere se la fonte di infezione sia da ricondurre al paziente stesso oppure da ricercare nell'ambiente ospedaliero. Ma la refertazione di tali esami è assente in cartella clinica e la modalità con cui i loro esiti sono riportati nella lettera di dimissione non è di univoca interpretazione; infatti si legge: esame colturale della protesi "Positivo"; esame batterioscopico della protesi "Nulla da segnalare" (dicitura a cui non si è in grado di dare un significato, se non sono individuati microrganismi l'esame viene di norma refertato come negativo); esame colturale di biopsia "Negativo"; esame colturale di biopsia "referto provvisorio"; esame batterioscopico di biopsia "Nulla da segnalare"; esame batterioscopico di biopsia, campo vuoto. Vero è che il condizionale circa l'utilità degli esami microbiologici è

d'obbligo, in quanto vi è una quota – circa un terzo – di casi con esami colturali negativi pur in presenza di un'endofthalmite.

- l' *Controparte_3* non ha dimostrato di aver adottato tutte le misure idonee a ridurre il rischio di endofthalmiti post chirurgiche:

“...non è stato prodotto alcun report sull'incidenza di tale evento avverso dal quale derivare se nel periodo in valutazione l'incidenza di endofthalmite fosse in linea con quanto descritto in letteratura, né sono stati forniti documenti da cui risulti l'effettiva applicazione di quanto previsto dai protocolli di pulizia (di cui ai documenti n. 7 e n. 8 allegati alla III memoria di parte convenuta), né delle procedure di verifica della sanificazione della sala operatoria, del filtraggio dell'aria e della sterilizzazione degli strumenti chirurgici non monouso. Deve essere però anche evidenziato che quando vi sono condizioni ambientali non idonee è molto più probabile osservare più di un caso di endofthalmite nell'ambito della stessa seduta chirurgica e non un singolo caso, come parrebbe nella fattispecie in esame (secondo quanto riportato nella comparsa di costituzione)...”

- non è possibile stabilire se un più tempestivo accesso al Pronto Soccorso rispetto alla data del 15 novembre 2012 avrebbe evitato o ridotto le lesioni dovute alla endofthalmite

“...si ritengono opportune due puntualizzazioni.

La prima riguarda il significato clinico della sensazione di bruciore: questo non è un sintomo patognomico di endofthalmite, il cui sintomo cardine è il dolore associato al calo della vista.

Dalla cartella clinica poi risulta: “Da 4-5 giorni occhio gonfio, rosso, con secrezione modesta” e “oggi in PS per dolore e calo visus da 3 giorni”, per cui la sintomatologia da rapportare ad un quadro conclamato di endofthalmite sarebbe collocabile tra il 10 ed il 12 novembre. In sede di visita consulenziale, atteso anche il tempo trascorso, il sig. *Pt_1* non ha potuto meglio precisare l'intervallo di tempo, segnalando che dal 9.11 aveva in d avvertire bruciore, poi aumentato nei giorni successivi.

Pertanto, se tra il 10 ed il 12.11, il sig. *Pt_1* si fosse presentato con un quadro clinico di dolore, calo visus, chemosi (edema) ed iperemia (arrossamento) congiuntivale, secrezione, sarebbe stato possibile formulare diagnosi di endofthalmite ed intraprenderne il trattamento.

Se l'endofthalmite è un'emergenza medica che deve essere trattata il prima possibile, tuttavia non è possibile precisare “in che misura” un trattamento iniziato da 3 a 5 giorni prima avrebbero evitato o ridotto le lesioni permanenti conseguenti all'endofthalmite, ovvero quale sarebbe stato l'outcome visivo del sig. *Pt_1* poiché il principale fattore prognostico è costituito dalla virulenza del patogeno coinvolto, dato non noto nel caso in valutazione.

Al proposito, risulta che i chirurghi abbiano correttamente richiesto gli esami microbiologici sia sul materiale prelevato sia sulla IOL, ma - come già anticipato - in cartella clinica (costituita da un numero di pagine corrispondente a quello del timbro di copia conforme) non è presente la refertazione di tali accertamenti e quanto riportato nella lettera di dimissione non è di univoca interpretazione...”

