



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del giudice dott.ssa Valentina Boroni
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. **17246/2021** promossa da:

[redacted] (C.F. [redacted] *C.F._1*), con il patrocinio dell'avv. [redacted]
[redacted] elettivamente domiciliato in [redacted]
[redacted] presso il difensore avv. [redacted]

ATTRICE

contro

[redacted] *rte_1* (C.F. [redacted]), con il patrocinio dell'avv. [redacted]
[redacted] elettivamente domiciliato in [redacted]
[redacted] presso il difensore avv. [redacted]

[redacted] *oparte_2* (C.F. [redacted]), con il patrocinio
dell'avv. [redacted] elettivamente domiciliato in [redacted] presso
il difensore avv. [redacted]

CONVENUTI

Oggetto: Responsabilità sanitaria

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da fogli depositati telematicamente

Motivi della decisione

Con ricorso ex art. 702 bis depositato in data 7 aprile 2021 [redacted] *Parte_1* ha convenuto
in giudizio l' [redacted] *Controparte_3* e la [redacted] *Controparte_4*
[...] al fine di sentire accertare e dichiarare la responsabilità professionale sanitaria delle
convenute con conseguente condanna al risarcimento del danno.

Ha allegato di essersi sottoposta in data 28.4.2008, presso l' [redacted] *Controparte_3* (al tempo
Istituto Clinico [redacted]) ad un intervento di cataratta all'occhio sinistro.

Pochi giorni dopo la dimissione, in data 4.5.2008, era stata ricoverata d'urgenza presso il
[redacted] *CP_2* [redacted] *CP_2* per un problema infiammatorio insorto nell'occhio oggetto di intervento;

il problema non veniva risolto atteso che in seguito ella veniva ricoverata più volte e sottoposta ad innumerevoli interventi (anche presso altre strutture sanitarie) che non risolvevano il problema a causa della presenza di gravissimi esiti di endoftalmite che portarono alla conseguenza della perdita totale della funzionalità dell'occhio sinistro.

Ha osservato che analoga operazione di cataratta era stata effettuata nell'ottobre 2016 sull'occhio destro con ottimi risultati.

La difesa ha lamentato che il danno riportato all'occhio sinistro doveva considerarsi conseguenza sia della contrazione della infezione (da imputarsi a [REDACTED] sia della sua mancata efficace risoluzione (da imputarsi al *Controparte_2*); ha quindi richiesto il risarcimento del danno ad entrambe le strutture (che non avevano ritenuto di addivenire ad una conciliazione pur tentata nell'ambito anche del procedimento ex art. 696 bis cpc svolto quale condizione di procedibilità).

Quanto alla sua liquidazione ha ricordato che, esperito un accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis cpc, i CTU nominati in quella sede, dopo avere accertato la responsabilità delle due strutture ciascuna per uno specifico addebito, avevano suddiviso anche tra le stesse la percentuale di danno permanente da risarcire alla attrice (pari ad una compromissione complessiva del 27% da imputarsi per il 14% a [REDACTED] e per la restante parte al *CP_2 CP_2*). Ha quindi lamentato di avere patito un danno da inabilità temporanea ed un danno da sofferenza soggettiva e ne ha chiesto la condanna al risarcimento in capo alle due strutture, formulando altresì domanda di ingiunzione di pagamento ex art. 186 ter cpc.

Si sono costituiti entrambi i resistenti contestando le conclusioni di merito a suo tempo rassegnate dai CTU nel corso dell'accertamento tecnico preventivo e svolgendo ciascuno specifiche deduzioni in ordine alla insussistenza sia di condotte colpose sia del nesso di causalità tra condotta iatrogena eventualmente accertata e danno riportato dalla ricorrente; la resistente *CP_2* ha anche eccepito la improcedibilità del ricorso per decorso del termine di cui all'art. 8, comma 3 legge 24/2017; in subordine entrambe le strutture hanno chiesto che, in ipotesi di riconoscimento della responsabilità, il Tribunale procedesse a determinare la quota di responsabilità a carico di entrambe e [REDACTED] ha svolto, sempre in subordine, domanda di regresso nei confronti della *Controparte_2* .

Il Tribunale all'esito della prima udienza del 16.11.2023 ha provveduto sulle preliminari eccezioni e domande delle parti con ordinanza riservata del 23.1.2022 il cui contenuto si trascrive di seguito:

“Quanto alla preliminare eccezione di improcedibilità del ricorso svolta dalla parte resistente osserva: -ritenuto che il termine fissato dall'art. 8 co. 3 L. 24/17 - di 6 mesi - deve essere inteso quale termine dilatorio, decorso il quale l'azione volta al risarcimento del danno da responsabilità dell'esercente la professione sanitaria diviene procedibile; - ritenuto altresì che al rispetto dell'ulteriore termine di 90 giorni dal deposito della relazione debba ricondursi esclusivamente la salvezza degli effetti dichiarativi del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. (incidenti eventualmente sul decorso di termini prescrizionali o decadenziali); - ritenuto pertanto che non si ponga nel caso di specie – in cui i ricorrenti hanno depositato il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. 9 mesi dopo il deposito della relazione peritale ex art. 696 bis c.p.c. – un vizio di inammissibilità né di improcedibilità del ricorso ex art. 702 bis c.p.c.; DICHIARA La procedibilità del ricorso ex art. 702 bis cpc; acquisisce la documentazione prodotta ed il fascicolo del procedimento ex art. 669 bis cpc incaricando la Cancelleria di effettuare la trasmissione; ritenuto che le prospettazioni delle parti e i motivi di contrasto non siano suscettibili di trattazione con rito sommario; ritenuto, infine, che non sussistano i presupposti per l'accoglimento della richiesta di emissione di ordinanza ex art. 186 ter cpc nei confronti dell'istituto clinico città studi atteso che la allegata prova scritta del credito (avente tra l'altro carattere risarcitorio) è sottoposta a stringenti contestazioni della parte resistente che giustificano un approfondimento istruttorio prima di procedere all'accertamento del credito da liquidare con sentenza... PQM...”.

Il Tribunale quindi, alla luce di nuove e puntuali contestazioni svolte dalle difese delle resistenti, ha convertito il rito da sommario a ordinario di cognizione e quindi, assegnati termini ex art. 183 sesto comma cpc, ha disposto una integrazione all'accertamento tecnico peritale, nominando i dott. *Persona_1* (medico legale) e *Persona_2* (specialista in oculistica) già nominati in sede di 696bis.

All'esito della integrazione la causa è stata ritenuta sufficientemente istruita ed è stata fissata udienza di precisazione delle conclusioni.

La causa è stata trattenuta in decisione alla udienza del 13.3.2024 previa assegnazione dei termini ex art. 190 cpc per il deposito di memorie conclusionali e repliche.

L'accertamento complesso, aderente alla documentazione clinica depositata, giustificato mediante il richiamo a plurime Linee Guida sul punto ed in definitiva esaustivo dei consulenti tecnici consente di affermare la sussistenza degli addebiti di colpa nei confronti delle due strutture resistenti ed il nesso di causalità giuridica tra le due condotte ed il danno complessivamente patito dalla attrice, nei limiti e con le precisazioni che si esporranno in seguito.

In via generale va ricordato che il consolidato orientamento della Suprema Corte inserisce la responsabilità della struttura sanitaria indipendentemente dalla stipulazione di un contratto privatistico di cura, nel cosiddetto regime di solvenza, o dall'assunzione in carico a mezzo del servizio sanitario nazionale, nell'alveo della responsabilità contrattuale, posto che l'accettazione del paziente nella struttura comporta la conclusione di un contratto atipico di ospitalità.

