n. **17902/2020** r.g.a.c.

R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Tribunale di Napoli

VIII SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Napoli, VIII sezione civile, in composizione monocratica, dott. Pietro Lupi, ha pronunziato la seguente

SENTENZA

definitiva nella causa iscritta al n. 17902/2020 R. Gen. Aff. Cont. assegnata in decisione all'udienza del 6 marzo 2025 con la fissazione dei termini di cui agli artt. 190 e 281-*quinquies* c.p.c., l'ultimo dei quali è scaduto il 26 maggio 2025

TRA

Parte_1 c.f.: *CodiceFiscale_1* , [redacted] rappresentata e difesa, in virtù di procura allegata al ricorso *ex* art. 702-*bis*, dagli Avv.ti. [redacted] (c.f.: *CodiceFiscale_2* e [redacted] (c.f.: *CodiceFiscale_3* ed elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo studio del primo.

- ATTRICE

E

Controparte_1 p. iva *P.IVA_1* con sede in [redacted] (NA) alla [redacted] in persona del legale rappresentate *pro tempore*, dott. *Controparte_2* elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

studio dell'Avv. [redacted] (c.f.: CodiceFiscale_4 , dal quale è rappresentata e difesa in virtù di procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta.

- CONVENUTA

E

CP_3 c.f.: CodiceFiscale_5 , [redacted] ed ivi residente alla [redacted] elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'Avv. [redacted] (c.f.: CodiceFiscale_6), in virtù di procura apposta in calce alla memoria di costituzione.

- CONVENUTO

Oggetto: risarcimento danni da responsabilità professionale.

Conclusioni: nelle *ex* art. 127-*ter* con scadenza 6 marzo 2025 le parti hanno concluso nei termini che seguono.

I procuratori della ricorrente, nel riportarsi ai propri scritti difensivi, "-*accogliere la domanda di essa attrice… e per l'effetto accertare e dichiarare la responsabilità esclusiva della* Controparte_1 *[...] nella produzione del sinistro accorso… in relazione alle colpose condotte sanitarie accertate dalla CTU medica acquisita in atti e comunque ai fatti del sinistro per cui è causa e per l'effetto condannare la* [...] Controparte_1 *al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, con nulla di escluso e di eccettuato, riportati da essa attrice, ex tabelle Tribunale di Milano edizione 2024 aggiornate e al 01.01.2024, salvo diversa maggiore e/o minore determinazione e quantificazione, anche equitativa, dell'adita autorità giudiziaria oltre*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

interessi legali e rivalutazione monetaria sulle somme devalutate dall'epoca del nefasto sinistro, e che si precisano : A) - euro 144.745,00 (di cui euro 45.604,00 per danno morale) per danno biologico del 30% , euro 805,00 per 7 giorni di I.T.T. (115,00 al giorno), euro 862,50 per 15 giorni di I.T.P. al 50%, euro 41.976,05 per la personalizzazione del danno (pari al 29% del danno biologico e morale di euro 144.745,00), euro 36.186,25 per la lesione del consenso informato - danno all'autodeterminazione (25% di euro 144.745,00) oltre spese mediche documentate di euro 45,00 e comunque e in ogni caso presumibilmente sostenute; - gradatamente e in subordine… dichiarare la responsabilità esclusiva, alternativa e/o concorrente, della [...] Controparte_1 e/o del… [redacted] CP_3 ovvero chi di diritto e per l'effetto condannarli in solido e/o alternativamente ovvero condannare chi di diritto al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, con nulla di escluso e di eccettuato, in favore di essa attrice come precisati, imputati e determinati nel capo A) delle presenti rassegnate conclusioni… e sempre e comunque salvo diversa maggiore e/o minore determinazione e quantificazione, anche equitativa, dell'adita autorità giudiziaria, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria sulle somme devalutate all'epoca del nefasto evento; B) condannare la parte/i soccombente/i e comunque chi di diritto anche ai sensi degli artt. 91 e 96 comma terzo c.p.c., al pagamento… delle spese… ed onorario del procedimento e delle spese di CTU medica effettuata e al pagamento delle spese e competenze legali della documentata procedura di mediazione effettuata con attribuzione in solido e in favore dei conferenti avvocati. Si chiede l'assegnazione della causa a sentenza con la concessione dei termini

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

di legge…".

Il procuratore della convenuta struttura sanitaria, nel reiterare le impugnative alla C.T.U. depositata, ha chiesto "*disporre la rinnovazione della CTU, essendo la consulenza depositata affetta da insanabile nullità. In subordine chiede che i consulenti nominati rispondano puntualmente ai quesiti posti… In via ulteriormente gradata, si conclude per il rigetto della domanda poiché infondata in fatto e diritto, essendo le lesioni subite dalla Pt_1 espressamente contemplate nel consenso informato, ritualmente sottoscritto, ed avendo la CP_1 fornito la prova liberatoria dell'assenza di colpa avendo espletato - e documentato - l'applicazione di tutte le procedure previste per ridurre al minimo il rischio di esposizione ad infezione nosocomiale… nella denegata ipotesi in cui Questo Giudicante ritenga, comunque, la causa matura per la decisione, chiede concedersi i termini di cui all'art. 190 c.p.c.*"

Il procuratore del convenuto CP_3 , "*in via preliminare, - accertare riconoscere e dichiarare l'inammissibilità e/o improcedibilità del ricorso per le motivazioni espresse in narrativa; - accertare riconoscere e dichiarare l'incompetenza per territorio del tribunale adito in favore del Tribunale di [redacted] - accertare riconoscere e dichiarare la necessità di un istruttoria non sommaria e per l'effetto ordinare il mutamento di rito ex art. 702-ter c.p.c.. In via principale, nel merito, - accertare, riconoscere e dichiarare l'infondatezza, sia in fatto sia in diritto, delle domande proposte in giudizio dalla… Pt_1 In via subordinata, nel merito, - accertare, riconoscere e dichiarare, l'assenza di un contratto d'opera intellettuale tra la… Parte_1 e … CP_3 , e per gli effetti, accertare,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

riconoscere e dichiarare, l'insussistenza dei presupposti ex art. 2043 c.c. e per gli effetti, - rigettare le domande proposte in giudizio dalla ricorrente. In via ulteriormente subordinata, nel merito…, nella denegata di accoglimento delle domande proposte dalla ricorrente, - accertare, riconoscere e dichiarare l'esclusiva responsabilità della Controparte_1 […] ex art. 1218 e/o 1228 c.c., nonché, - accertare, riconoscere e dichiarare l'insussistenza dei profili di colpa grave a carico del CP_3 […], per le ragioni espresse in narrativa, e per gli effetti, - tenere indenne… CP_3 da qualsivoglia pretesa risarcitoria avanzata dalla… Pt_1 e da qualunque azione di regresso o rivalsa."

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

La domanda proposta da Parte_1 è in parte fondata e va accolta per quanto di ragione.

Con ricorso *ex* art. 702-*bis* c.p.c. depositato nella cancelleria di questo tribunale il 21 settembre 2020, la ricorrente ha chiesto il risarcimento di tutti di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali riconducibili al comportamento colposo, alla responsabilità *ex* lege e, comunque, all'inesatta e mancata esecuzione delle obbligazioni contratte e alla lesione del consenso informato scritto e del diritto all'autodeterminazione, di CP_3, medico operante nella Controparte_1 (d'ora in poi per comodità espositiva "CP_1"), e della struttura sanitaria stessa.

La ricorrente ha esposto:

- che, previa anamnesi, esami clinici preoperatori e sottoscrizione del consenso informato del 19.04.2018 effettuati presso la CP_1 in data 22.05.2018 nella stessa clinica veniva sottoposta ad intervento chirurgico di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

cataratta sull'occhio destro, eseguito in regime di convenzione con il servizio sanitario nazionale, dal resistente/medico *CP_3* nell'ambulatorio n. 11 del quale è direttore dell'unita operativa oculistica;

- che all'esito il dott. *CP_3* la dimetteva in pari data, riferendole di non preoccuparsi qualora avvertisse fastidi, malesseri, dolore e palpitazione all'occhio operato e programmandole una visita di controllo per il 24.05.2018;

- che quella sera stessa avvertiva dolore e palpitazione all'occhio destro per cui, a causa del rapido intensificarsi di malesseri e di sindrome dolorosa, nella prima mattina del giorno dopo si recava presso la Casa di Cura dove veniva visitata dall' *CP_3* , il quale provvedeva alla rimozione della medicazione ch'egli stesso aveva apposta dopo l'intervento diagnosticandole una endooftalmite e consigliandole un ricovero urgentissimo presso una struttura ospedaliera per sottoporsi a un intervento di vitrectomia;

- che, pertanto, su specifica indicazione del medesimo veniva visitata dal dott. *Persona_1* (indicatogli come professionista competente e in passato dipendente della Casa di Cura) presso il P.O. di [redacted] (CE) e, dopo l'esecuzione di esami preoperatori, in data 26.05.2019 (*recte*: 2018), sottoposta dal medesimo a detta vitrectomia;

- che nel luglio 2018 subiva anche una dacrioadenite acuta all'occhio operato e che, quindi, in conseguenza del primo atto operatorio di cataratta del 22.05.2018, essa contraeva un'endooftalmite post-chirurgica subendo, quindi, la subatrofia bulbare con perdita totale e funzionale del bulbo dell'occhio destro, la perdita totale del *visus* e della funzione visiva riportando, altresì, modifiche anatomiche fonte di inestetismo e di conseguente reattivo stato ansioso- depressivo;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

- che, in sintesi, dopo l'intervento di estrazione di cataratta all'occhio destro e di impianto di lente intraoculare, le insorgeva immediatamente la endooftalmite post-chirurgica con immediato processo infiammatorio delle tuniche interne dell'occhio trattato chirurgicamente che determinava in poche ore le menzionate nefaste conseguenze. Il tutto dovuto alla inadeguatezza del primo atto operatorio di cataratta e a causa della insufficiente organizzazione ed inefficienza aziendale del plesso chirurgico, costituito da locali non idonei e non afferenti a quelli definiti nel consenso scritto che aveva prestato, nel quale quell'intervento era stato compiuto, così come appurato nella perizia medico legale di parte in atti, che illustrava che la endooftalmite che l'aveva interessata era di origine batterico/infettiva causalmente collegata alla insalubrità dell'ambulatorio n. 11 in cui era stata eseguita;