- l'attore non ha subito alcuno specifico danno psicologico in conseguenza diretta dell'endofthalmite:

“...precisato che ad oggi il sig. *Pt_1* ha una funzione visiva notevolmente ridotta ma non persa, il disturbo depressivo è st la prima volta certificato al peggiorare della funzione visiva anche all'occhio destro, evento indipendente dall'endofthalmite all'occhio controlaterale, ovvero a distanza di quasi due anni dagli eventi per cui è causa (09.2014). Dopo una rivalutazione specialistica nel 05.2015, di un mese prima rispetto alla consulente tecnica di parte redatta dal dott. *Per_1* (06.2015), nulla è dato sapere sulla permanenza di tale disturbo e sulla

sua eventuale entità. Per le motivazioni ora esposte quindi non si ravvisano elementi che consentano né di stabilire che tale condizione sia tutt'ora in essere, né – soprattutto - di porre in rapporto causale con l'endofthalmitis quanto certificato nel settembre 2014...”

- si è in presenza di un danno cd. differenziale stimato nei seguenti termini:

“...l'invalidità permanente prima dell'esecuzione degli interventi chirurgici del novembre 2012 quindi deve essere meglio precisata nei seguenti termini: visus OD 4/10, visus OS 6/10; importante deficit del campo visivo destro; esiti di trabeculectomia destra; glaucoma bilaterale in monoterapia; cataratta bilaterale corticonucleare, maggiore a sinistra.

In termini percentuali quindi, premesso che nella valutazione di un quadro menomativo – per univoca criteriologia medico-legale – non si procede con sommatoria delle singole voci di danno ma con una valutazione globale, l'invalidità permanente è da ricalcolare nella misura del: 39% (trentanove percento) se riferita alle problematiche visive complessivamente considerate; 8-9% (otto-nove percento) considerando il solo occhio sinistro.

L'invalidità permanente dopo l'esecuzione degli interventi chirurgici è da precisare nel seguente modo: all'occhio destro, visus 4/10, importante deficit del campo visivo destro, esiti di trabeculectomia destra e glaucoma in monoterapia; all'occhio sinistro, perdita della funzione visiva, afachia, esiti di vitrectomia ed ipotono oculare.

In termini percentuali pertanto, l'invalidità permanente è da ricalcolare nella seguente misura: 80% (ottanta percento) se riferita alle problematiche visive complessivamente considerate; 28% (ventotto percento) considerando il solo occhio sinistro, dato che la perdita della funzione visiva, per la sua gravità, riassorbe in sé il pregiudizio derivante dalle altre condizioni sopra elencate.

Qualora parte attrice non avesse sviluppato l'endofthalmitis, all'esito dell'intervento dell'8.11.2012 al sig. **Pt_1** sarebbe residuo medesimo quadro all'occhio destro, mentre all'occhio sinistro: visus 9-10/10, pseudoafachia, glaucoma in monoterapia.

In termini percentuali, l'invalidità permanente che sarebbe comunque residua è quantificabile in: 38% (trentotto) se riferita alle problematiche visive complessivamente considerate; 6-7% (sei-sette percento) considerando il solo occhio sinistro...”

-in base alle superiori argomentazioni, deve essere dichiarata la piena responsabilità dell' **[...]** **Controparte_3** per il danno biologico subito dal paziente in conseguenza dell'endofthalmitis l'intervento di cataratta eseguito in data 8 novembre 2012;

-la patologia infettiva aveva reso necessario il successivo intervento riparativo del 15 novembre 2012, all'esito del quale era stato diagnosticato, oltre alla endofthalmitis post chirurgica, anche il distacco di retina;

-deve infatti applicarsi il costante orientamento giurisprudenziale che recita:

In tema di inadempimento di obbligazioni di diligenza professionale sanitaria, il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione (perseguimento delle "leges artis" nella cura dell'interesse del creditore) ma del diritto alla salute (interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato); sicché, ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto il proprio onere probatorio, la causa imprevedibile ed inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione (Cass. n.28991 del 11 novembre 2019)