L'obbligazione scaturente dal contratto, genericamente detta di assistenza sanitaria, ha un contenuto complesso, perché comprende sia la prestazione medica o chirurgica principale sia una serie di obblighi accessori, consistenti nella messa a disposizione del personale medico, ausiliario e infermieristico, dei medicinali e delle attrezzature tecniche necessarie e nelle prestazioni *latu sensu* alberghiere comprendenti il ricovero e la fornitura di alloggio, vitto e assistenza al paziente fino alla sua dimissione (cfr. Cass. 19541/2015; Sez. 3 - , **Sentenza n. 27606 del 29/10/2019**).

La struttura medica risponde, quindi, a titolo contrattuale per la mancata o scorretta esecuzione di ciascuna delle prestazioni ricomprese nell'obbligazione assunta, ivi inclusa la prestazione medica principale.

La Suprema Corte (cfr. Cass. 28987/2019) ha precisato che il medico opera pur sempre nel contesto dei servizi resi dalla struttura presso cui svolge l'attività, che sia stabile o saltuaria, per cui la sua condotta negligente non può essere agevolmente "isolata" dal più ampio complesso delle scelte organizzative, di politica sanitaria e di razionalizzazione dei propri servizi operate dalla struttura, di cui il medico stesso è parte integrante; ne consegue che, se la struttura si avvale della "collaborazione" dei sanitari persone fisiche si trova a dover rispondere dei pregiudizi da costoro eventualmente cagionati: la responsabilità di chi si avvale dell'attività del terzo per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale trova radice non già in una colpa "*in eligendo*" degli ausiliari o "*in vigilando*" circa il loro operato, bensì nel rischio connaturato all'utilizzazione dei terzi nell'adempimento dell'obbligazione (cfr. Cass. 6243/2015), realizzandosi, e non potendo obliterarsi, l'avvilimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore ne derivino (cfr. Cass. 12833/2014).

È esclusa la responsabilità della struttura sanitaria solo nei casi del tutto eccezionali di inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile e oggettivamente improbabile devianza del comportamento del medico da quel programma condiviso di tutela della salute che accomuna egli alla struttura sanitaria (cfr. Cass. 28987/2019).

Tutto ciò premesso, la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria per l'inadempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospitalità deve essere inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c.

Le conseguenze in punto di ripartizione dell'onere probatorio sono chiare: incombe sul danneggiato l'onere di fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato – sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile. Quanto al profilo delle infezioni nosocomiali si richiama la recente massima in tema di ripartizione dell'onere della prova tra danneggiato e danneggiante Cass. Sez. 6 - 3, **Ordinanza n. 10592** del 22/04/2021 in base alla quale "nella controversia tra il paziente che assuma di avere contratto un'infezione in conseguenza di un'emotrasfusione e la struttura sanitaria ove è stata eseguita, è onere non del medesimo paziente di allegare e provare che l'ospedale abbia tenuto una condotta negligente o imprudente nell'acquisizione e nella perfusione del plasma, ma della menzionata struttura di dedurre e dimostrare di avere rispettato le norme giuridiche e le "leges artis" che presiedono alle dette attività"..

Il principio va applicato anche alla odierna fattispecie; la circostanza che l'intervento di cataratta sia stato corretto quanto ad indicazione e a tecnica chirurgica non costituisce profilo rilevante assorbente atteso che ciò che la parte ricorrente lamenta è che, durante l'intervento o nell'immediato post operatorio, si verificò la contrazione di una infezione nosocomiale resistente alle terapie antibiotiche somministrate e tale da portare, dopo un breve lasso di tempo, ad un successivo intervento presso la **Controparte_2** e quindi ad ulteriori interventi non più risolutivi fino alla perdita della funzionalità dell'occhio sinistro.

Tanto premesso quanto alla individuazione del paradigma di riferimento nell'esame della allegata responsabilità professionale dei convenuti, si osserva quanto segue.

L'espletata consulenza tecnica, svolta dalla dott.ssa **Persona_1** medico legale, e dal dott. **Persona_2** specialista in oculistica ha consentito di accertare quanto segue:

- In data 28 aprile 2008 la signora **Parte_1** venne ricoverata presso l' **CP_1** [...] **CP_1** Milano per un intervento di cataratta OSx. All'ingresso venne segnalato quanto segue: "anamnesi non malattie oculari, cataratta corticale anteriore-posteriore OO, visus OO <1 /10 tono 16 mmHg fundus OO nei limiti, ha eseguito FAG nella norma. **Controparte_5**, NormiX, Xyzal, Lorazepam. Allergia acido acetilsalicilico. Preparazione alla chirurgia Ciclolux, Visumidriatic, Oftacilox, fuororetinografia normale in ambo gli occhi e tono nei limiti in OO". Segnalazione di "la paziente è a conoscenza del dubbio recupero visivo dopo intervento di cataratta". La paziente fu quindi sottoposta ad intervento chirurgico programmato. Il referto operatorio riporta: "OS faco +IOL, previo Iodopovidone 5% nel sacco congiuntivale, vancomicina in camera anteriore IOL 19 D MA60BM (B&L)". La terapia alla dimissione fu "Oftacilox coll X4, Betabioptol coll X4, Diamox cpr, controllo fissato per il 29.04.2008". Dal referto operatorio non risulta la presenza di complicazioni o eventi avversi nel corso dell'intervento chirurgico;
- Risulta che seguì insorgenza di dolore ed arrossamento OS, per cui venne inviata presso il **CP_2** di Pavia ove venne programmato ricovero in urgenza per OS endoftalmite il 4.5.2008; l'esame obiettivo evidenziò: "OS bulbo congesto cornea edematosa, ty ++, fbrina in CA, IOL in sede, fundus OS si esplora non si visualizzano aree emorragiche, tono digitalmente buono". L'obiettività all'ingresso in reparto fu dimostrativa: "visus OD 8/10- -3 sf, visus OS conta dita a 30 cm, cornea edematosa, pieghe endoteliali, ty ++, fbrina in CA, addensamento vitreale;
- L'8.5.2008 fu eseguita PEV da fash componente ripetitiva principale a circa 120 ms in entrambi gli occhi, tracciati ben confermati. Conclusioni: lieve ritardo di conduzione. Visus OS 1/10 con foro- in data 13.05.2008 si venne eseguito un secondo intervento: "OS

peritomia limbare superiore e temporale, apertura di 3 sclerotomie, a 3,5 mm., lavaggio della CA attraverso il tunnel corneale, vitrectomia con rimozione di vitreo infiammatorio, vitrectomia della base sottoindentazione, irrigazione della CA del sacco capsulare e della camera vitrea con Vancomicina diluita, si lascia il bulbo in BSS; sutura, an. gen.". Vengono effettuati prelievi per esame colturale dell'umor vitreo (13.05.2008) e liquidi di infusione eseguiti solo per microrganismi aerobi negativa. Alla dimissione del 23.05.2008 venne posta la seguente diagnosi : "OS postumi d'intervento di cataratta: endoftalmite. Terapia OD in collirio Trusopt, Droptimolo, Tobradex, Visumidriatic; Diamox cpr, Polase bustine, Deltacortene 5+5 mgr. ^{Con} 9.6.2008. Il 23.06.2008 il visus di OS è "conta dita, depositi endoteliali, IOL centrata, torbidità della camera vitrea, si propone reintervento". Viene eseguita una Ecografia in data 23.06.2008: "camera vitrea occupata da picchi di media ed alta refettività, mobili, compatibili con presenza di processo infiammatorio in paziente precedentemente sottoposta a chirurgia vitreoretinica (Bulbo in BSS), residua presenza di vitreo infiammatorio anteriore".