- che all' *CP_3* , quale operatore sanitario, andavano ascritti anche altri addebiti: di avere colposamente ed imprudente omesso l'immediato prelievo di umor vitreo al fine della determinazione della etiologia infettiva e individuazione del germe, allorquando per l'urgenza manifestatasi, essa paziente si era portata presso la Casa di Cura dopo poche l'intervento chirurgico; di aver omesso di prescrivere un'adeguata terapia e profilassi pre e postoperatoria, anche in considerazione dell'effettivo luogo (l'ambulatorio n. 11) ove aveva eseguito l'operazione, non solo diverso da quello indicato nel modulo di consenso informato sottoscritto ma, altresì, inadeguato, inefficiente, non sanificato, né sterilizzato, carente quanto ad organizzazione e assistenza sanitaria, in cui non solo veniva operata indossando i suoi usuali vestiti civili e senza alcuna adeguata protezione ma, altresì, non dedicato, privo di spogliatoio per i pazienti e di area di sosta e

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

filtro post-operatoria, con consentito accesso non controllato e non protetto, immediatamente adiacente ad altri e diversi ambulatori della *CP_1* serviti tutti da una contigua e comune sala di attesa, ove tutti pazienti essa compresa, attendevano su indicazione di altri sanitari e del resistente, anche dopo l'operazione con la presenza promiscua di degenti, pazienti, visitatori ed accompagnatori in abiti "civili"(e quindi senza l'utilizzo di copricapi, camici, copri scarpe e mascherine occludenti e di ogni altro mezzo idoneo a non interrompere la catena di sterilita" che le linee guida, i protocolli, le norme sanitarie, le buone pratiche cliniche-assistenziali imponevano), come da rilievi fotografici in atti, dove, inoltre, l'intervento subìto precedeva e seguiva, senza alcuno stacco temporale, ad altri interventi nella stessa seduta operatoria e nello stesso ambulatorio n. 11, senza alcuna profilassi e protocollo idoneo a sterilizzare gli strumenti, oltreché i locali;

- che l'atto operatorio era stato preceduto anche dalla assoluta mancanza di idonea consapevolezza di corretta informativa di tali possibili esiti addirittura peggiorativi e deturpanti. Infatti, se avesse conosciuto in dettaglio il luogo effettivo dell'operazione, un ambulatorio e non una sala operatoria, come risulta invece nella scheda informativa intervento di cataratta (dove a pag. 2 si legge che "*L'intervento è' eseguito in sala operatoria con l'ausilio di un microscopio operatorio. E' un atto chirurgico maggiore poiché bisogna incidere l'occhio ed estrarre uno degli elementi interni: il cristallino…"*; in che cosa consisteva effettivamente l'intervento di vitrectomia che si poteva manifestare come conseguenza dell'intervento alla cataratta; i concreti rischi dell'esecuzione di quest'ultimo intervento in un ambulatorio e non, invece, in una sala operatoria e che, a seguito dello stesso,

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

vi era il rischio di contrarre infezione e di perdere totalmente e definitivamente la vista all'occhio operato, avrebbe rinunciato a sottoporsi all'operazione alla cataratta.

La ricorrente, quindi, ritenendo che, per tutto quanto prospettato e occorsole, sussistesse la responsabilità esclusiva per inadempimento della struttura sanitaria Casa di Cura, che risponde verso nei propri confronti *ex* artt. 1218 e art. 1228 c.c. anche per fatto dei propri ausiliari e/o la responsabilità solidale e/o concorrente e/o alternativa e/o individuale del *CP_3*, ha introdotto il presente giudizio chiedendo di dichiararsi che "*i danni subiti sono riconducibili al comportamento colposo e alla "responsabilita" ex lege del medico operante in struttura sanitaria, della struttura sanitaria e comunque ad inesatta e mancata esecuzione delle obbligazioni contratte e alla lesione del consenso informato scritto e all'autodeterminazione del…* *Controparte_4* " e per l'effetto condannarli "*individualmente e/o in solido e/o alternativamente e/o in misura concorrente al risarcimento dei danni tutti , patrimoniali e non patrimoniali, subiti dalla ricorrente e in favore della stessa ricorrente nella somma complessiva di euro 192.055,32 salvo diversa maggiore e/o minore determinazione e quantificazione del giudice adito anche all'esito di CTU medica che si chiede, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria dall'evento*. Con condanna della parte soccombente al pagamento delle spese di lite "*in favore e in SOLIDO di essi avvocati nella misura giusta ed equa stante anche il persistente rifiuto dei convenuti a conciliare la lite*".

Con decreto reso il 30 settembre 2020 il Giudice fissava per la comparizione delle parti l'udienza del 25 marzo 2021 assegnando ai resistenti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

il termine di dieci giorni prima per la costituzione in giudizio e alla ricorrente termine per la notifica del ricorso e del decreto stesso alle controparti fino a trenta giorni prima dalla data fissata per la loro costituzione.

Ricorso e decreto sono stati ritualmente notificati ai resistenti.

Con comparsa di costituzione e risposta depositata in cancelleria il 12 marzo 2021 si è tempestivamente costituita in giudizio la *CP_1* la quale ha contestato la ricostruzione del fatto storico prospettato nel ricorso sia in relazione alla inadeguatezza dell'intervento alla cataratta eseguito dall' *CP_3* e del luogo in cui veniva effettuato, sia in relazione al pedissequo rispetto delle informazioni contenute nel consenso informato sottoscritto dall'istante, con conseguente totale mancanza di responsabilità da parte di entrambi, essa struttura e l' *CP_3* .

In particolare, la Casa di cura ha dedotto:

- che, previa visita specialistica oculistica pre-operatoria, raccolto il consenso scritto all'intervento chirurgico ed aver praticato alla paziente tutti gli accertamenti preoperatori del caso (ecg, esami ematochimici e Rx torace) il 19.04.2018, circa un mese dopo, il 22.05.2018, l' *CP_3* aveva eseguito l'intervento in *day surgery* e in percorso PAAC di cataratta cortico nucleare, consistente in facoemulsificazione cristallino e impianto di lente intra oculare (IOL) fornita da ditta specializzata, seguendo scrupolosamente i dettami delle linee guide vigenti in materia: disinfettava la cute perioculare e la congiuntiva con *CP_5* collirio antisettico monouso e, dopo aver applicato un telo oftalmico sterile, eseguiva l'intervento, come dettagliatamente descritto in cartella operatoria, che si concludeva senza alcuna complicanza, dopodiché iniettava alla paziente, in camera anteriore, antibiotico ed eseguiva una

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

idrosutura di tutti gli accessi corneali per controllarne la tenuta, risultata ottimale. Bendava, quindi, l'occhio destro trattato e dimetteva l'istante con prescrizione di terapia e invitandola a controllo per il successivo 24.05. In questa occasione, e non prima come enucleato in ricorso, lamentava dolore e fastidio per cui l' *CP_3* , suo chirurgo operatore, dopo un accurato controllo le diagnosticava una endoftalmite predisponendo, immediatamente, il ricovero urgente all'Ospedale di [redacted] (CE), allertando, contestualmente, il dott. *Persona_1* , responsabile del reparto di oculistica del presidio, dal quale veniva visitata il giorno dopo (25.05) e, di poi, sottoposta ad intervento di vitrectomia. A distanza, poi, di 4 mesi da tale intervento presso essa Casa di Cura veniva nuovamente visitata dall' *CP_3* , il quale trascriveva in cartella clinica: "*controllo paziente vitrectomizzata, occhio in quiete, si dimette*". Da allora non si erano più avute notizie dalla *Pt_1*

- che l'intervento alla cataratta non veniva eseguito in un semplice "ambulatorio" ma in un vero e proprio sito/locale chirurgico, accluso all'ambulatorio n. *Pa* (entrambi regolarmente sottoposti a controlli microbiologici ambientali e microclimatici da parte della ditta esterna autorizzata, e certificata, [redacted] S.r.l.) non solo autorizzato all'esercizio delle prestazioni sanitarie, come da ordinanza sindacale n. [redacted] del Comune di [redacted] (NA), ma anche rispondente ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti e richiesti per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, così come indicato nella sezione A del DGRC n. 7301/01, prescrizioni tutte esaudite nel locale chirurgico accluso all'ambulatorio n. 11 di essa resistente;

- che ineccepibile era stata anche l'organizzazione funzionale della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

Controparte_6 per gli interventi PACC di cataratta e la gestione dei pazienti da trattare.

La convenuta ha aggiunto, inoltre, che quel 22.05.2018 nella stessa seduta furono operati altri dieci pazienti, tra cui anche il marito dell *Pt_1* e nessuno di essi riportava complicanze di alcun tipo, salvo l'istante che fu l'unica a sviluppare l'endolftalmite, non mancando di evidenziare che tra un intervento ed il successivo si procedeva sempre, a mezzo personale dedicato, al ricondizionamento dei dispositivi medici utilizzati e del locale chirurgico, come da normativa vigente.

Quanto, invece, al profilo del consenso informato la convenuta ha addotto:

- che l'endoftalmite sviluppata dalla istante (unico caso verificatosi presso essa *CP_1* nell'anno 2018), malgrado la profilassi antibiotica intra e post-operatoria e l'osservanza di tutti i descritti protocolli, era una complicanza espressamente contemplata nel modulo di consenso informato presente in cartella, debitamente sottoscritto dalla *Pt_1* più di un mese prima dell'intervento e del quale ella fu, dunque, edotta, al fine di poter ponderare con attenzione e consapevolezza la decisione di essere operata di cataratta, accettandone i rischi espressamente descritti o, invece, rifiutare l'intervento, subendo la perdita della funzione visiva a causa dell'evolversi inevitabile della patologia.

In definitiva, tale infezione non era affatto dipesa dal comportamento sanitario dell' *CP_3* , invece ineccepibile, per cui non era ascrivibile alcuna responsabilità né a questi né ad essa Casa *CP_1* e, oltretutto, non essendo noto se l'origine dell'endoftalmite fosse stata di natura batterica/ fungina/

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

virale non poteva escludersi una responsabilità o corresponsabilità della paziente stessa nella genesi dell'infezione ipotizzabile in una sua disattenzione nelle raccomandazioni suggerite dall *CP_3* sulla lettera di dimissione: "*massima igiene nel mettere le gocce, non toccare l'occhio con il beccuccio dei colliri, non sfregare l'occhio, evitare di chinarsi, usare occhiali scuri per uscire.*"

La Casa di Cura ha, pertanto, concluso per il rigetto delle domande della ricorrente, con condanna della medesima al pagamento delle spese di lite.

Con memoria di costituzione depositata in cancelleria il 15 marzo 2021 si è tempestivamente costituito in giudizio anche il medico *CP_3* *[...]* , il quale ha preliminarmente eccepito la improcedibilità della domanda per violazione dell'art. 8 della l. n. 24/2017 (cd. Gelli-Bianco) che, sebbene, prevede due condizioni di procedibilità della domanda giudiziale, tra loro alternative, quali il ricorso per accertamento tecnico preventivo *ex* art. 696 c.p.c. e la mediazione di cui al d.l. n. 28/2010, consente la proposizione del ricorso 702-*bis* c.p.c. soltanto all'esito dell'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo, il cui elaborato peritale finale potrà essere acquisito nel procedimento sommario. Nel caso come quello di specie, invece, in cui la condizione di procedibilità era stata assolta con la procedura di mediazione di cui al predetto d.l. n. 28/2010. l'azione giudiziaria doveva essere proposta dalla istante con atto di citazione e non con ricorso ex art. 702- *bis*.