-nella specie, la CTU medico legale ha dimostrato che la patologia infettiva in esame (endofthalmitis acuta post cataratta) -- evento normalmente correlabile alla chirurgia oculare -- era insorta nell'intervallo tra

l'intervento di cataratta del 8 novembre 2012 e la diagnosi del successivo 15 novembre;

-l'onere probatorio gravante sul paziente è stato pertanto, nella specie, pienamente soddisfatto;

-infatti, in assenza del referto degli esami, eseguiti nel corso del ricovero del 15 novembre 2012 presso l' **CP_1** **Controparte_3** relativi alla natura del batterio responsabile dell'infezione, è inesigibile, nei c e) la dimostrazione che quel batterio non apparteneva alla sua abituale flora congiuntivale e perioculare e che, pertanto, la fonte dell'infezione sia senz'altro da ascriversi all'ambiente ospedaliero;

-questa vistosa carenza documentale in ordine ai risultati dell'attività diagnostica che pure sembrerebbe essere stata svolta (sulla base delle annotazioni contenuto della cartella clinica) non può infatti riverberarsi, sotto il profilo della ripartizione dell'onere probatorio, a scapito del paziente;

-quest'ultimo, infatti, in assenza dei risultati delle analisi inerenti la tipologia del batterio responsabile dell'infezione, si trova del tutto incolpevolmente nell'impossibilità di dimostrare il diretto nesso di causalità tra il danno patito (infezione) e l'attività dei sanitari e/o della struttura ospedaliera;

-si tratta, pertanto, di un onere probatorio che, tenuto conto della particolarità della fattispecie sotto il profilo della documentazione medica in possesso dell' **Organizzazione_2** non può che ricadere sulla struttura convenuta, in applicazione del cd. principio della vicinanza della prova;

-in assenza della refertazione relativa alla tipologia del batterio responsabile dell'infezione, onerare il paziente della prova -- in termini positivi -- dell'appartenenza del batterio all'ambiente ospedaliero, anziché alla propria abituale flora batterica congiuntivale e perioculare, equivale, infatti, a gravare ingiustamente il predetto -- sotto il profilo della dimostrazione del nesso di causalità tra condotta medica ed evento-danno: dimostrazione normalmente gravante sul danneggiato -- di un adempimento probatorio preclusogli *ab origine* per fatto e colpa della struttura ospedaliera;

-in altri termini, quest'ultima non può avvantaggiarsi dell'insussistenza della prova -- positiva od anche solo indiziaria -- del predetto nesso di causalità (prova normalmente gravante sul danneggiato alla luce dei noti principi in materia di responsabilità medica ex Cass. n.29315 del 7 dicembre 2017), in presenza di una condotta della struttura debitrice (omessa produzione del referto del materiale infetto) di per sé idonea a definitivamente precludere alla controparte il raggiungimento di quella prova;

-all'opposto, deve piuttosto ritenersi, nella specie, che sia onere dell' **Controparte_3** dimostrare che il batterio responsabile dell'infezione apparteneva congiuntivale e perioculare del paziente, così da poter inferire che, nonostante le corrette istruzioni impartite dai sanitari sul rispetto delle norme igieniche nel periodo post operatorio, il paziente le avesse colpevolmente disattese, procurandosi l'infezione;

-questa prova non è stata fornita dalla struttura convenuta, né gli accertamenti peritali hanno consentito di raggiungere alcuna conclusione al riguardo;

-dall'altro canto, la posizione dell' **Controparte_3** è poi aggravata dal fatto di non aver dimostrato, per quanto di sua competenza, l'effettiva applicazione delle precauzioni previste dai protocolli di pulizia (docc.7 ed 8 conv.) nonché delle procedure di verifica della sanificazione della sala operatoria, del filtraggio dell'aria nonché della sterilizzazione degli strumenti chirurgici non monouso;

-questa carenza probatoria -- che attiene esclusivamente alla sfera di competenza della struttura ospedaliera e non a quella dei sanitari responsabili dell'intervento del 8 novembre 2012 (i quali avevano diligentemente provveduto alla disinfezione del campo operatorio con iodopovidone secondo tempistica adeguata; alla prescrizione di antibioticoterapia; nonché all'informazione sulle norme igienico-comportamentali per la fase post operatoria) -- è pertanto idonea a radicare la piena responsabilità contrattuale della convenuta per le lesioni riportate da **Parte_1**

ooo

-accertata la responsabilità dell' **Controparte_3** deve invece escludersi la sussistenza di un concorso di colpa del paziente dato -- secondo la prospettazione di parte

convenuta – nel recarsi al Pronto soccorso in presenza dei sintomi dell'infezione;