- La sig.ra Pt_1 viene pertanto nuovamente ricoverata sempre presso Il CP_2 di Pavia per "OS endoftalmite cronica"; il 30.06.2008 viene eseguito un nuovo intervento di "peritomia limbare superiore e temporale"; il diario operatorio evidenzia "apertura di 3 sclerotomie, vitrectomia via pars plana con pulizia della base sotto indentazione, aspirazione di coaguli fbrinosi sul polo posteriore e nella periferia inferiore, la retina risulta accollata e di aspetto trofco, la papilla irrorata normalmente, lavaggio della camera anteriore (An.Gen)".
- A seguito di decorso regolare, la paziente viene dimessa il 4.7.2008 con retina piana, terapia Tobradex coll, Okacin coll, Visumidriatic. Consigliata astensione dal lavoro per 3-4 settimane, srl previsto 14.07.2008.
- Successivamente la paziente patì un ipertono oculare OS, dolore che la condusse ad un nuovo accesso presso altra struttura nosocomiale (da cui una sequela di interventi in situazione non più recuperabile).

Il consulente specialista, dott. Per_2 ha quindi approfondito la duplice tematica della contrazione della infezione e dell'emergere di endoftalmite cronica.

Premesso che "le infezioni che sopravvivono dopo la chirurgia oculare e in particolare le endoftalmi rappresentano la più devastante complicanza di questa chirurgia" il dott. Per_2 ha osservato come le caratteristiche di emersione della infezione, pur valutando la correttezza della esecuzione dell'intervento e la correttezza della profilassi antibiotica nonché la descrizione del quadro obiettivo oculare della paziente, consentono di affermare, con un giudizio di alta probabilità, che la endoftalmite che gravò la sig.ra Pt_1 ebbe natura settica endooperatoria.

Il tema è stato lungamente ed approfonditamente trattato, sin dalle prime battute nel corso del procedimento di accertamento tecnico preventivo, di modo che il consulente ha potuto offrire al Tribunale plurimi elementi su cui fondare detto accertamento.

In particolare si è osservato che, avendo come parametro di riferimento le Linee Guida ESCRS per la profilassi dell'endoftalmite (Barry e coll., 2007) (Tabella 2) all'epoca dell'evento, "Dalla disamina del referto operatorio nonché, come già anticipato, non risultano complicanze specifiche della manovra chirurgica. In particolare non risulta l'insorgenza di una rottura capsulare con caduta di masse nel vitreo (invece ipotizzato nella cartella clinica dell'Ospedale CP_2 del 17.10.2016 in occasione dei numeri trattamenti avvenuti nel corso degli anni) così come verrà poi confermato anche dalla disamina del referto operatorio del 13 maggio 2008 della Clinica Oculistica dell'Ospedale CP_2 che esclude la presenza di rotture capsulari con successiva caduta di masse nel vitreo. Per quanto attiene la profilassi, risulta effettuata la profilassi con vancomicina in camera anteriore nonché l'antisepsi

con povidone iodato 5% pre intervento nel sacco congiuntivale. Come già richiamato essa risulta corretta, da questo punto di vista infatti i sanitari hanno diligentemente adempiuto al loro dovere adottando tutte le pratiche di profilassi all'epoca in atto. Sotto il profilo della profilassi ambientale l' [redacted] *Controparte_3* ha presentato agli atti documentazione riguardante la sala operatoria, i processi di sterilizzazione, gestione delle infezioni delle ferite chirurgiche, pulizie dei reparti, sorveglianza delle resistenze batteriche, sanificazione blocco operatorio" Il CTU ha osservato che sebbene "non vi sono dati che facciano propendere per una contaminazione estesa dell'ambiente operatorio (es. più casi di endoftalmite nella stessa giornata) tuttavia il proseguo clinico pare dimostrare che il "momento" di contaminazione possa essere stato proprio l'intervento chirurgico, non essendovi elementi che possano portare a concludere e/o indirizzare in una fonte alternativa di pari validità della contaminazione. Si rileva che le indagini microbiologiche successivamente eseguite in altra sede hanno avuto esito negativo e ciò non consente di escludere in senso assoluto che si sia trattato di un'endoftalmite asettica. Però, considerate le caratteristiche cliniche di presentazione del caso, nonché l'eccezionalità delle forme asettiche, si deve concludere, quantomeno in termini probabilistici, per una forma di endoftalmite di natura settica, anche perché nella forma asettica, che va sotto il nome di TASS (Toxic Anterior Segment Syndrome), il quadro soggettivo e obiettivo inizia a manifestarsi entro le prime 12/48 ore (pagina 18, Barry 2007). La descrizione del quadro clinico (come verrà di seguito affrontato) fuga poi i dubbi restanti sul punto. Detto ciò, va considerato che nel novero delle plurime, complesse, articolate e sovrapposte manovre sanitarie prestate (sterilizzazione delle sale operatorie, preparazione degli strumentari chirurgici e degli altri presidi medici perioperatori; disinfezione del sito di accesso operatorio; manovre medico-chirurgiche eseguite dai diversi operatori; disinfezione al termine della procedura; successive medicazioni; disinfezione delle aree di degenza e dei vari presidi e apparecchi medicali; assistenza diretta alla paziente per somministrazione di terapia, valutazione obiettiva, cura dell'igiene, gestione domiciliare, etc etc), è impossibile accertarne sia l'assoluta correttezza, nonché impossibile identificare quale fu il momento specifico di contaminazione che portò poi all'endoftalmite. Dalla disamina degli eventi non è possibile identificare quindi nello specifico alcun inadempimento qualificato in termini soggettivi di colpa per imperizia, imprudenza o negligenza, né di violazione di regole specifiche in capo ai singoli operatori, tuttavia identificando con elevata probabilità la fonte di contaminazione come quella chirurgica. Si deve osservare che, sulla scorta dei dati di letteratura scientifica sopra richiamati, le endoftalmiti dopo interventi di chirurgia oculare, anche nell'epoca attuale non rappresentano eventi eccezionali, avendo a tutt'oggi, purtroppo, un'apprezzabile incidenza. La latenza di alcuni giorni tra l'intervento e il rendersi manifesto dell'infezione (6 giorni), nonostante l'iniezione intraoculare intraoperatoria di antibiotico, porta a ritenere che il processo endoftalmite non fu cagionato da un germe particolarmente virulento: ragionevolmente un saprofita, piuttosto che un tipico germe nosocomiale propriamente detto, o che comunque esso non fu introdotto nell'occhio in alta carica. Residua l' alternativa, che il microrganismo possa essere introdotto in epoca successiva all'intervento (ad es. per successiva toccatura della superficie congiuntivale e secondaria penetrazione attraverso la breccia chirurgica). Tuttavia si tenga conto che il momento chirurgico, anche prescindendo dal tipo di microrganismo coinvolto, presenta una validità intrinseca che lo rende molto più probabile della contaminazione post chirurgica, anche in relazione al quadro clinico di endoftalmite settica con interessamento sia del segmento anteriore (edema corneale, tyndall ++), sia posteriore (picchi di bassa e media refettività, mobili, compatibili con processo infiammatorio vitreale)".