Sempre, in via preliminare, il medico ha eccepito l'incompetenza territoriale di questo tribunale a favore di quello di [redacted] in quanto in tema di competenza territoriale in relazione ai procedimenti instaurati nei confronti di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

strutture sanitarie private, come avvenuto nel caso di specie, la S.C. (con pronuncia n. 22113/2016) aveva individuato come competente il tribunale del luogo di residenza del consumatore con applicazione dell'art. 33 del Codice del Consumo. Pertanto, essendo la istante/consumatore [redacted] che ricade nella circoscrizione giudiziale del Tribunale di [redacted] – così come anche il luogo [redacted] NA) in cui ha sede legale l'altra resistente *CP_1* – era quest'ultimo ufficio giudiziario ad essere territorialmente competente.

Il resistente ha, ancora, evidenziato il carattere non sommario dell'istruttoria ad espletarsi per l'esame e la decisione della controversia e, di conseguenza la necessità di disporre il mutamento del rito da sommario di cognizione *ex* art. 702-*bis* col quale era stata introdotta a quello ordinario.

Nel merito, ha opposto l'infondatezza della domanda per la insussistenza di alcuna sua responsabilità per condotta imperita, negligente e imprudente di cui, peraltro, la ricorrente non aveva fornito la prova del nesso causale con le lesioni patite e ancor più non aveva provato, né allegato, di aver concluso con esso un ulteriore contratto d'opera professionale dovendo, in tal caso, egli resistente, rispondere per responsabilità extracontrattuale ai sensi dell'art. 2043 c.c. come previsto dall'art. 7, co. 3, della citata l. n. 24/2017 e con oneri probatori più stringenti, né una propria colpa generica *ex* artt. 1176 e 1218 cc. o la violazione di norme cautelari specifiche.

In altri termini, il resistente ha addotto che dalla documentazione versata in atti risultava la corretta esecuzione del proprio operato e che il manifestarsi dell'infezione poteva essere dipeso dall'errato percorso post operatorio seguito dalla paziente: invero, esso medico nella lettera di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

dimissione le aveva suggerito di osservare la massima igiene al fine di evitare l'insorgenza di infezioni che potessero interessare l'occhio destro oggetto dell'operazione chirurgica.

Laddove, invece, si fosse ravvisata una responsabilità nei propri confronti, questa era ascrivibile esclusivamente alla *CP_1* resistente o ai sensi dell'art. 1218 c.c., in virtù dell'inadempimento del contratto di cura concluso, oppure in applicazione dell'art. 1228 c.c. per la prestazione resa dai propri ausiliari (qual esso era), così come recepito e ribadito anche dal ripetuto art. 7 della l. n. 24/2017.

Il sanitario ha, quindi, come di seguito concluso:

- in via preliminare, dichiarare l'inammissibilità e/o improcedibilità del ricorso; dichiarare l'incompetenza per territorio del tribunale adito in favore di quello di [redacted] dichiarare la necessità di un'istruttoria non sommaria e per l'effetto ordinare il mutamento di rito ex art. 702 ter c.p.c

- in via principale, nel merito, dichiarare l'infondatezza, sia in fatto sia in diritto, delle domande proposte;

- in via subordinata, nel merito, dichiarare l'assenza di un contratto d'opera intellettuale tra esso e la ricorrente con conseguente insussistenza dei presupposti di cui all'art. 2043 c.c. e, per gli effetti, rigettare le domande;

- in via ulteriormente subordinata, nel merito, nella ipotesi di accoglimento delle domande proposte dalla *Pt_1* dichiarare l'esclusiva responsabilità della *CP_1* *ex* art. 1218 e/o 1228 c.c., nonché, l'insussistenza dei profili di colpa grave a proprio carico, e per gli effetti, tenerlo indenne da qualsivoglia pretesa risarcitoria avanzata dalla ricorrente e da qualunque azione di regresso o rivalsa.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

Alla udienza di prima comparizione del 25.03.2021 il giudicante si riservava e con ordinanza resa a scioglimento il 21.04.2021, ritenuta che la causa implicava l'esame di molteplici e non semplici questioni di fatto e di diritto, non trattabili in forma semplificata, disponeva il mutamento del rito ai sensi dell'art. 702- *ter*, co. 3, c.p.c..

Concessi, poi, i termini di cui all'art. 183 co. 6, c.p.c., e depositate le relative memorie (la n. 1, 2 e 3 da parte sia dell'attrice sia della *CP_1* e la sola n. 3 da parte dell' *CP_3*), veniva ammesso l'interrogatorio formale di quest'ultimo (raccolto all'udienza del 24.11.2022), in parte la prova testimoniale richiesta sia dalla istante (capi 1), 10), 11), 12), e 16) della memoria n. 2) che dalla *CP_1* (capi da 1) a 6) e da 8) a 11) della comparsa di costituzione e risposta) e abilitate tutte le parti alla prova contraria (espletata con l'ascolto di due testi alla pari udienza del 24.11.2022 e di altri due a quella 2.02.2023), dopodiché con ordinanza resa fuori udienza l'1.03.2023 il giudicante formulava alle parti proposta conciliativa ex art. 185-*bis c.p.c.* ("*esclusa ogni ammissione di responsabilità dai parte dei convenuti, pagamento da parte degli stessi, nella misura del 50% ciascuno, in favore dell'attrice dell'importo di euro 60.000,00 a tacitazione di ogni pretesa, ivi comprese le spese di lite*"), che rimaneva senza esito.

Veniva, così, disposta C.T.U. medico legale con la nomina del dott. *Persona_2* medico legale, e del dott. *Persona_3* medico legale e oculista, - i quali depositavano l'elaborato peritale il 4.04.2024 e la sua integrazione il 18.6.2024 - e all'udienza del 6 marzo 2025 le parti hanno concluso come in epigrafe trascritto ed il tribunale in composizione monocratica, ai sensi dell'art. 190 c.p.c., assegnava loro il termine di gg. 60

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

per il deposito delle comparse conclusionali (fino al 5.05.2025) e l'ulteriore termine di gg. 20 per il deposito delle memorie di replica (fino al 26.05.2025), depositi a cui tutte e tre le parti provvedevano nei termini.

Preliminarmente, deve essere respinta l'eccezione di improcedibilità della domanda avanzata dall' *CP_3* per essere stata introdotta con ricorso *ex* art. 702-*bis* c.p.c. e non, invece, con atto di citazione, essendo stato promosso il procedimento di mediazione obbligatoria e non la consulenza tecnica preventiva a scopo conciliativo prevista dalla legge Gelli-Bianco.

Innanzitutto, si osserva che, a prescindere dal principio di conservazione degli atti, il disposto mutamento dal rito sommario di cognizione a quello ordinario ha fissato la necessità di allegazioni delle parti più ampie e quella di svolgere una istruttoria più vasta e approfondita producendo lo stesso effetto della promozione del presente giudizio con un atto di citazione e senza che si sia verificata alcuna lesione del diritto di difesa.

Peraltro, per completezza, è opportuno ricordare che "*la trattazione della controversia, da parte del giudice adito, con un rito diverso da quello previsto dalla legge non determina alcuna nullità del procedimento e della sentenza successivamente emessa, se la parte non deduca e dimostri che dall'erronea adozione del rito le sia derivata una lesione del diritto di difesa*" (Cass. 23682/2017). Come anticipato le parti resistenti – con la concessione dei termini di cui all'art. 183 c.p.c. e lo svolgimento dell'istruttoria che ne è derivata, non hanno sofferto alcuna compressione del diritto di difesa, né di altro.

Comunque, si deve rilevare che nell'ipotesi di svolgimento preventivo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

del procedimento di mediazione, il successivo giudizio di merito può essere introdotto sia con atto di citazione sia con ricorso ex art. 702-*bis* c.p.c. perché la norma applicabile *ratione temporis* non escludeva in materia di responsabilità sanitaria la possibilità di agire con il procedimento sommario di cognizione *ex* art. 702-*bis* c.p.c. nel caso si fosse espletata la procedura di mediazione obbligatoria.

Pertanto, la domanda è procedibile stante l'esperimento "*ante causam*" del procedimento di mediazione obbligatoria di cui all'art. 5, comma 1-*bis*, d. lgs. 28/2010 (introdotto dall'art. 84, primo comma, lett. b), d.l. 69/2013, conv. in l. 98/2013, previsto e da tale disposizione e contemplata, altresì, dall'art. 8, co. 2, l. CP_7 . Istanza di mediazione regolarmente notificata alla CP_1 [...] Cura e all' CP_3 , che non hanno raccolto l'invito, e conclusasi con esito negativo come da verbale in atti del 24.06.2020.

Ancora in rito, deve essere rigettata anche l'eccezione di incompetenza territoriale sollevata sempre dall' CP_3 , giacché nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate col CP_8 – ed è quest'ultima la natura della CP_1 resistente o quantomeno nel caso della Pt_1 circostanza non contestata ma finanche ammessa dalla CP_1 che nell'atto costitutivo (a pag. 3) ha precisato che l'intervento di cataratta era stato eseguito attraverso un percorso PACC in regime di convenzione con il CP_8 esibendo l'impegnativa del medico curante - non è dato derogare agli ordinari criteri di cui agli artt. 18, 19 e 20 c.p.c. a favore del foro del consumatore invocato dall [redacted]

A tale riguardo, la Suprema Corte di Cassazione ne ha chiarito le motivazioni con ordinanza n. 18536/2016 "*La disciplina di cui all'art. 33,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

comma 2, lettera u), del d.lgs. n. 206 del 2005 (Cod. del Consumo), *concernente il foro del luogo di residenza del consumatore, è inapplicabile ai rapporti tra pazienti e strutture ospedaliere pubbliche o private operanti in regime di convenzione con il servizio sanitario nazionale: sia perché, pur essendo l'organizzazione sanitaria imperniata sul principio di territorialità, l'assistito può rivolgersi a qualsiasi azienda sanitaria presente sul territorio nazionale, sicché se il rapporto si è svolto al di fuori del luogo di residenza del paziente tale circostanza è frutto di una sua libera scelta, che fa venir meno la "ratio" dell'art. 33 cit.; sia perché la struttura sanitaria non opera per fini di profitto, e non può quindi essere qualificata come "imprenditore" o "professionista".*

Inoltre, nel caso in esame, lo stesso eccipiente *CP_3* risiede nel circondario di questo tribunale, dove gli è stato notificato ritualmente ricorso e decreto, per cui non v'è ragione di discostarsi dal disposto dell'art. 18 c.p.c. relativo al foro generale delle persone fisiche attesa la possibilità di scelta riconosciuta all'attore dalla disposizione di cui all'art. 33 c.p.c. ("*Le cause contro più persone che a norma degli articoli 18 e 19 dovrebbero essere proposte davanti a giudici diversi, se sono connesse per l'oggetto o per il titolo possono essere proposte davanti al giudice del luogo di residenza o domicilio di una di esse, per essere decise nello stesso processo*").