-il Collegio peritale, proprio alla luce dell'omessa individuazione del tipo di batterio responsabile dell'infezione, ha infatti affermato che:

“...con riferimento all'ultimo punto del quesito (“se una tempestiva diagnosi della infezione e un tempestivo intervento – “tenuto conto del momento in cui il sig. **Pt_1** iniziò ad avvertire la sensazione di bruciore”, anziché il 15 novembre quando si presentò al Pronto soccorso – avrebbero evitato o ridotto le lesioni permanenti conseguenti alla “endoftalmite” e in che misura”), si ritengono opportune due puntualizzazioni.

La prima riguarda il significato clinico della sensazione di bruciore: questo non è un sintomo patognomico di endoftalmite, il cui sintomo cardine è il dolore associato al calo della vista.

Dalla cartella clinica poi risulta: “Da 4-5 giorni occhio gonfio, rosso, con secrezione modesta” e “oggi in PS per dolore e calo visus da 3 giorni”, per cui la sintomatologia da riportare ad un quadro conclamato di endoftalmite sarebbe collocabile tra il 10 ed il 12 novembre. In sede di visita consulenziale, atteso anche il tempo trascorso, il sig. **Pt_1** non ha potuto meglio precisare l'intervallo di tempo, segnalando che dal 9.11 aveva iniziato a bruciore, poi aumentato nei giorni successivi.

Pertanto, se tra il 10 ed il 12.11, il sig. **Pt_1** si fosse presentato con un quadro clinico di dolore, calo visus, chemosi (edema) ed iperemia (arrossamento) congiuntivale, secrezione, sarebbe stato possibile formulare diagnosi di endoftalmite ed intraprenderne il trattamento.

Se l'endoftalmite è un'emergenza medica che deve essere trattata il prima possibile, tuttavia non è possibile precisare “in che misura” un trattamento iniziato da 3 a 5 giorni prima avrebbero evitato o ridotto le lesioni permanenti conseguenti all'endoftalmite, ovvero quale sarebbe stato l'outcome visivo del sig. **Pt_1** poiché il principale fattore prognostico è costituito dalla virulenza del patogeno coinvolto, dato non noto nel caso in valutazione.

Al proposito, risulta che i chirurghi abbiano correttamente richiesto gli esami microbiologici sia sul materiale prelevato sia sulla IOL, ma – come già anticipato – in cartella clinica (costituita da un numero di pagine corrispondente a quello del timbro di copia conforme) non è presente la refertazione di tali accertamenti e quanto riportato nella lettera di dimissione non è di univoca interpretazione...”

-in sede di replica alle osservazioni critiche del CTP di parte convenuta, il Collegio ha ribadito che:

“...non è possibile precisare in che misura un trattamento iniziato da 3 a 5 giorni prima avrebbe evitato o ridotto le lesioni permanenti conseguenti all'endoftalmite, in quanto non è nota la virulenza del microrganismo patogeno coinvolto, non essendo stati prodotti dalla struttura convenuta gli esiti degli esami microbiologici...”

-in definitiva, deve escludersi la sussistenza di un concorso di colpa dell'attore;

ooo

-tra i danni psico-fisici riportati dal paziente per colpa esclusiva della struttura convenuta non può ricomprendersi la patologia depressiva che, secondo la documentazione medica esaminata dal Collegio peritale, è insorta dopo un apprezzabile intervallo temporale dall'operazione riparativa del 15 novembre 2012;

-essa deve pertanto ricondursi, sotto il profilo eziologico, al generale sopravvenuto peggioramento delle condizioni del paziente, anche – e soprattutto -- a causa del grave glaucoma all'occhio destro;