Il CTU ha poi escluso in radice la causa asettica della infezione osservando che "al momento del ricovero (presso il [redacted] *CP_2* di Pavia) la patologia infiammatoria interessava

principalmente il segmento anteriore del bulbo (edema corneale, acqueo infiammatorio con Tyndall++, lentina intraoculare in sede, fondo esplorabile, non si visualizzano aree emorragiche), anatomicamente separato dal segmento posteriore (vitreo e retina). Contestualmente è stata eseguita l'ecografia bulbare di OS (profilo bulbare nei limiti. Camera vitrea occupata da picchi di medio bassa refettività, mobili, compatibili con processo infiammatorio vitreale). Al ricovero venne impostata la terapia sistemica e topica: • CEFOTAXIMA SODICO 1gr x 2 die e.v. + METILPREDNISOLONE 40 mg e.v. die; • Antidolorifici e tranquillanti per os; • terapia topica (TOBRAMICINA-DESAMETASONE COLL + TROPICAMIDE COLL + DORZOLAMIDE COLL+ EPARINA COLL). Risulta chiaro dalla descrizione del quadro obiettivo oculare, nonché da quello strumentale, che si è trattato di una endoftalmite settica con interessamento sia del segmento anteriore (edema corneale, tyndall ++), che posteriore (picchi di bassa e media reflettività, mobili, compatibili con processo infiammatorio vitreale), e non di TASS." (pag 33 del primo elaborato peritale).

Quanto alla seconda fase della vicenda clinica, e quindi alla diagnosi di endoftalmite ed alla sua cura il dott. Per_2 ha osservato come la diagnosi precoce e la terapia appropriata sono i due fattori determinanti la prognosi delle endoftalmiti.

Nel caso di specie, tuttavia, quanto all'operato dei sanitari del Controparte_2 i CTU hanno osservato che "Le Linee Guida ESCRS 2007 per la terapia delle endoftalmiti, come più sopra riportato, consigliano subito dopo la diagnosi clinica e la ultrasonografia del vitreo e della retina (e questo è stato fatto), di effettuare un prelievo di acqueo e vitreo per esame microbiologico e di iniettare direttamente nel vitreo antibiotici quali vancomicina e/o ceftazidime. Questo non fu fatto. Fu prescritta terapia sistemica con cefotaxima e metilprednisolone oltre a tobramicina più desametasone più vasodilatatori topici più ipotensivi oculari. Dopo un iniziale miglioramento al sesto giorno si manifestò l'inversione della tendenza al miglioramento, con aumento della estensione del processo infiammatorio nel segmento posteriore (specificatamente evidenziato dal considerevole aumento del dolore e da aumento della torbidità vitreale): venne eseguito trattamento chirurgico di vitrectomia volto alla rimozione del vitreo infiammatorio dal segmento posteriore del bulbo. A seguito della recidiva del processo infiammatorio riscontrata in occasione del secondo controllo post dimissione del 23.06.2008, si rese necessario procedere a una vitrectomia additiva. Le Linee Guida ESCRS del 2007 a pagina 20 così riportano: "Il gold standard del trattamento dell'endoftalmite postoperatoria acuta è l'immediata vitrectomia, completa, a tre vie via pars plana". Tali Linee Guida superano le Linee Guida dell'EVSG del 1995 in cui la rimozione del vitreo era consigliata al 50% (Pag. 1480)".

Inoltre "Sempre le stesse linee guida ESCRS 2007 (vedi Tabella 3) riportano che in caso di esito negativo della prima iniezione intravitreale di antibiotici, unitamente alla vitrectomia vada ripetuta l'iniezione intravitreale di antibiotici. Questo non fu eseguito, censurabile quindi la scelta di approccio di trattamento. Nel corso del primo intervento infatti la vitrectomia non fu completata, prova ne è che si è assistette ad una recidiva del processo infiammatorio vitreale. Cosa che non sarebbe successa, o non avrebbe dovuto succedere, ripetiamo, nel caso di una vitrectomia completa nel corso del primo intervento. Inoltre, sempre nel corso del primo intervento di vitrectomia, non fu effettuata come detto l'ulteriore iniezione di antibiotici come da protocollo ESCRS. Tutti motivi di censura nell'operato dei sanitari della struttura in questione."

In definitiva l'analisi del CTU porta a considerare che "In sostanza, successivamente al ricovero presso di Pavia, la ricorrente manifestò numerosi episodi di recidive di uveite all'occhio sinistro (in cartella 17.08.2009 risultano nel numero di circa 13), conseguenza della pregressa endoftalmite. Tali fenomeni infiammatori hanno dato luogo verosimilmente a processi fibrotici dell'angolo irido-corneale (angolo della

camera anteriore), con impossibilità al deflusso dell'umore acqueo e conseguente glaucoma secondario, che ha necessitato di interventi chirurgici a seguire: trabeculectomia prima e ciclofotocoagulazione dopo, con esito negativo. Va sottolineato che la sig.ra Pt_1 già prima dell'intervento di cataratta del 28.04.2008, era in terapia con Cosopt in ambo gli occhi, come da lei riferito nel [REDACTED] cioè in terapia con farmaci ipotonizzanti bulbari tipici per glaucoma. Si trattava pertanto già di una paziente glaucomatosa il cui stadio non è tuttavia possibile stabilire al momento dell'intervento di cataratta in quanto assente l'esame della papilla ottica e un campo visivo computerizzato.... Risulta evidente che la gestione della endoftalmite diagnosticata a Pavia non fu consona alle linee guida della ESCRS all'epoca conosciute e che questo comportò tutta la sequela di fenomeni infiammatori successivi esitati nel glaucoma secondario e nella perdita completa della funzione visiva con ogni probabilità in un soggetto con un substrato glaucomatoso precedente."

Quanto al danno conseguenza i CTU hanno rilevato che il prolungarsi della vicenda clinica dopo il primo ricovero presso l'Istituto Clinico [REDACTED] (attualmente [REDACTED] fu da imputarsi in parte dall'endoftalmite post chirurgica di cui si è detto ed in parte all'errato trattamento della stessa. Infatti qualora correttamente ed esaustivamente trattata nel corso del primo ricovero non vi sarebbe stata la necessità di procedere ad ulteriori ricoveri e si sarebbe ridotto il rischio di quella flogosi i cui esiti hanno favorito le complicanze di seguito verificatesi.