Passando ad esaminare il merito della controversia, si osserva che i fatti di cui è causa risalgono ad epoca successiva al 1° aprile 2017 (l'intervento alla cataratta è del 22.05.2018), data di entrata in vigore della legge n. 24 del 2017 che all'art. 7, commi 1 e 2 prevede che "*La struttura*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina".

Quella della casa di cura è, quindi, una responsabilità contrattuale come, peraltro, era stato già affermato dalla giurisprudenza di legittimità da molti anni.

Invero, secondo l'orientamento consolidato della giurisprudenza di legittimità e di merito, la responsabilità della struttura sanitaria ha carattere contrattuale e può derivare *ex* art. 1218 c.c. per fatto proprio dall'inadempimento del contratto concluso con il paziente da cui insorgono a carico dell'ente obbligazioni di natura mista derivanti da un rapporto di carattere "latu sensu" alberghiero nonché di organizzazione di strutture e di dotazioni, anche umane, con la conseguente messa a disposizione del personale medico (e paramedico) e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr. Cass. civ. n. 24791/2008: "*L'accettazione del paziente in una struttura - pubblica o privata - deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, sia ai fini del ricovero che di una visita ambulatoriale, comporta comunque la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità con la medesima*").

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

Le Sezioni Unite aveva avuto cura di precisare che "*è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico, in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica, quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria*" (Cass. civ., sez. un., n. 577/2008).

La responsabilità della struttura sanitaria si faceva poi anche discendere *ex* art. 1228 c.c. dal fatto dei propri sanitari che integrava una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario. Così Cass. 29001/2021 che ha espresso il seguente principio: "*in tema di responsabilità medica, nel regime anteriore alla legge n. 24 del 2017, la responsabilità della struttura sanitaria integra, ai sensi dell'art. 1228 c.c., una fattispecie di responsabilità diretta per fatto proprio, fondata sull'elemento soggettivo dell'ausiliario, la quale trova fondamento nell'assunzione del rischio per i danni che al creditore possono derivare dall'utilizzazione di terzi nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale, e che deve essere distinta dalla responsabilità indiretta per fatto altrui, di natura oggettiva, in base alla quale l'imprenditore risponde, per i fatti dei propri dipendenti, a norma dell'art. 2049 c.c.*".

In sostanza, il positivo accertamento della responsabilità dell'Istituto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

ospedaliero postulava e postula tutt'oggi pur sempre la colpa del medico esecutore dell'attività che si assume illecita, non potendo detta responsabilità affermarsi in assenza di colpa, poiché l'art. 1228 cod. civ. presuppone, comunque, un illecito colpevole dell'autore immediato del danno (cfr. tra le altre Cass. civ., sez. III, n. 5846/2007) e che, nella eventuale situazione di incertezza sulla sussistenza di colpa della stessa deve giovarsi il creditore - paziente e non certo il debitore - medico (cfr. Cass. civ., sez. III, n. 4400/2004).

Tutti questi principi sono stati previsti nella formulazione del sopra trascritto art. 7.

Invece, la legge *CP_7* ha previsto al come 3 del medesimo art. 7 che **"***L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge*".

Pertanto, l' *CP_3* in proprio è chiamato a rispondere delle pretese dell'attrice a titolo di responsabilità extracontrattuale.

Ciò premesso, sul piano processuale, "*il paziente danneggiato che agisca in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria* (ndr: da parte della struttura sanitaria) *deve provare il contratto o il "contatto sociale" ed ha l'onere di provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

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; in quanto 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)" (Cass. 28991/2019; Cass. 18102/2020; Cass. 26907/2020).

In sostanza, l'attore danneggiato (o i suoi eredi), nei confronti della struttura sanitaria, deve provare l'esistenza del contratto o del contatto sociale e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e deve allegare, cioè affermare, spiegando in maniera specifica, l'inadempimento del debitore-medico che sia astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Questo tipo di inadempimento viene definito come "*inadempimento qualificato*". Dunque, non qualsiasi inadempimento è rilevante nella responsabilità professionale, ma "*solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno*" (Cass., Sezioni Unite, n. 577/2008). A carico della struttura (e solo se l'attore ha dimostrato quello che grava sulla sua posizione), spetterà invece dimostrare due cose: o che quell'inadempimento qualificato non c'è stato oppure che, pur esistendo, non si pone in rapporto causale con l'evento.

Più in particolare, con la sentenza n. 18392/2017 della Cassazione viene descritto quello che è il cd. "*doppio ciclo causale*": quando è dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per inesatto adempimento della prestazione sanitaria, grava sul danneggiato paziente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

dimostrare il nesso di causalità, tra l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia e l'azione o l'omissione dei sanitari. Grava, invece, su questi ultimi dimostrare che l'esatta esecuzione della prestazione è divenuta impossibile per una causa imprevedibile e inevitabile. Il primo ciclo causale consiste, quindi, nella dimostrazione del nesso causale a carico dell'attore danneggiato mentre il secondo individua l'onere probatorio a carico del medico o della struttura, precisando che questo secondo onere, cioè quello del secondo ciclo causale, sorge solo se il danneggiato ha dimostrato il nesso causale tra la patologia e la condotta dei sanitari.

In pratica, il primo ciclo causale è comune ad ogni ipotesi di responsabilità, sia contrattuale che extracontrattuale. Cioè, esiste un "*tronco comune*" delle azioni di danno, in cui gli oneri di prova del danneggiato sono uguali. Cioè, sia nella contrattuale che nella extracontrattuale, l'attore deve provare il nesso causale.

Nei confronti del medico *CP_3* , che risponde extracontrattualmente non avendo stipulato con la paziente alcun contratto, l'attrice deve, invece, fornire anche la prova dell'elemento soggettivo, cioè della sua colpa.

Nel caso in esame l'attrice ha dedotto la responsabilità contrattuale sorta con la struttura sanitaria presso cui effettuò le visite e si operò, che risponde *ex* artt. 1218 c.c. e 1228 c.c. anche per fatto dei propri ausiliari, e/o la responsabilità "*solidale, e/o concorrente e/o alternativa e/o individuale*" dell [redacted] per "*imprudenti, negligenti ed imperite proprie condotte colpose, omissive e commissive*", imputando loro che le gravi lesioni esitatele, cioè una endoftalmite a contaminazione microbica nosocomiale e, quindi, a difetti assistenziali della *CP_1* di cura e del medico operatore (causa, poi, della

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

perdita totale funzionale dell'occhio destro, di inestetismi e di conseguente stato ansioso-depressivo), erano state determinate dall'inadeguatezza dell'atto operatorio alla cataratta, caratterizzato anche da omessa adeguata profilassi e terapia e pre e post- operatoria e dalle inefficienze igieniche dei locali dov'erano stati eseguiti sia gli atti assistenziali (la somministrazione del collirio midriatico nell'occhio da trattare in sala d'attesa a tutti i pazienti da operare contemporaneamente anche per altre necessità patologiche), sia l'intervento: un inidoneo e non sanificato ambulatorio nei termini sopra descritti invece che una vera sala operatoria e non corrispondente a quello definiti nel consenso scritto da lei prestato con conseguente violazione del consenso informato-diritto all'autodeterminazione in riferimento sia al luogo operatorio che all'assenza di una corretta e consapevole informazione sulle possibili complicanze dell'atto operatorio cui si sarebbe sottoposta, circostanze che l'avrebbero indotta a rinunciarvi.

Passando dalla prospettazione dell'attrice alle risultanze processuali, (rimandando di seguito il profilo del modulo di consenso sottoscritto il 19.04.2018 ossia poco più di un mese prima dell'esecuzione dell'intervento), si osserva che in occasione dell'espletamento del libero interrogatorio il medico *CP_3* ha sostanzialmente ribadito quanto raffigurato negli atti difensivi propri, sostenendo l'osservanza di tutte le prescritte cautele e, cioè, che in occasione degli interventi di cataratta il paziente viene fatto accomodare all'interno dell'ambulatorio n. *Pa*, dove si registrano le generalità e si segna la sede/lato dell'intervento da praticare; che, trasferito in apposita sala operatoria, al termine dell'intervento questi viene accompagnato fuori dal locale chirurgico attraverso il "percorso paziente" passando per la zona di

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

preparazione/filtro e fatto stazionare nella zona di osservazione all'interno dell'ambulatorio prima di essere dimesso con adeguata prescrizione per terapia medica; che i locali della *CP_1* sono sottoposti a periodiche indagini ambientali microbiologiche eseguite da ditte esterne specializzate e riconosciute dall' *CP_9* che le operazioni di sanificazione del locale chirurgico, delle aree filtro e dell'adiacente ambulatorio vengono eseguite da personale dedicato, routinariamente, secondo protocolli aziendali e con l'uso di disinfettanti rispondenti alla denominazione di presidi medico chirurgici; che anche tra un intervento ed il successivo si procede, sempre a mezzo di personale dedicato, al ricondizionamento dei dispositivi medici utilizzati e del locale chirurgico, nel quale viene regolarmente applicato ed osservato il protocollo di sterilizzazione dei presidi medici e dello strumentario; che al paziente almeno venti minuti prima dell'intervento si somministra un collirio midriatico nell'occhio da trattare facendolo, poi, riaccomodare nella sala di attesa, e successivamente fatto nuovamente accedere all'interno dell'ambulatorio chirurgico dove, nella zona di preparazione/filtro degli utenti, lo stesso ripone i suoi abiti, gli vengono fatti indossare calzari, camici monouso, copricapo, mascherina e somministrato gel sanificante per le mani e che, così preparato, viene condotto dal personale infermieristico all'interno del locale chirurgico, dove i chirurghi (primo e secondo operatore) procedono, a favore dell'operando, alla disinfezione della cute perioculare e alla facoemulsificazione, all'aspirazione dei residui, alla introduzione di lente preconfezionata fornita dalla ditta specializzata, all'iniezione di antibiotico in camera anteriore Aprokam e si procede a idrosutura di ogni accesso corneale. Il tutto, utilizzando presidi in monouso le cui confezioni sterili vengono aperte

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

al momento della preparazione del paziente dopo cui il personale operatore si cambia anche i guanti, ovviamente sterili, prima di iniziare l'intervento.