-così individuata la natura e la gravità delle lesioni riportate dal paziente in conseguenza della patologia infettiva, deve ritenersi, sulla scorta degli accertamenti peritali (riformulati in sede di replica alle osservazioni critiche dei CTP), che il danno cd. differenziale sia quello stimato nella differenza tra 80% e quello che sarebbe residuo all'attore nell'ipotesi di esito positivo dell'intervento del 8 novembre

2012, pari al 38%;

-al riguardo, deve applicarsi il condivisibile orientamento giurisprudenziale espresso da Cass.n.6341 del 19 marzo 2014:

In tema di responsabilità medica, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto ad un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residuata anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario (Cass. n.6341 del 19 marzo 2014)

-nella motivazione, si legge che:

"allorquando un intervento medico si esegua su una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente e risulti, secondo le regole di una sua esecuzione ottimale e per quanto accertato a posteriori, che la situazione avrebbe potuto essere ripristinata soltanto in parte e non integralmente, e che, dunque, l'intervento comunque avrebbe lasciato al paziente una percentuale di compromissione della integrità, qualora la cattiva esecuzione dell'intervento abbia determinato una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente ulteriore rispetto alla percentuale che non si sarebbe potuta eliminare, il danno-evento dev'essere individuato nella compromissione della integrità dal punto percentuale corrispondente a quanto non sarebbe stato eliminabile fino a quello corrispondente alla compromissione effettivamente risultante. Ne consegue che, ai fini della liquidazione con il sistema tabellare deve assumersi come percentuale di invalidità non quella corrispondente al punto risultante dalla differenza fra le due percentuali, bensì la percentuale corrispondente alla compromissione effettivamente risultante, di modo che da quanto monetariamente indicato dalla tabella per esso deve sottrarsi quanto indicato per la percentuale di invalidità non riconducibile alla responsabilità".

-nella specie, il danno cd. differenziale deve essere stimato con riferimento alle problematiche visive relative all'occhio sinistro, l'unico interessato dalla patologia infettiva;

-tenuto conto, peraltro, dell'incidenza della perdita del visus sulla funzionalità complessiva dell'apparato visivo (ciò che ha significativamente indotto il Collegio peritale a quantificare il danno differenziale anche con riferimento alla residua funzionalità di entrambi gli occhi in conseguenza del danno subito dall'occhio sinistro), è necessario procedere ad una contenuta personalizzazione del danno;

-personalizzazione giustificata, oltre che dalle superiore argomentazione, anche sulla base delle particolari sofferenze psicologiche del paziente che, ancorché non tradottesi in un danno psichico, appaiono degne di considerazione ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale;

-assumono rilievo, infine, anche il mutamento delle condizioni di vita personali ed intrafamiliari allegate dalla difesa attorea in sede di richieste istruttorie;

-in definitiva, tenuto conto dell'età dell'attore all'epoca dei due interventi (novembre 2012: anni 77 compiuti) e delle note Tabelle di Milano, si stima equo liquidare, sulla base del danno permanente differenziale (80%-38%) e del danno temporaneo di 26 giorni complessivi (11 giorni al 100% e 15 giorni al 50%), la complessiva somma di **€ 110.000,00** (centodiecimila);

-la somma come sopra liquidata in moneta attuale a titolo di danno non patrimoniale va maggiorata degli interessi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata alla data del fatto (8 novembre 2012), come poi rivalutatasi anno per anno (ai sensi di Cass.Sez.Un. 17/2/1995 n.1712), in base alla variazione indici ISTAT, dalla data del fatto alla data della presente

sentenza; oltre interessi legali da tale ultima data al saldo effettivo;

[...]

Parte_3 coniuge di **Parte_1** ha chiesto la condanna di controparte al risarcimento dei danni alla propria integrità psico-fisica conseguenti, in termini di disturbo depressivo maggiore di grado lieve-moderato (CTP doc.9 att.), al peggioramento delle condizioni di salute del marito;

-in base alla documentazione prodotta, appare giusto liquidare equitativamente all'attrice la somma di **€ 10.000,00**, in moneta attuale;

-questa somma dovrà poi essere maggiorata degli interessi legali dalla data della presente pronuncia al saldo effettivo;