La lesione alla integrità psicofisica della perizianda è stata valutata nella misura percentuale del 27%. Tale valore, come precisato dai CTU nel primo elaborato, tiene conto della attuale perdita totale del visus all'occhio sinistro ed anche della circostanza che "pur nel dubbio di una paziente glaucomatosa bilaterale, possiamo tenere conto del risultato dell'intervento sull'occhio controlaterale (eseguito poi nel 2016) che diede esito favorevole (visus odierno 9-10/10 quindi quasi completo). Si ricorda inoltre che la condizione del visus in OD risultasse inizialmente sovrapponibile a quella in OS. Pur con la variabilità a cui non si può dare certezza in casi consimili, sarebbe stato corretto attendersi quindi un visus quasi completo (almeno 9/10) così che il danno iatrogeno ad oggi da riconoscersi debba essere quantificato in misura pari al 27% (ventisette per cento)"

I consulenti dell'ufficio hanno poi affrontato il tema della riconducibilità (materiale) del danno alle due strutture facendo riferimento alla natura della condotta colposa rispettivamente riscontrata; hanno quindi affermato che "qualora correttamente ed esaustivamente trattata nel corso del primo ricovero la endoftalmite non vi sarebbe stata la necessità di procedere ad ulteriori ricoveri e si sarebbe ridotto il rischio di quella flogosi i cui esiti hanno favorito le complicanze di seguito verificatesi" e che "nei casi di endoftalmite purtroppo, proprio per le caratteristiche della patologia, non è garantita una ripresa. I dati di letteratura sopra riportati, rilevano che patologia consimili portino ad un pregiudizio considerevole del visus, con recupero in caso di corretto e pronto trattamento, al più di un visus intorno ai 3/10 come risulta da tutta la letteratura sull'argomento comprese le Linee Guida ESCRS. Sulla scorta di tale osservazione possiamo concludere che l'infezione da ricondursi alla manovra chirurgica eseguita presso l'[REDACTED] avrebbe comportato un pregiudizio dell'integrità psico fisica del soggetto quantificabile intorno al 14% mentre la quota aggiuntiva sino all'odierno 27% sia da imputarsi al ritardato ed incongruo trattamento dovuto alla gestione posta in essere dall' [REDACTED] Controparte_7."

Quanto alla inabilità temporanea i consulenti hanno affermato che "Possiamo riconoscere quindi che il primo ricovero presso l'Ospedale [REDACTED] prolungatosi dal 4-5-2008 sino al 23-5-2008 sia da imputarsi al processo infettivo ricondotto all'intervento presso l'[REDACTED] configurando un periodo di invalidità temporanea biologica assoluta di giorni diciannove. Il prolungamento della malattia che seguì fu invece dovuto alle errate cure poste in essere presso l'Ospedale CP_2. Si riconoscono quindi i 38 giorni tra i due ricoveri e i ricoveri

successivi (dal 30-6-08 al 4-7-08) nonché ulteriori tre ricoveri presso altra struttura: dal 9-8-08 al 12-8-08 (gg. 3) e dal 17-8-09 al 31-8-09 (gg 14). Complessivamente quindi la fase di prolungamento della malattia dovuta all'erroneo trattamento in capo all'Ospedale [REDACTED] portò ad un periodo di invalidità temporanea biologica in forma assoluta di giorni ventuno, seguito da due mesi in forma parziale al 50%.”

A seguito delle osservazioni dei CTP i consulenti dell'ufficio hanno ulteriormente precisato che “La diagnosi clinica di endoftalmite viene posta sei giorni dopo l'intervento: in anamnesi del 4 maggio è scritto "Faco + IOL 28.04.2008, nei giorni successivi insorgenza di dolore e occhio rosso". Si tratta quindi di una endoftalmite postoperatoria acuta (diagnosi clinica successiva di soli sei giorni dall'intervento) in cui la infezione batterica ha origine verosimilmente dalla contaminazione della ferita e dell'interno dell'occhio in ambiente perioperatorio.” Inoltre “Anche se non è possibile individuare con sufficiente ragionevolezza l'esatto elemento causativo dell'infezione, la latenza di alcuni giorni tra l'intervento e il rendersi manifesto dell'infezione, nonostante l'iniezione intraoperatoria di antibiotici, porta a ritenere che il processo endoftalmitico non fu cagionato da un germe particolarmente virulento, ma ragionevolmente da un saprofito, piuttosto che da un germe nosocomiale; o che comunque non fu introdotto nell'occhio in alta carica o che la carica sia stata parzialmente ridotta dalla iniezione intracamerale di antibiotico e si può concludere altresì che non fu introdotto in epoca successiva all'intervento per secondaria penetrazione attraverso le breccie chirurgiche. In quest'ultimo caso si sarebbe dovuto avere una imperfetta chiusura del tunnel corneale ed in questo caso sarebbe un errore del chirurgo. Infatti una imperfetta chiusura del tunnel in cornea chiara può dare luogo, a seguito di alterazioni postoperatorie della pressione intraoculare (IOP), a una specie di risucchio con conseguente afflusso del liquido e particelle extraoculari nella camera anteriore (Barry e coll, 2013)”.

In ordine ai profili valutativi del danno i Consulenti dell'ufficio hanno approfondito, su sollecitazione dei CTP di entrambe le parti, la circostanza della situazione preesistente della paziente ed in particolare la patologia glaucomatosa. Essi hanno richiamato quanto già scritto in relazione “Risulta evidente che la gestione della endoftalmite diagnosticata a Pavia non fu consona alle linee guida della ESCRS all'epoca conosciute e che questo comportò tutta la sequela di fenomeni infiammatori successivi esitati nel glaucoma secondario e nella perdita completa della funzione visiva con ogni probabilità in un soggetto con un substrato glaucomatoso precedente” Aggiungendo che “vero che il campo visivo effettuato in sede di CTU mostrava OD ampio scotoma arciforme nei settori temporali coinvolgenti la macchia cieca e che questo non significa che il campo visivo dell'occhio sinistro fosse equivalente, ma anche se lo fosse stato, ripetiamo, non avrebbe coinvolto in nessun modo il punto di fissazione, così che il visus centrale non avrebbe avuto problematiche equivalenti, come invece vorrebbero fare credere i CTP”. Inoltre i CTP ritengono che la valutazione del 27% avrebbe dovuto essere ridotta per le alterazioni glaucomatose verosimilmente presenti all'occhio sinistro. I consulenti dell'ufficio hanno osservato che “tuttavia tenuto conto della funzionalità visiva e dell'andamento della patologia stessa, non si ritiene ragionevole tale asserzione. Si ribadisce come l'endoftalmite una volta trattata avrebbe permesso un recupero di non più di 4-5/10. Va ricordato però che il giorno 04.07.2008 la retina appariva accollata e di aspetto trofico (lettera dimissioni CP_2 CP_2) e quindi del tutto coerente e compatibile con recupero funzionale ottimale. Va ricordato infine che la qualità della funzione visiva è legata più che alla endoftalmite in sè stessa alla non perfetta gestione della patologia. Tenuto conto di tutto ciò, vista la perdita completa della funzione visiva dell'occhio sinistro, non per alterazioni retiniche più o meno importanti, ma per l'insorgenza del glaucoma secondario a seguito delle numerose recidive di uveite (infiammazioni) postendoftalmite, nonché la presenza di un inestetismo per quanto attiene sempre all'occhio

sinistro, si riconferma che la valutazione data tiene conto sia della quantità del visus che della componente estetica”.

Gli approfondimenti acquisiti nel corso del processo di merito hanno consentito di fugare ogni dubbio sulla sussistenza delle condotte negligenti e sulla insussistenza di cause “esterne” non riconducibili alla negligenza delle due strutture ospedaliere nella causazione del danno lamentato dalla attrice ed accertato dalla indagine peritale (nel corso della quale la sig. CP_8 è stata visitata più volte in ultimo con il seguente esito: “annessi lieve riduzione della rima palpebrale; congiuntive con pigmentazione al limbus su 360°, bozza congiuntivale h. XII piana non rilevata (esiti di trabeculectomia); cornea opacità periferiche ad ore III con aderenza angolare ad ore II; camera anteriore profonda e otticamente vuota; iridotomia periferica h XII, pupilla ovalare ad asse h VIII-II della lunghezza di 4 mm. con gavocciolo di pigmento al bordo pupillare ad h. II; riflessi quasi assenti; pseudofachia con campo pupillare retro IOL occupato da una massa di colorito biancastro che non consente la visualizzazione dei mezzi retrostanti. Tono 12 mmHg. Pachimetria centrale 610. Visus zero (Ø)”.