Per completezza espositiva, si osserva che, specificatamente al caso in esame, l[redacted] non ha ricordato – e ciò appare, comunque, comprensibile dato il lasso di tempo trascorso (oltre quattro anni: 22.05.2018 data dell'intervento - 24.11.2022 udienza del raccoglimento dell'interrogatorio) e la presumibile molteplicità di interventi eseguiti nel frattempo in qualità di direttore dell'unita operativa oculistica della *CP_1* - se in quel 22.05.2018 erano stati eseguiti dieci interventi (circostanza che, in ogni caso emerge dal doc. n. 10 allegato al fascicolo della *CP_1* denominato "*Elenco interventi cataratta seduta 22.05.18 pdf.*" in cui la istante compare come terz'ultima paziente ad essere stata trattata chirurgicamente) e quanto di seguito: "*A.D.R.: "non ricordo che quel giorno sono stati fatti nove interventi e la paziente non era l'ultima della lista; non ricordo l'orario di inizio e fine della seduta operatoria; sicuramente è descritta nel registro operatorio; era comunque di mattina*".

Pertanto, non è emerso nulla di nodale a rendere chiaro l'andamento dei fatti.

A tal fine devono, quindi, esaminarsi gli esiti della prova testimoniale espletata, inerentemente a tre profili: l'accomodamento dei pazienti da sottoporre ad intervento nella sala di attesa e le attività ivi svolte; l'allocazione e descrizione del locale in cui fu eseguito l'intervento chirurgico con le modalità di assistenza prestate e la procedura relativa alla sottoscrizione del modulo di consenso informato.

Come sopra anticipato sono stati escussi due testimoni indicati da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

parte attrice Parte_3 e Tes_1 Pt_4 e due addotti dalla resistente CP_1 (Parte_5 e Testimone_2).

In ordine al primo profilo (l'accomodamento dei pazienti nella sala di attesa) si osserva che i testi Parte_3 (genero dell'attrice), [...] Tes_3 (figlia della medesima) e Testimone_4 (infermiere presso la CP_1 dal 2003) hanno concordemente riferito che la Pt_1 fu fatta sedere, insieme agli altri pazienti, nella sala di attesa (adiacente all'ambulatorio n. Pa) - e non nella sala operatoria come sostenuto dalla [...] CP_1 - dove a tutti venne somministrato il collirio midiatrico nell'occhio da operare ("*andammo… nella sala di attesa della sala operatoria…; a.d.r.: nell'attesa uscì un'infermiera che mise le gocce nell'occhio a tutti quelli che dovevano operarsi; questo avvenne proprio nella sala di attesa; lo vidi fare anche a mia suocera*" – teste Pt_3 "*a.d.r.:… andati lì* (nella sala di attesa) *abbiamo aspettato; c'erano molte persone; ad un certo punto uscì una signora con camice addosso di circa 50 anni* (la teste Testimone_4 - all'epoca quarantanovenne - per quanto la medesima dichiarerà) *che chiese a voce alta chi dovesse essere operata dal dott.* CP_3 *; mia madre si avvicinò; erano 10/11 persone che risposero affermativamente; questa signora uscì con una boccettina in mano e le mise negli occhi di questi pazienti*; *ricordo il particolare che questa signora raccomandava ai pazienti di stare fermi e non muoversi mentre metteva le gocce. Ricordo che una signora si mosse ed urtò il boccettino con l'occhio; a.d.r.: dopo la somministrazione, invece, dovemmo aspettare per l'intervento…; a.d.r.: …il boccettino era unico per tutti i pazienti; il contatto del boccettino con l'occhio di un'altra paziente è avvenuto prima della somministrazione ai miei genitori*" – teste Pt_4

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

"*a.d.r..: è vero* (ossia la somministrazione del collirio midriatico nell'occhio da trattare almeno 20 minuti prima dell'intervento)*; tutto questo avviene in sala di attesa; io passo con le gocce nella sala di attesa e le somministro a tutti gli operandi quel giorno*" – teste Testimone_4 .

Ciò non rappresenta certamente un adeguato modello di prevenzione settica secondo *legem artis* e correttezza igienico-sanitaria (cfr: pag. 29 della relazione dei CCTTUU), ancor più alla luce di quanto riferito dal teste Tes_2 (dal 1996 dipendente della CP_1 CP_1 in qualità di dirigente oculista) "*a.d.r.: la sala d'attesa grande è a servizio di tutti gli ambulatori; la sala d'attesa soddisfa vari ambulatori e tra questi quello otorino, chirurgico, ortopedico e non ricordo altri.*"; circostanza, comunque, riferita anche dal teste Pt_3 "*a.d.r.: la sala di attesa era in comune con altri ambulatori*").

Circa, invece, il plesso operatorio, l'ambulatorio n. 11, può pacificamente inferirsi che i testi Pt_3 e Pt_4 non ne hanno potuto fornire la descrizione non essendovi acceduti personalmente (CP_1 *quando arrivò il suo turno, mia suocera entrò da sola nell'ambulatorio*" – teste Pt_3 "*a.d.r.: … mia madre entrò dopo sei o sette pazienti; entrò da sola*" – teste […] Pt_4 , il che comporta che nulla di preciso hanno potuto riferire circa la vestizione sanitaria dell'operanda, se non che la ricorrente e gli altri pazienti erano entrati e usciti dall'ambulatorio con i propri vestiti. Gli stessi rilievi fotografici allegati dalla ricorrente posti alla visione di entrambi (doc. 4 denominato "*Sei rilievi fotografici ambulatorio n. 11 della* CP_1 *. Pdf*" allegato al ricorso introduttivo) raffigurano soltanto la sala di attesa e la porta dell'ingresso dell'ambulatorio e non il suo interno. Per il resto, essi hanno dichiarato che gli interventi prestati quel giorno seguivano l'un l'altro senza

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

alcun stacco temporale ("*a.d.r.:… mia suocera è entrata subito che era uscita la paziente precedente"* – teste Pt_3 *"a.d.r.: mia madre rimase un quarto d'ora circa; a.d.r.: uscì da sola; i pazienti entravano e uscivano molto velocemente…*" – teste Pt_4

Di converso, su tali circostanze diverse state le dichiarazioni rese dalla teste Testimone_4 ("*a.d.r.: il mio compito è quello di fare entrare i pazienti, prepararli e farli entrare in sala operatoria; a.d.r.: nel reparto ambulatori c'è un locale adibito a sala operatoria; vi è un blocco operatorio per la piccola chirurgia ambulatoriale; a.d.r.: si fanno dei piccoli interventi che non necessitano di ricovero; … "a.d.r.:* (il paziente) *viene messo di nuovo su una poltroncina che si trova all'interno dell'ambulatorio e non nella sala di attesa; rimangono un po' di tempo lì perché di solito sono tutti pazienti anziani; di solito aspettano anche 15 o 20 minuti prima che li portiamo fuori; nel frattempo il dottore dà loro la terapia da praticare; a.d.r.: poi portiamo il paziente nella sala di attesa dove gli diciamo di aspettare sino a quando si sentono bene per andare via; uscito il paziente e fatto accomodare dopo l'osservazione in sala di attesa facciamo entrare il paziente successivo; … "*a.d.r.: è vero; c'è una OSS, una figura specializzata, che è addetto al riordino; a.d.r.: ci vogliono 15-20 minuti per questa operazione*" (negando, quindi, che gli atti operatori vennero eseguiti senza alcun intervallo tra l'uno e l'altro e affermando che, invece che tra un intervento ed il successivo si procedeva, a mezzo personale dedicato, a ricondizionamento dei dispositivi medici utilizzati e del locale chirurgico) e ancora "*a.d.r.: all'interno dell'ambulatorio vi sono due comode poltroncine dove si fanno sedere le persone prima di entrare in sala operatoria; e là si seggono anche quando*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

escono dalla sala operatoria; si svestono con calma del camice e dei calzari e poi, dopo avere ricevuto al terapia, escono e si seggono in sala d'attesa; per entrare in sala operatoria non si deve uscire nuovamente dall'ambulatorio 11; è tutto interno".

Anche in ordine alla sottoscrizione del consenso informato da parte della ricorrente – questione che sarà risolta di seguito in base alla documentazione in atti e ai principi giurisprudenziali in materia - le dichiarazioni rese dai tre testimoni divergono ma soprattutto, non ne chiariscono circostanziatamente né i modi di acquisizione, né la stanza in cui fu fatto firmare ("*a.d.r.:… eravamo già stati lì il mese precedente; il dottore ci chiamò per firmare alcune carte; io li accompagnai ed ho assistito alla firma di queste carte, operazione che è durata un attimo; non lessi i documenti che firmarono*" – teste Pt_3 "*io ho aspettato nella sala d'attesa mentre i documenti si firmavano in un'adiacente stanza più piccola; io mi fermai sull'uscio di questa stanza più piccola; dentro entrarono mio marito* (il teste Pt_3 *ed i miei genitori; a.d.r.: io potevo solo sentire perché il tutto accadeva un po' distante da dove ero ferma; c'era solo il dott.* CP_3 *ed i miei parenti; disse velocemente che questi documenti dovevano essere firmati…; a.d.r.:… la stanza dove furono firmati i documenti era molto piccola*" – teste Pt_4 "*a.d.r.: dopo l'ingresso nell'ambulatorio 11 vi è una sala con scrivania dove il dottore fa firmare il consenso informato; a volte vengono già con il consenso firmato, altre volte lo firmano lì; a.d.r.: posso dire che quando sono stata presente il dottore invita i pazienti a leggere il foglio del consenso informato; non ricordo che talvolta i pazienti siano stati informati delle eventuali complicanze; io non sto proprio vicino al dottore*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

quando fa questa attività informativa perché preparo la sala operatoria…." – teste *Tes_4*).

Quanto alle dichiarazioni rese dal quarto teste, *Testimone_2* , medico oculista della struttura e non presente in quel 22.05.2018, si osserva che queste si sono limitate soltanto a descrivere il suo *modus operandi* nel giorno in cui egli medesimo opera chirurgicamente, giorno diverso da quello dell [redacted] e, pertanto, nulla di dirimente hanno apportato.

In conclusione, diventa necessario il ricorso a osservazioni tecnico-scientifiche e, quindi, esaminare le risultanze della C.T.U. redatta dal dott. *Persona_2* specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, e dal dott. *Persona_3* , specialista in Oculistica ed in Medicina Legale,

Al riguardo occorre premettere che i due consulenti in data 4 marzo 2024 hanno depositato un primo elaborato definitivo che, tuttavia, non era stato preceduto dal corretto invio della bozza al difensore della *CP_1* a causa dell'utilizzo di un indirizzo PEC errato. È stato chiesto, quindi, ai due CCTTUU di rispondere alle osservazioni di parte convenuta ed a tanto i medesimi hanno provveduto con il deposito di un secondo elaborato in data 18 giugno 2024.