-l'entità del risarcimento è giustificata dal fatto che la situazione psicologica nella quale attualmente versa l'interessata è solo in parte riconducibile al danno subito dal marito quale conseguenza diretta della responsabilità dell' **CP_1** **Controparte_3**

-l'attore, infatti, era già portatore di importanti patologie all'apparato visivo (cataratta, glaucoma, ecc.) e, anche nell'ipotesi di esito positivo dell'intervento del 8 novembre 2012, la sua situazione era comunque destinata ad una netta ingravescenza e ad un più generale mutamento delle condizioni di vita personale e familiare;

-ne consegue che il risarcimento, come sopra equitativamente liquidato alla luce della CTP attorea sull'attrice, è riferito solo all'incidenza, sulle condizioni di **Parte_2** della quota parte del peggioramento della salute del marito ascrivibili alla condotta **a convenuta**;

ooo

-la domanda proposta dall' **CP_2** (intervenuto volontariamente) è fondata;

-deve infatti applicarsi il condivisibile orientamento giurisprudenziale che recita:

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'ente pubblico, in conseguenza di quel fatto, essendo tale indennità rivolta a fronteggiare ed a compensare direttamente il medesimo pregiudizio patrimoniale causato dall'illecito, consistente nella necessità di dover retribuire un collaboratore o assistente per le esigenze della vita quotidiana del minore reso disabile per negligenza al parto (Cass. SU n.12567 del 22 maggio 2018)

-il terzo intervenuto ha correttamente richiamato il proprio diritto di surroga nei confronti del responsabile civile contemplato dall'art.29 della l.n.990 del 1969 nonché l'art.41, primo comma, l.n.183 del 4 novembre 2010;

-l' **CP_2** ha quindi prodotto la documentazione (docc.1 e 2) attestante che, con riferimento alla lesione riportata dall'attore, le somme erogate ed erogande a quest'ultimo per invalidità civile ed indennità di accompagnamento, oltre ai relativi accessori, equivalgono a complessivi **€ 81.428,29**;

-ne consegue che l'importo complessivamente dovuto all'attore dall' **Controparte_3** deve essere decurtato della somma suddetta (€ 81.428,29) che il convenuto deve direttamente all' **CP_2** maggiorato degli interessi legali dalla data della presente pronuncia al pagamento effettivo;

ooo

-le spese processuali seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo con applicazione dei valori previsti dalle Tabelle dei compensi con riferimento a ciascuna fase processuale effettivamente esperita;

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando ex **art.281 sexies c.p.c.**, accertata la responsabilità contrattuale della convenuta, così

dispone:

- 1) condanna l' **Controparte_3** al risarcimento non patrimoniali subiti da **Parte_1** pari ad **€ 110.000,0**
- 2) la somma come sopra liquidata in moneta attuale a titolo di danno non patrimoniale va maggiorata degli interessi compensativi da calcolarsi al saggio legale, sulla somma capitale, una volta devalutata alla data del fatto (8 novembre 2012), come poi rivalutatasi anno per anno (ai sensi di Cass.Sez.Un. 17/2/1995 n.1712), in base alla variazione indici ISTAT, dalla data del fatto alla data della presente sentenza; oltre interessi legali da tale ultima data al saldo effettivo;
- 3) dal risarcimento come liquidato ai sensi dei capi 1) e 2) in favore dell'attore va detratta la somma di **€ 81.428,29** che, maggiorata degli interessi legali dalla data della presente pronuncia al saldo effettivo, deve essere pagata dalla convenuta al terzo intervenuto (**Controparte_4** [...]);
- 4) condanna la convenuta al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti da **Parte_2** pari ad **€ 10.000,00**, oltre interessi legali dalla data della presente pronuncia al saldo effettivo;
- 5) condanna l' **Controparte_3** alla rifusione, in favore degli attori, delle spese processuali che si liquidano in complessivi **€ 22.887,00**, di cui € 1.500,00 per spese (oltre quelle di CTU e di CTP su fatture quietanzate) ed € 21.387,00 per compenso, oltre a CPA, spese generali ed IVA se dovuta;
- 6) spese integralmente compensate nei rapporti tra la convenuta e la terza chiamata.

Milano, 17 gennaio 2020

Il Giudice
dott. Angelo Claudio Ricciardi