Il primo approfondimento richiesto riguarda l'assunzione di terapia con Cosopt e l'eventuale interferenza della stessa nella preparazione dell'intervento e nel decorso post operatorio. I consulenti hanno rilevato che “come già precisato, dalla cartella clinica degli IRCCS non risulta l'assunzione di Cosopt, nonostante la stessa avesse dichiarato durante le operazioni di averlo assunto da tempo, già in precedenza al ricovero del 2008, in entrambi gli occhi, come plausibile, trattandosi di paziente glaucomatoso. Il dato tuttavia non risulta rilevante, tenuto conto che l'assunzione del farmaco non ha interferito in alcun modo né con la preparazione né con il decorso post operatorio e, se il dato fosse stato noto e correttamente inserito in cartella clinica, non sarebbe stata necessaria alcuna scelta terapeutica alternativa”.

Il secondo punto del quesito, mira a comprendere se vi possa essere stato un ruolo delle medicazioni al domicilio nell'infezione poi verificatasi. I consulenti hanno osservato che “come già precisato in precedenza, l'endoftalmite patita dalla paziente risulta essere di eziologia settica benchè non via la certezza del microrganismo coinvolto (la forma asettica, detta anche TAS - Toxic Anterior Syndrome - ha un quadro del tutto diverso e nel caso di specie, come già affrontato, può essere esclusa), è possibile affermare che con alta probabilità l'infezione sia stata contratta durante il corso dell'intervento chirurgico. Infatti le possibilità che un microrganismo possa essere introdotto nell'occhio in epoca successiva all'intervento per secondaria penetrazione attraverso la breccia chirurgica, è legata al fatto che la breccia chirurgica non sia completamente chiusa. In caso di breccia chirurgica non completamente chiusa si ha in genere un ipotono oculare con inversione del tragitto del film lacrimale in cui navigano i batteri, dall'esterno all'interno dell'occhio, passando attraverso la breccia chirurgica non del tutto chiusa. Ma ciò non risulta dalla documentazione clinica successiva all'intervento, per cui è possibile riconfermare con elevata probabilità che la fonte di contaminazione fu quella chirurgica e non una contaminazione al domicilio”.

Quanto al terzo punto del quesito, attinente alla documentazione esaminata dai CTU in relazione alle procedure volte ad evitare la contrazione di infezioni nosocomiali da parte di [REDACTED] e quale concreta loro attuazione sia stata documentata dalla parte (ad es. dati in ordine alla assenza di infezioni simili nella stessa giornata) i consulenti, dopo avere rilevato che non risulta che nella stessa giornata ci siano state infezioni simili in sala operatoria e non esiste una documentazione della Direzione Sanitaria su quanto sopra che possa comprovarlo nello specifico, hanno elencato i protocolli esaminati osservando tuttavia che “a. l'intervento è stato effettuato il 28.04.2008; b. il documento 5A (istruzioni operative – controlli ambientali) è stato redatto il 27 gennaio 2003 (5 anni prima) c. il documento 5B (linee guida antibiotico

proflassi pre operatoria) è stato redatto il 15 maggio 2007 (un anno prima) d. il documento 5C (procedura gestione delle infezioni delle ferite chirurgiche) è stato redatto il 27.10.2008 cioè 6 mesi dopo l'intervento; e. il documento 5D (procedura di pulizia nei reparti) è stato redatto il 24.06.2002 (6 anni prima dell'intervento) f. il documento 5E (procedura sorveglianza delle resistenze batteriche) è stato redatto il 27.11.2008 cioè 7 mesi dopo l'intervento g. il documento 5F (Protocollo infermieristico pulizia e sanificazione del blocco operatorio) è stato redatto il 26.08.2005 (3 anni prima dell'intervento). Per quanto attiene infine alla scheda operatoria numero 712/2008, dalla descrizione dell'intervento risulta: cataratta, Facio + IOL, Iodopovidone 5% nel sacco congiuntivale, Facio + IOL, Vancomicina in CA. Si segnala che nel referto non è segnato quale occhio sia stato operato, non è annotata la disinfezione della cute palpebrale con Iodopovidone e per quanto tempo (come stabilito dalle Linee Guida della ESCRS e dalla SOI) e non risulta il tempo di permanenza dello iodopovidone nel sacco congiuntivale (che risulta eseguita) che dovrebbe essere tra i 2 e i 3 minuti a inizio dalla copertura dell'occhio con telino sterile; non risulta la descrizione dei diversi tempi dell'intervento ma solo Facio + IOL, che è il tipo di intervento; risulta l'introduzione in CA di vancomicina, ma non di cefuroxime, come stabilito dalle Linee Guida dell'ESCRS e della SOI sulla prevenzione dell'endoftealmite postoperatoria. In sostanza la Struttura ha indubbiamente prodotto una serie di documenti attestanti la presenza di specifici protocolli e procedure di monitoraggio in essere già da tempo, volte a ridurre l'incidenza di infezioni nosocomiali, tuttavia non è possibile nel caso specifico stabilire se tutto il personale intervenuto abbia in concreto assolto quanto previsto dalla struttura. Vi è senza dubbio una quota parte di infezioni nosocomiali che non sono debellabili nonostante il corretto assetto preventivo. Va qui poi osservato, come nel caso di specie si tratti di un intervento "pulito" vale a dire con campo operatorio non contaminato ed inoltre si sottolinea che l'incidenza di tale complicanza sia rara e, quindi, la sua manifestazione, non sia di portata tanto elevata da far presumere che non si possa prevenire nonostante l'applicazione delle manovre necessarie.".

Quanto al quarto tema di approfondimento i CTU hanno osservato che "Per quanto attiene alla contestazione di un rischio eccessivo questo riguarda non l'esecuzione di una corretta terapia, ma il risultato funzionale dell'intervento, trattandosi di un paziente glaucomatoso. E infatti nella scheda dell'esame obiettivo è testualmente scritto "la paziente è a conoscenza del dubbio recupero visivo dopo intervento di cataratta" (N.B.: legato ovviamente alla presenza della patologia glaucomatosa)".

Infine quanto alla previsione del danno hanno affermato che "Per quanto attiene alla pericolosità e gravità della contrazione dell'infezione e sviluppo dell'endoftealmite, se non trattata in assoluto avrebbe portato non solo alla completa perdita della vista, ma con buona probabilità alla perdita anatomica dell'occhio. Per quanto attiene alla possibilità di completa guarigione è verosimile che in caso di vitrectomia completa e precoce i dati della letteratura considerano che analoghe patologie pur con corretto e pronto trattamento come sopra detto (vitrectomia precoce) comportano un visus non superiore ai 3/10 (come peraltro già da noi riportato a pagina 37 della CTU). Già si è detto sulle motivazioni per le quali si è giunti a questa valutazione, che tengono ovviamente conto sia degli aspetti legati al visus sia del quadro estetico residuo.

Tanto premesso le conclusioni cui i consulenti sono pervenuti meritano piena condivisione.

Risulta infatti accertata la contrazione di una infezione di carattere nosocomiale patita dalla sig.