Ciò premesso, i CCTTUU hanno ritenuto che il processo infettivo, che ha cagionato l'endoftalmite che ha interessato il suo occhio destro ed è esitata poi nella perdita del *visus* (in quanto giunta presso il P.O. di [redacted] (CE) "*con il visus già spento e veniva operata di rimozione della IOL e vitrectomia… con bulbo che veniva conservato senza recupero della funzione visiva con successivo subentro in OD dacrioadenite e distacco di retina"*– pag. 27 dell'elaborato), è causalmente riconducibile all'intervento di cataratta

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

("*atto operatorio differibile, ma vantaggioso per la paziente, in assenza di migliori alternative terapeutiche*" – pag. 27 dell'elaborato) eseguito il 22.05.2018 presso la [redacted] di Cura, giacché l'attrice al momento del suo ingresso nella struttura non presentava segni di infezione clinicamente manifesta od in incubazione e, di conseguenza detta endoftalmite deve ritenersi nei termini "*del più probabile che non*" riconducibile ad un'infezione esogena da contaminazione nosocomiale.

In particolare, i CC.TT.UU. scrivono, che seppur non concretamente verificabile se l'insorgere del processo settico possa ascriversi alle condizioni della sala operatoria, del reparto di ricovero oppure ad eventuali inadempimenti correlati all'igiene ambientale e personale dei sanitari (generalmente intesi), stante la carenza di documentazione in grado di comprovare le risultanze del monitoraggio ambientale della sala operatoria e delle zone ospedaliere abitualmente critiche per contaminanti microbici, in base agli elementi documentali disponibili "*può serenamente affermarsi che il processo infettivo patito dalla paziente (con le relative conseguenze peggiorative del suo stato di salute) sia stato conseguenza di una contaminazione batterica contratta durante la degenza e l'intervento eseguito presso il predetto centro, posto che un tal genere di evento, in carenza di dovute documentate, adeguate, continue prevenzioni e cautele atte ad evitarlo, è altamente probabile che si verifichi*" (pag. 28) considerato, peraltro, che "*non vi sono ulteriori momenti etiopatogenetici a cui ascrivere l'infezione medesima, posto che, come si è detto, i dati clinici, laboratoristici e strumentali a disposizione portano ad escludere che la paziente fosse affetta da una qualsiasi forma di patologia di tipo infettivo al momento*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

dell'intervento. Difatti, deve rilevarsi che ad assai breve distanza dall'intervento di cataratta all'occhio destro si manifestarono segni e sintomi indicativi di un processo infettivo." (pari pag. 28) destando, oltretutto, "*effettiva perplessità nell'occasione la mancata effettuazione nel frangente di un esame colturale del vitreo o dell'acqueo per identificare l'agente patogeno responsabile (fermo restando che, ex post, tale atto probabilmente poco o nulla avrebbe modificato il decorso clinico).*" (pari pag. 28).

Rispondendo alle osservazioni del CT della *CP_1* il dott. *Per_4* secondo cui l'obbligo della struttura di comprovare l'inevitabilità della infezione sarebbe stato assolto attraverso la documentazione della procedura di sanificazione e dei tagliandini dei presidi chirurgici sterili utilizzati nonché con il monitoraggio riportante analisi su prelievi del periodo 27.09/02.10.2017 e del periodo 07.05/12.05.2018 (l'intervento è del 22.05.2018) sull'assenza di virus sul lettino, sulle pareti e nell'aria dell'ambulatorio chirurgico (ma senza specificare se si tratti proprio di quello per cui è causa), i CCTTUU ha rilevato che i programmi di prevenzione e controllo della trasmissione delle infezioni devono essere ben più articolati: "*Tra le misure chiave ricordiamo, ad esempio, oltre alla sterilizzazione dei presidi, il lavaggio corretto delle mani (che rimane una delle più importanti ed efficace forma di prevenzione), la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie, il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti, il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, il controllo del rischio di infezione ambientale, la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica, la sorveglianza sanitaria e la vaccinazione degli operatori sanitari, le attività di sorveglianza delle*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

infezioni, l'identificazione e il controllo tempestivo delle epidemie, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti di un soggetto infetto, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti, ecc.". Come sottolineato dai CCTTUU occorre, inoltre, che la struttura fornisca la prova dell'adozione costante di tutte queste misure ed inoltre di quelle relative "…*alle modalità di lavaggio delle mani da parte del personale; all'uso dei dispositivi di protezione individuale; alle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; al sistema di smaltimento dei rifiuti solidi; alla qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; alla modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; all'organizzazione del servizio mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; allo smaltimento dei liquami e alla pulizia di padelle e simili; all'istituzione di un sistema di sorveglianza e notifica; all'istituzione del Comitato Ospedaliero per le Infezioni Nosocomiali ed alla relativa attività; ai criteri costruttivi strutturali atti ad evitare le infezioni; al controllo e alla limitazione dell'accesso dei visitatori; al controllo dello stato di salute dei dipendenti e degli operatori; all'adeguatezza del rapporto tra degenti e personale sanitario; alla pianificazione ed attuazione di continui controlli sulle attività di cui sopra*".

Queste prove non sono state fornite dalla struttura sanitaria convenuta.

Per quanto, in particolare, concerne la somministrazione, prima dell'intervento, del collirio midiatrico nell'occhio da trattare (che, come emerso dalla prova testimoniale, è stato caratterizzato da una scorretta condotta perché effettuata nella sala di attesa in promiscuità con tutti gli altri pazienti, così concretizzando una non trascurabile deficienza o omissione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

precauzionale), gli ausiliari evidenziando che, in tali frangenti, il fattore più importante è (appunto) la prevenzione, "*poiché una volta interessati dal contagio, si entra purtroppo in una spirale difficile da controllare e sicuramente molto lunga.*" (pag. 30), hanno puntualizzato che "*abitualmente in questi casi si instilla più volte (e non una sola volta) un collirio a base di tropicamide all'1% + fenilefrina cloridrato per ottenere una midriasi ottimale e stabile durante l'intervento, utile ad evitare eventi avversi. Di tale collirio non è disponibile in commercio la confezione monodose…*" e in tal senso "*è per vero, diffuso l'impiego promiscuo del flacone multidose durante le sedute operatorie, abitudine che in astratto aumenterebbe la possibilità di contaminazione batterica pre-operatoria , fermo restando che siffatto rischio verrebbe di fatto azzerato dalla successiva accurata disinfezione del campo operatorio e del sacco congiuntivale prima di apporre il telino e di iniziare l'intervento*" ma che "*Ad ogni buon conto, una precauzione accessoria posta in essere da alcuni oftalmochirurghi è quella di prescrivere ai pazienti da operare un flacone multidose del prodotto da portare chiuso il giorno dell'intervento, affinché venga impiegato per uso personale esclusivo di quel paziente*" (pag. 29).

Tanto esposto, i CCTTUU hanno, inoltre, evidenziato che lo sviluppo di infezione nosocomiale rappresenta un evento avverso prevedibile ed evitabile, proprio perché causato dall'omissione delle misure precauzionali e preventive proprie della buona pratica clinica, per cui, sintetizzando quanto espresso e sopra riportato hanno necessariamente così ribadito: "*In fattispecie, si ribadisce, risulta essersi realizzato nel corso dell'intervento un evento prevedibile e –secondo la comunità scientifica– evitabile, laddove nell'ambito*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

della prestazione assistenziale posta in essere si fossero adottate tutte le cautele sopra raccomandate per la prevenzione delle infezioni nosocomiali. Per cui l'evento avverso di cui trattasi deve essere causalmente ascritto, nell'ottica del più probabile che non, ad una inadeguata condotta assistenziale ricevuta dalla paziente presso la Controparte_1 *di* CP_1 *Non esistono infatti altri momenti etiopatogenetici a cui poter causalmente ascrivere la suddetta infezione, restando la degenza - seppur breve - e il trattamento chirurgico praticato l'unico momento dotato di efficienza causale in grado di produrre una infezione di pertinenza nosocomiale.*" (pag. 30).

Pertanto, sulla base del giudizio espresso dai due consulenti in assenza di altre concause rilevabili dagli atti di alta probabilità di derivazione causale dall'atto operatorio dell'immediato successivo peggioramento delle condizioni della paziente (fra l'altro "*la circostanza che a breve distanza dall'intervento si sia verificata una endoftalmite consente di escludere altri fattori causalmente o concausalmente rilevanti ai fini del determinismo della condizione per cui è causa*" (pag. 32), ritiene il tribunale che sia emerso il nesso causale tra l'intervento e le successive condizioni dell'attrice, essendo stati soddisfatti, come hanno illustrato gli ausiliari, tutti gli elementi da considerare per la verifica della sussistenza della relazione di causa efficiente tra l'atto oftalmochirurgico e l'infezione : *"- criterio cronologico…. - criterio topografico…. - criterio della continuità fenomenica… - criterio di idoneità… - criterio di esclusione…*" (pag. 32).

Avendo l'attrice assolto l'onere di provare il cd. primo ciclo causale, spettava, a questo punto, alla Casa di Cura, chiamata a [redacted]

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

contrattuale, dimostrare che l'esatta esecuzione della prestazione era divenuta impossibile per una causa imprevedibile e inevitabile.

Questa prova non è stata fornita. Anzi dai citati passi della relazione di C.T.U. emerge che la complicanza infettiva occorsa e riscontrata era, come già esposto, prevedibile e prevenibile nell'ambito di un atto medico oramai routinario e, in più, specificatamente nel caso in esame, i consulenti con una motivazione che il giudicante ritiene di condividere perché aderente alla normativa e ai consolidati princìpi giurisprudenziali già sopra enucleati, hanno precisato che "*la prova liberatoria dell'assenza di colpa consiste nella dimostrazione del corretto adempimento sulla base di quanto era possibile ed esigibile, in quel determinato momento, in base alla scienza del settore al fine di ridurre al minimo il rischio di esposizione ad infezione nosocomiale; solo in questo modo è possibile ricondurre l'evento infettivo acquisito in ambito ospedaliero al novero delle complicanze imprevedibili ed imprevenibili collegate alla presenza del paziente in nosocomio. Tale onere non viene assolto mediante la mera produzione dei protocolli in uso presso la struttura, ma con la prova e l'allegazione di quali siano state in concreto le condotte poste in essere per una efficace e consapevole opera di sanificazione. Nella fattispecie, in base alla documentazione sanitaria disponibile in atti, non risulta che siano stati attuati specifiche azioni dirette all'applicazione, monitoraggio, aggiornamento continuo e verifica dei risultati delle pratiche rivolte ad evitare o contenere le infezioni nosocomiali. Una diversa condotta assistenziale, nel rispetto di quanto contemplato dalla letteratura specialistica circa le raccomandazioni in materia di prevenzione per evitare e/o contenere le infezioni nosocomiali, avrebbe evitato, con qualificata probabilità, il*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

processo infettivo di cui sopra e le sue conseguenze, in una struttura sanitaria, peraltro, astrattamente munita di quanto necessario per contrastare le infezioni." non mancando di precisare, altresì, che *"le condotte assistenziali in questione pur obiettivamente gravate da necessità di attenzione e di abilità tecnica, non possono ritenersi connotate da caratteri di particolare difficoltà né da elementi eccezionalmente e/o straordinariamente dunque eccedenti gli abituali livelli di diligenza*" (pag. 30 e 31).