Parte 1 in relazione all'intervento di cataratta avvenuto presso [REDACTED]. Il tema è stato lungamente esplorato dei CTU che ne hanno evidenziato le ragioni connaturate sia alla particolare tipologia della infezione sia alla tempistica di emergenza più volte esprimendo un

giudizio connotato dai caratteri di “alta probabilità”; risulta esaustivamente esplorato sia il tema della possibile causa asettica, sia quello della sussistenza di una possibile fonte infettiva “domiciliare” e i CTU hanno convintamente attribuito al fatto rilevante dell’intervento la causa della infezione escludendo motivatamente possibili cause alternative.

Del resto anche l’esame della varia documentazione di prevenzione delle infezioni prodotta da [REDACTED] non ha raggiunto la soglia della esaustività alla luce dei rilievi svolti dai CTU che hanno analizzato in dettaglio il verbale operatorio ed hanno osservato come le caratteristiche e le conseguenze della infezione poi manifestatasi richiedano sempre una massima attenzione.

Sulla base della ripartizione degli oneri probatori infatti come in apertura richiamati per le ipotesi peculiari di infezioni nosocomiali ricade sulla struttura sanitaria l’onere di dimostrare che sono state poste in essere tutte le cautele possibili e concretamente esigibili al fine di evitare l’evento infettivo. Nel caso di specie la struttura non ha dato alcuna prova in tal senso all’infuori che per la somministrazione della terapia antibiotica e per la prova della sussistenza di protocolli pur adeguati, ma certamente non esaustivi in assenza della prova di una loro concreta attuazione.

Ricondotta dunque alla responsabilità colposa della convenuta [REDACTED] la contrazione dell’infezione deve darsi conto della circostanza che i CTU abbiano anche accertato profili di negligenza anche in capo alla seconda convenuta, *Controparte_2*, per la inadeguatezza della cura.

Infatti è stato specificatamente osservato che le Linee Guida ESCRS 2007 per la terapia delle endoftalmiti consigliano subito dopo la diagnosi clinica e la ultrasonografia del vitreo e della retina (e questo è stato fatto) ma anche di effettuare un prelievo di acqueo e vitreo per esame microbiologico e di iniettare direttamente nel vitreo antibiotici quali vancomicina e/o ceftazidime, condotta che non venne posta in essere. Inoltre la vitrectomia non fu completa (come invece avrebbe dovuto essere) prova ne è che si è assistette ad una recidiva del processo infiammatorio vitreale. Cosa che non sarebbe successa, o non avrebbe dovuto succedere, ripetiamo, nel caso di una vitrectomia completa nel corso del primo intervento.

Di conseguenza dalla negligente cura della infezione da parte dei sanitari della *CP_2* [...] conseguì tutta la sequela di fenomeni infiammatori successivi esitati nel glaucoma secondario e nella perdita completa della funzione visiva con ogni probabilità in un soggetto con un substrato glaucomatoso precedente.

I consulenti hanno avuto modo di precisare che, se l’infezione fosse stata ben curata, il risultato atteso sarebbe stato certamente diverso, consentendo alla paziente di quantomeno conservare il visus, in misura pur limitata ma comunque sussistente. E’ stato quindi escluso che le cure prestate dalla *CP_2* non avrebbero potuto comunque portare ad un esito positivo della infezione; infatti i consulenti hanno spiegato che da un lato l’endoftalmite, se non trattata in assoluto avrebbe portato non solo alla completa perdita della vista, ma con buona probabilità alla perdita anatomica dell’occhio e dall’altro, per quanto attiene alla possibilità di completa guarigione è verosimile che in caso di vitrectomia completa e precoce i dati della letteratura considerano che analoghe patologie pur con corretto e pronto trattamento come sopra detto (vitrectomia precoce) comportano un visus non superiore ai 3/10.

La percentuale di compromissione accertata in capo alla attrice è stata valutata dai CTU pari al 27%, percentuale che comprende come ben precisato sia la componente della perdita della vista sia la componente estetica di tale conseguenza anche anatomica.

Come hanno spiegato i consulenti si tratta di una percentuale di compromissione interamente legata alle condotte iatrogene, dovendosi escludere che essa sia anche conseguenza della condizione glaucomatosa di cui la sig.ra *Pt_1* era portatrice. Tale considerazione trova ragionevole ed apprezzabile fondamento nel fatto che l’occhio destro, pur caratterizzato da una situazione del tutto sovrapponibile al sinistro, quando venne operato di cataratta nel 2016, ebbe un decorso del tutto favorevole con conservazione ottimale del visus nonostante la condizione

suddetta (di tal che l'assunzione del farmaco Cosopt quand'anche dimostrata non costituisce fattore rilevante nell'accertamento delle conseguenze lesive).

Pur con la variabilità a cui non si può dare certezza in casi consimili, sarebbe stato corretto attendersi – in assenza di infezione - quindi un visus quasi completo (almeno 9/10) così che il danno iatrogeno ad oggi da riconoscersi deve essere quantificato in misura pari al 27% (ventisette per cento)''.

La percentuale di compromissione indicata dai CTU merita dunque piena condivisione in quanto riferita proprio al profilo di lesione determinata dalla perdita del visus (rispetto a quanto poteva attendersi in assenza di condotte iatrogene) oltre che della componente estetica. Si osserva che la perdita monolaterale dell'occhio è valutata, secondo i Baremes medico legali del manuale Genovese Del Sordo nella percentuale del 30%.

Accertata la condotta negligente ed il danno conseguente va ora valutato il profilo del nesso di causalità.

Trattandosi di un unico danno – la compromissione alla funzionalità visiva dell'occhio sinistro – il Tribunale rileva che la ricostruzione svolta dai consulenti dell'ufficio non consente di evidenziare interruzioni del nesso di causalità nella vicenda sanitaria che ha riguardato la sig.

Pt_1

Invero la contrazione dell'infezione ha innescato un “continuum” di sequele dannose nell'ambito del quale anche un corretto intervento dei sanitari della *Controparte_2* non avrebbe potuto eliminare del tutto l'esito infausto; né può affermarsi che un intervento diligente di quest'ultima avrebbe potuto determinare una completa guarigione dell'occhio sinistro ponendo quindi in una irrilevanza causale la contrazione della infezione addebitabile a [REDACTED]

Dunque, in assenza di una causa interruttiva, il riparto delle singole responsabilità rispetto al fatto dannoso finale andrà valutato soltanto nell'ambito interno dei due debitori solidali ma non rispetto alla paziente che vanta un diritto al risarcimento del danno pieno nei confronti di entrambe le strutture.

La liquidazione dei danni

Ciò posto, a titolo di danno biologico, permanente e temporaneo – applicando i criteri tabellari come formulati nelle più recenti tabelle del Tribunale di Milano– tenuto conto dell'età dell'attrice al momento dei fatti (si considera l'età di anni 58) e del punto percentuale accertato (27) deve riconoscersi l'importo di **euro 89.736,00.**

Quanto al danno per inabilità temporanea pare effettivamente adeguato il periodo indicato dai CTU (21 gg assoluta e 60 gg di parziale al 50%) tenuto conto della durata delle cure cui l'attrice rimase ricoverata e delle sequele che ne hanno compromesso l'attitudine a svolgere le quotidiane attività fino alla stabilizzazione dei postumi; tale danno può essere liquidato, calcolato sulla base del canone giornaliero indicato nelle tabelle poc'anzi richiamate, che indica quale valore giornaliero assoluto quello mediano di euro 115,00 , nella somma **di euro 5.865,00 .**

Quanto alla richiesta di riconoscimento della componente del danno morale si osserva quanto segue.

Il valore riconosciuto a titolo di danno biologico non comprende alcun valore riconducibile al profilo della sofferenza interiore cui notoriamente si ricollega il danno morale. A questo titolo la difesa ha evidenziato un profilo specifico di sofferenza avendo segnalato la particolare sofferenza legata al rilevante dolore fisico sopportato (del quale vi è chiara traccia nella documentazione medica) prolungato per diversi anni nonché la sofferenza soggettiva interiore legata alla percezione delle conseguenze dannose delle cure male eseguite cui si aggiunge anche la

sofferenza legata all'indebito protrarsi senza esito positivo di cure. Questo Giudicante non è estraneo al complesso dibattito che ha riguardato la posta risarcitoria in questione né tantomeno è indifferente alla consueta "unificazione" del danno morale a quello biologico. In adesione alle più recenti pronunzie della Corte di legittimità (cfr sentenza n. 901/2018) che, mediante un'interpretazione sistematica, approdano alla definitiva scorporazione del danno morale da quello biologico, può ritenersi che nel caso di specie vi siano elementi che conducono a ritenere sussistente una componente di danno riconoscendo alla attrice anche l'ulteriore importo di **euro 25.000,00**.

Non sono state esposte richieste per danno patrimoniale.

Su tale importo liquidato al valore attuale della moneta (con riferimento al danno non patrimoniale) non possono essere riconosciuti i c.d. interessi (legali) compensativi con decorrenza dall'illecito (alla luce dell'insegnamento risalente a Cass. Sez. Un. 17/2/1995 n.1712), giacché si verte in tema di debito di valore. Né risulta allegato un eventuale reimpiego del denaro tempestivamente messo a disposizione dal convenuto.

Sulla somma così risultante, corrispondente all'intero danno risarcibile liquidato a parte attrice, sono altresì dovuti gli interessi al tasso legale sino al saldo e con decorrenza dalla data della presente pronuncia, coincidente con la trasformazione del debito di valore in debito di valuta.

Complessivamente quindi il danno accertato e liquidato ammonta ad euro **120.601,00**, oltre interessi come sopra precisato.

La domanda di regresso di [REDACTED] nei confronti del [REDACTED] Controparte_4

Come è noto, ai sensi dell'art. 2055 c.c., quello tra i condebitori in solido che provveda alla *solutio* matura il diritto di rivalersi, con lo strumento del regresso, sugli altri corresponsabili, secondo la misura della rispettiva responsabilità. In via generale, non pare inutile ricordare che l'art. 2055 c.c., come affermato da giurisprudenza costante, costituisce un principio di carattere generale in tema di solidarietà, estensibile anche alle ipotesi di responsabilità contrattuale. In presenza di un unico evento dannoso imputabile a più soggetti, sia in tema di responsabilità contrattuale che di responsabilità extracontrattuale, per ritenere tutti i soggetti tenuti ad adempiere all'obbligo risarcitorio, è sufficiente, infatti, in base ai principi sul nesso eziologico e sul concorso di concause nella produzione dell'evento, che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrre l'*eventus damni* (cfr., da ultimo, Cass. civ., 6 dicembre 2017, n. 29218).

In linea di principio, la misura del regresso dovrebbe variare a seconda della gravità della rispettiva colpa e dell'entità delle conseguenze che ne sono derivate. Senonché il terzo comma della citata disposizione detta una presunzione *iuris tantum* di pari contribuzione al danno da parte dei condebitori solidali, che impone al *solvens* di provare la diversa misura delle colpe e della derivazione causale del sinistro. Più nel dettaglio, l'onere della prova delle circostanze volte a superare l'eventuale situazione di dubbio spetta a quella delle parti che vi abbia interesse: così "l'interesse sarà dell'attore se pretenda il rimborso di una somma superiore alla metà; sarà del convenuto se intende opporsi ad una richiesta pari alla metà, opponendo la propria totale assenza di colpa ovvero il grado inferiore di questa, poiché trattasi di fatto impeditivo della presunzione di pari concorso di colpa" (Cass. civ., 10 febbraio 2017, n. 3626).

Anche l'art. 1298 c.c., d'altra parte, detta la regola secondo la quale l'obbligazione in solido si divide tra i diversi debitori in parti che si presumono eguali, "se non risulti diversamente".

Ora nell'ambito della consulenza tecnica i CTU si sono specificatamente espressi sulla "riconducibilità" materiale dei danni a ciascuna condotta colposa riscontrata attribuendo a [REDACTED] una "percentuale" di imputazione pari al 14% e al CP_2 CP_2 una percentuale di imputazione pari al 13% .

La suddivisione, giustificata dai CTU in relazione alle singole colpe ravvisate ed alle conseguenze ad esse imputate, merita condivisione in quanto da un lato modulata in relazione alle effettive conseguenze riscontrate e dall'altro sostanzialmente rispondente ad una quasi parità di responsabilità che appare giustificata sulla base delle risultanze agli atti.

Nel caso in esame, infatti, [REDACTED] non ha dimostrato la sussistenza di una prevalente ed esaustiva responsabilità colposa in capo al CP_2, ed al contempo quest'ultimo non è risultato esente da una colpa medica.

Sussiste dunque una responsabilità interna che consente di ricondurre alla contrazione della infezione cagionata da l [REDACTED] un pregiudizio pari al 14% mentre al ritardato ed incongruo trattamento dovuto alla gestione posta in essere dall' Controparte_7 un pregiudizio pari alla quota aggiuntiva sino all'odierno 27% (e dunque un pregiudizio pari al residuo 13%).

Le spese di lite

Le spese di lite tra attrice e le convenute seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo tenuto conto del valore della causa ritenuto in sentenza, dei criteri tariffari di cui al DM 55/2014 come modificati dal DM 147/22 e della concreta attività difensiva svolta che ha riguardato due distinte strutture e diversi addebiti di negligenza (di tal chè è giustificata la richiesta di aumento del 30%).

Vanno altresì riconosciute le spese per il giudizio di atp nella misura richiesta.

Le spese di CTU, già liquidate con separato provvedimento, devono essere poste definitivamente a carico delle parti resistenti [REDACTED] e Controparte_2.

P.Q.M.

Il Tribunale di Milano, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, istanza od eccezione disattesa, così provvede:

Accoglie le domande di parte attrice e, per l'effetto, accertata la responsabilità professionale dei convenuti Controparte_9, li condanna, in solido tra loro, a risarcire il danno patrimoniale e non patrimoniale cagionato a Parte_1 che liquida in **euro 120.601,00**, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

In parziale accoglimento della domanda di regresso svolta da [REDACTED] dichiara che le quote di rispettiva competenza rispetto alla compromissione del 27% sono pari al 14% in capo a [REDACTED] e al 13% in capo a Controparte_4 con conseguente ripartizione di quanto liquidato in favore della attrice e corrispondente alla menomazione del 27% con detta suddivisione nel rapporto interno.

Condanna i convenuti [REDACTED] e Controparte_2, in solido, a rimborsare all'attrice le spese di lite, che liquida in complessivi euro 14.103,00, oltre contributo unificato oltre i.v.a., c.p.a. e spese generali come per legge per il giudizio di merito ed euro 1.914,00 per la fase di istruzione preventiva;

pone definitivamente a carico dei convenuti in solido le spese di c.t.u del presente procedimento, già liquidate con separato provvedimento.

Milano, 4 ottobre 2024

Il Giudice

Dott. Valentina Boroni