Quanto, infine, alla circostanza dedotta dal CT di parte convenuta e cioè che tra gli operati quello stesso giorno vi fosse anche il marito dell'attrice, suo convivente, il quale non risulta essersi infettato, i CCTTUU hanno evidenziato che questa circostanza porta ad escludere che l'infezione abbia potuto essere stata causata dall'ambiente domestico in cui vivevano i due.

Ritiene il giudicante che le trascritte argomentazioni e conclusioni cui il collegio peritale è pervenuto, accertanti la sussistenza del nesso causale tra l'atto operatorio e il regime assistenziale, da un lato, e le lesioni conseguite alla periziata, dall'altro, possano condividersi del tutto, perché, appunto, adeguatamente motivate ed immuni da vizi logici e scientifici nell'individuazione delle lesioni subìte e del loro processo eziologico, ivi incluse quelle rese in risposta alle osservazioni del C.T.P della *CP_1* alle pagg. 34-38 dell'integrazione di perizia depositata il 18.06.2018, che il tribunale reputa puntuali ed esaurienti.

Quanto all' *CP_3* , che risponde in via extracontrattuale, ritiene il giudicante che dall'istruttoria esperita e dalla relazione emerga anche la colpa del sanitario che ha effettuato la prestazione dovendosi esigere

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

dal chirurgo operatore un dovere di controllo specifico sull'attività e sulle iniziative espletate dal personale sanitario con riguardo a possibili e non del tutto prevedibili eventi che possono intervenire non solo durante, ma anche prima dell'intervento e in preparazione di esso (Cass. 13953/2007). Le modalità di somministrazione del collirio midiatrico nella sala di attesa promiscua e con un unico contenitore, potenziale fonte dell'infezione, è addebitabile con colpa anche allo stesso chirurgo che avrebbe dovuto assicurarsi dell'applicazione di tutti i protocolli di sicurezza.

Può, tuttavia, escludersi che il medico convenuto sia incorso in una negligenza inescusabile, ossia abbia tenuto una condotta caratterizzata da trascuratezza macroscopica, evidente e ingiustificabile, tale da integrare la colpa grave, considerato anche il concorrente potere di controllo della direzione sanitaria sui parasanitari che lo assistevano e quello esclusivo di quest'ultima sull'igiene ed adeguatezza degli ambienti.

Affermata la responsabilità di entrambi i convenuti, occorre allora, procedere alla liquidazione del danno non patrimoniale patito dall'attrice.

I due CC.TT.UU. alle pagg. 32 e 33 dell'elaborato hanno specificato quanto segue: "*Per ciò che concerne il danno permanente iatrogeno, va rilevato che i postumi presentati dall'attrice sono stabilizzati e non sono di fatto suscettibili di miglioramento mediante protesi, terapie o interventi. Essi sono rappresentati dalla perdita del visus in OD (con visus conservato nell'occhio adelfo) e da lievi ripercussioni psichiche reattive, tali da integrare complessivamente un danno biologico pari al 30%. Ciò anche in riferimento alla circostanza che pur nell'ipotesi di un intervento non connotato da endoftalmite la realtà biologica della ricorrente sarebbe stata bilateralmente,*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

comunque, quella di un occhio con visus conservato ma in presenza di cristallino artificiale e, quindi, con perdita della capacità accomodativa (pseudofachia)", misura che questo tribunale, riportandosi alle loro valutazioni ritiene di fare propria fissandola, quindi, al **30%**, e una "*ITT di 7 giorni ed una ITP di 15 giorni al 50% (quale sintesi media della malattia complessivamente documentata), tanto in base alla documentazione sanitaria disponibile e, soprattutto, a criteri scientifici desunti dalla comune esperienza clinica per consimili casi*".

L'attrice, per i danni conseguenti alle lesioni personali riportate ha chiesto la condanna in solido e/o esclusiva, alternativa o concorrente dei resistenti al pagamento della complessiva somma di € 188.388,55, oltre ulteriori euro 36.186,25 per la lesione del consenso informato - danno all'autodeterminazione, di cui appresso si dirà.

Ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale, le nuove tabelle del Tribunale di Milano anno 2024, anche a seguito delle ultime pronunce della Suprema Corte (cfr.: Cass., n. 8532/2020; Cass., n. 25164/2020), offrono una liquidazione distinta per il danno biologico (ora definito "danno biologico/dinamico-relazione") e per il danno morale/sofferenza soggettiva (ora denominato "danno da sofferenza soggettiva interiore"). Quanto a quest'ultimo osserva il tribunale che le sofferenze, di natura interiore e non relazionale, conseguenti al sinistro di *malpratice* medica produttivo delle lesioni subite e dall'essere stata vittima di un fatto astrattamente qualificabile come reato, appaiono meritevoli di un ristoro aggiuntivo secondo la percentuale riconosciuta dalle richiamate tabelle.

In particolare, per un soggetto, come l'attrice, che al momento del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

perdita del visus all'occhio destro aveva 69 anni e riportava postumi invalidanti permanenti per un danno biologico quantificabile nel 30%, ne consegue un danno di € 99.141,00, per il danno biologico/dinamico-relazione e € 45.604,00 per il danno da sofferenza soggettiva interiore; una ITT della durata di 7 gg. liquidabile in € 805,00 (pari a € 115,00 x 7 gg.) e una ITP al valore medio del 50% della durata di 15 gg. liquidabile in € 862,50 (pari a € 57,50 x 15 gg.).

Ritiene il giudicante che questo importo non debba essere personalizzato, considerato che non sono stati dedotti e provati specifici elementi che consentano di operare questa "personalizzazione" e che l'elaborato peritale ha chiarito, da un lato, che i postumi invalidanti subìti non incidono su di una capacità lavorativa specifica del soggetto, che risulta "casalinga" (pag. 33) - motivo, come si vedrà che esclude anche l'emersione di un danno patrimoniale - e, dall'altro, relativamente alla sfera individuale, di relazione e delle normali attività quotidiane, che "*Trattandosi, in sostanza, di una endoftalmite produttiva da ultimo di cecità monolaterale con visus conservato all'occhio adelfo, non sono enucleabili concrete ricadute sull'attività dell'ordinaria esistenza… dovendo precisarsi che gli effetti della infausta vicenda clinica e dei suoi postumi vengono di fatto assorbite nel danno iatrogeno temporaneo e permanente biologico riconosciuto*" (pari pag. 33).

Pertanto, il danno non patrimoniale subito dall'attrice è quantificabile all'attualità in complessivi € (99.141,00,00 + 45.604,00 + 805,00 + 862,50 =) 146.412,50.

In ordine al danno patrimoniale, invece, "*Attesa l'entità dei postumi e*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

la qualità dell'attività espletata (casalinga) non viene a configurarsi un danno patrimoniale" (pag. 33) e quanto alla richiesta delle spese mediche richieste non risulta agli atti documentazione collegabile alle scorrette condotte assistenziali di cui è stata oggetto: invero, le fatture e ricevute fiscali del complessivo ammontare di € 45,00 di cui al doc. 8 allegato all'atto introduttivo denominato "*spese mediche. pdf*" riguardano esami e controlli non afferenti al distretto oculare (analisi chimiche, TAC al cranio, controlli cardiologici, etc.)

Come in precedenza anticipato, l'attrice ha chiesto il pagamento a titolo di risarcimento di ulteriori € 36.186,25 per la lesione del consenso informato - danno all'autodeterminazione.

Ebbene, a tale inadempimento attinente al difetto di informazione della paziente per avere l' *CP_3* omesso di informarla adeguatamente e sul luogo operatorio (un ambulatorio e non una vera e propria sala deputata), e sulla possibile perdita totale e definitiva della vista all'occhio operato, circostanze per le quali avrebbe rinunciato a sottoporsi all'intervento alla cataratta, si osserva che il consenso informato è disciplinato oggi dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219, che stabilisce al comma 3 dell'art. 1 che "*ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. ...*".

Ancora prima di questa legge la giurisprudenza di legittimità aveva

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

affermato che "*In tema di attività medico-chirurgica, il consenso informato deve basarsi su informazioni dettagliate, idonee a fornire la piena conoscenza della natura, portata ed estensione dell'intervento medico-chirurgico, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative, non essendo all'uopo idonea la sottoscrizione, da parte del paziente, di un modulo del tutto generico, né rilevando, ai fini della completezza ed effettività del consenso, la qualità del paziente, che incide unicamente sulle modalità dell'informazione, da adattarsi al suo livello culturale mediante un linguaggio a lui comprensibile, secondo il suo stato soggettivo ed il grado delle conoscenze specifiche di cui dispone*" (Cass. n. 2177/2016 così massimata).

Occorre, tuttavia, precisare che, nel caso in cui il paziente lamenti una lesione alla salute quale conseguenza del mancato (o corretto) consenso, è necessario fornire adeguata prova, anche sotto il profilo dell'allegazione, che la condotta omessa avrebbe evitato l'evento ove fosse stata tenuta: se, cioè, l'adempimento da parte del medico dei suoi doveri informativi avrebbe prodotto l'effetto della non esecuzione dell'intervento chirurgico dal quale lo stato patologico è poi derivato. Deve, quindi, potersi affermare che il paziente avrebbe rifiutato l'intervento ove fosse stato compiutamente informato, giacché altrimenti la condotta positiva omessa dal medico (informazione, ai fini dell'acquisizione di un consapevole consenso) non avrebbe comunque evitato l'evento (lesione della salute).

Diversa è l'ipotesi del danno di per sé cagionato dalla mancata informazione, quale lesione del diritto all'autodeterminazione.

Si ricorda che quest'ultimo si configura quale vero e proprio diritto della persona che trova fondamento nei principi espressi negli artt. 2, 13 e 32

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

della Costituzione (sent. n. 438/2008 della Corte Costituzionale), senza che assuma alcuna influenza, ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, se il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno. Ciò perché, sotto questo profilo, ciò che rileva è che il paziente, a causa del *deficit* di informazione non sia stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni, consumandosi, nei suoi confronti, una lesione di quella dignità che connota l'esistenza nei momenti cruciali della sofferenza, fisica e psichica (Cass. n. 20894/2012; anche Cass. n. 16543/2011).

Così, in materia di responsabilità per attività medico-chirurgica, l'acquisizione del consenso informato del paziente, da parte del sanitario, costituisce prestazione altra e diversa rispetto a quella avente ad oggetto l'intervento terapeutico, di talché l'errata esecuzione di quest'ultimo dà luogo ad un danno suscettibile di ulteriore e autonomo risarcimento rispetto a quello dovuto per la violazione dell'obbligo di informazione, anche in ragione della diversità dei diritti - rispettivamente, all'autodeterminazione delle scelte terapeutiche ed all'integrità psicofisica - pregiudicati nelle due differenti ipotesi (Cass. n. 2854/2015).

L'attrice, evidenziando che l'inadempimento dei sanitari prescinde dalla correttezza o meno del trattamento sanitario, ha dedotto la lesione del diritto all'autodeterminazione.

Al riguardo deve, però, osservarsi che "*l'inadempimento dell'obbligo di informazione sussistente nei confronti del paziente può assumere rilievo a fini risarcitori – anche in assenza di un danno alla salute o in presenza di un danno alla salute non ricollegabile alla lesione del diritto all'informazione –*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

a condizione che sia allegata e provata, da parte dell'attore, l'esistenza di pregiudizi non patrimoniali derivanti dalla violazione del diritto fondamentale alla autodeterminazione in sé considerato, sempre che essi superino la soglia minima di tollerabilità imposta dai doveri di solidarietà sociale e non siano futili, ovvero consistenti in meri disagi o fastidi" (Cass. Sez. 3, ord. 22 agosto 2018, n. 20885*), restando, peraltro, inteso che tale prova potrà darsi anche a mezzo di presunzioni, "la cui efficienza dimostrativa seguirà una sorta di ideale scala ascendente, a seconda della gravità delle condizioni di salute e della necessarietà dell'operazione"* (Cass. 1043/2019).

Allegazioni e prove, tuttavia, mancanti nel caso in esame.

Invero si osserva che, da un lato, il capo 16A) della prova testimoniale, a causa delle modalità con le quali è stato articolato, induce il teste ad esprimere una valutazione e non a confermare fatti avvenuti in sua presenza e, dall'altro, che il documento contenente il consenso informato sottoscritto dalla ricorrente il 19.04.2018 e rinvenibile alle pagg. da 21 a 30 della cartella clinica n. [redacted] (doc. 5 denominato "*documentazione medica. pdf*" depositato al momento dell'iscrizione a ruolo della causa), riporta la circostanza che alla paziente sono stati illustrati benefici e rischi dell'intervento alla cataratta (tra l'altro, la sua natura, il modo di esecuzione, la sua preparazione e il suo decorso post-operatorio; gli eventi avversi - tra cui anche quelli prevedibili ma non prevenibili - che possono verificarsi durante l'atto o dopo lo stesso con le tre opzioni di scelta da parte del paziente "*a) rifiutare di essere operato per non incorrere in qualcuno dei rischi prevedibili e con ciò perdere la funzione visiva a causa dell'evoluzione della cataratta, b)*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

rimandare l'intervento di cataratta sapendo che con questa decisione aumenta la possibilità di incorrere in eventi avversi prevedibili ma non prevenibili intraoperatori e postoperatori", c) accettare di essere operato di cataratta assumendosi i rischi prevedibili ma non prevenibili connessi con il trattamento chirurgico"; i controlli post operatori e l'inesistenza di atti alternativi, punto quest'ultimo, sul quale i CC.TT.UU. sostanzialmente concordano scrivendo, come già in precedenza trascritto, che trattavasi di un atto operatorio differibile ma vantaggioso per la ricorrente "*in assenza di migliori alternative terapeutiche*").

In particolare, il consenso informato riporta tra i rischi prevedibili ma non prevenibili "*dopo l'intervento di cataratta*" quello di "*Infezione interna dell'occhio: nonostante tutte le procedure di preparazione del campo operatorio e di disinfezione accurata dell'occhio non è tecnicamente possibile sterilizzare l'occhio. Pertanto, in alcuni soggetti si può innescare un fenomeno infettivo interno denominato endoftalmite. In alcuni casi il fenomeno è controllabile con la terapia medica, in altri casi può richiedere un altro impegnativo intervento (vitrectomia) e, in casi estremi, può essere necessaria l'asportazione del bulbo oculare. In quasi tutti i casi si ha una grave perdita della vista*".

Pertanto, anche questa parte della pretesa risarcitoria deve essere rigettata.

In conclusione, all'attrice spettano a titolo di risarcimento dei danni non patrimoniali subiti in seguito al sinistro sanitario in esame complessivi € 146.412,50.

In ordine alla richiesta di rivalutazione delle somme riconosciute

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

all'infortunata e di corresponsione degli interessi si osserva, quanto alla prima, che i danni sono stati liquidati all'attualità. Quanto, invece, agli interessi si rileva che «*il danno subito per la mancata corresponsione dell'equivalente pecuniario del bene danneggiato può essere liquidato in via equitativa, attraverso il ricorso agli interessi, non necessariamente determinati in misura corrispondente al saggio legale, da calcolarsi sulla somma corrispondente al valore del bene al momento dell'illecito via via rivalutata*». In pratica, «*qualora la liquidazione del danno da fatto illecito extracontrattuale sia effettuata "per equivalente", con riferimento, cioè, al valore del bene perduto dal danneggiato all'epoca del fatto illecito, e tale valore venga poi espresso in termini monetari che tengano conto della svalutazione intervenuta fino alla data della decisione definitiva, è dovuto al danneggiato anche il risarcimento del mancato guadagno, che questi provi essergli stato provocato dal ritardato pagamento della suddetta somma. Tale prova può essere offerta dalla parte e riconosciuta dal giudice mediante criteri presuntivi ed equitativi, quale l'attribuzione degli interessi, ad un tasso stabilito valutando tutte le circostanze obiettive e soggettive del caso; in siffatta ultima ipotesi, gli interessi non possono essere calcolati (dalla data dell'illecito) sulla somma liquidata per il capitale, definitivamente rivalutata, mentre è possibile determinarli con riferimento ai singoli momenti (da stabilirsi in concreto, secondo le circostanze del caso) con riguardo ai quali la somma equivalente al bene perduto si incrementa nominalmente, in base ai prescelti indici di rivalutazione monetaria, ovvero in base ad un indice medio* (così, per prima, Cass. Sez. Unite, 17 febbraio 1995, n. 1712)».

Questo tribunale ritiene equo, ai sensi del secondo comma dell'art.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

2056 c.c., adottare, come criterio di risarcimento del pregiudizio da ritardato conseguimento delle somme dovute (cd. lucro cessante), quello degli interessi fissandone il tasso nella misura del 2% annuo, tenuto conto del graduale mutamento del potere di acquisto della moneta, atteso l'intervallo di tempo fra l'illecito/data dell'intervento alla cataratta ed il suo risarcimento (7 anni) e l'andamento medio dei tassi di impiego del denaro correnti nel periodo considerato.

Pertanto, gli interessi in oggetto devono calcolarsi dal momento dell'illecito sull'importo sopra liquidato di € 146.412,50 svalutato all'epoca del sinistro, 22 maggio 2018, con l'applicazione del coefficiente ISTAT 1,194 (dell'ultima rilevazione di luglio 2025) ad € 122.623,53. Su quest'ultima somma come progressivamente rivalutata, di anno in anno, ogni successivo 22 maggio 2018 e, secondo la variazione dell'indice dei prezzi al consumo accertata dall' *CP_11* (FOI nt 3.5 - Indici nazionali dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati), fino alla data della presente decisione. Sull'importo finale come sopra riconosciuto, € 146.412,50 (che si converte in debito di valuta) maggiorato degli interessi compensativi maturati, saranno dovuti i normali interessi legali *ex* art. 1282 c.c..

Dunque, in accoglimento parziale della domanda dell'attrice deve essere dichiarata la concorrente responsabilità della *Controparte_12* [redacted] *Co* *CP_1* e di *Parte_6* che, per l'effetto, devono essere condannati, in solido tra loro ai sensi dell'art. 2055 c.c. (sulla solidarietà nel caso di responsabilità per titoli diversi cfr. da ultimo Cass. 9969/2025), al pagamento in favore della medesima della predetta somma di € 146.412,50, oltre interessi come appena indicati, nonché delle spese di lite che si liquidano

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

in dispositivo sulla base del DM 55/2014 e succ.ve modifiche applicando i valori medi dello scaglione del *decisum*, con attribuzione ai procuratori antistatari dell'attrice. Vengono riconosciuti euro 1.008,00 per i compensi della fase di mediazione in quanto attività obbligatoria e funzionale al processo.

Le spese della C.T.U. medica, ferma restando la solidarietà passiva di tutte le parti nei confronti dei consulenti così stabilita nel separato decreto di liquidazione del 3.10.2023 (Cass., sez. II, sent. n. 28094 del 30/12/2009; Cass. sez. 6-3, ord. n. 23522/2014), si pongono nei rapporti interni tra le medesime a carico dei convenuti *Controparte_12* [redacted] *Controparte_1* e *CP_3* *[...]*, in solido tra loro, con il conseguente diritto dell'attrice di ripetere dai predetti le somme eventualmente versate o che saranno versate ai CC.TT.UU. in forza del predetto decreto.

P.Q.M.

Il Tribunale di Napoli, ottava sezione civile, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da *Parte_1* nei confronti della *Controparte_12* [redacted] di *CP_1* *[...]* e di *CP_3*, così provvede:

1) accogliendo per quanto di ragione la domanda dell'attrice, dichiara la concorrente responsabilità dei convenuti nella produzione dei danni subiti dall'attrice e, per l'effetto, condanna la *CP_12* *Controparte_1* *[...]* e *CP_3*, in solido tra loro, al pagamento in favore di *Parte_1* della complessiva somma di € 146.412,50 oltre interessi compensativi nella misura del 2% annuo dal momento del sinistro, 22 maggio 2018, sul predetto importo svalutato a detta epoca e cioè su € 122.623,53 ed,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932

inoltre, su tale somma progressivamente rivalutata, di anno in anno, ogni successivo mese di maggio, secondo gli indici ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, dal sinistro fino alla pubblicazione della presente sentenza, oltre interessi legali sulla somma come sopra riconosciuta di € 146.412,50, maggiorata degli interessi compensativi maturati, dalla data di pubblicazione sino al soddisfo;

2) condanna i resistenti *Controparte_12* [redacted] di *CP_1* e *CP_3* al pagamento, in favore dell'attrice, delle spese del giudizio che si liquidano in € 15.111,00 per compensi ed € 538,00 per spese, oltre rimborso spese generali (15% sui compensi), CPA ed Iva come per legge, con attribuzione ai procuratori alle liti della ricorrente, Avv.ti [redacted] e [redacted] dichiaratisi antistatari;

3) spese di CTU come da motivazione.

Così deciso in Napoli, il 16 agosto 2025.

Il Giudice

(dott. Pietro Lupi)

L'originale di questo provvedimento è un documento informatico sottoscritto con firma digitale (artt. 1, lett. s, 21 e 24 D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82) e depositato telematicamente nel fascicolo informatico ai sensi degli artt. 15 e 35, comma 1, D.M. 21 febbraio 2011, n. 44, come modificato dal D.M. 15 ottobre 2012 n. 209.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-932