REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Reggio Calabria, Prima Sezione Civile, in composizione monocratica, in persona del Giudice Unico, dr.ssa Francesca Rosaria Plutino, ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 649 dell'anno 2015 del Ruolo Generale degli Affari Contenziosi, assegnata in decisione in data 03 luglio 2024, con la concessione dei termini ex art. 190 c.p.c., promossa

da

Parte_1 **(C.F.** *C.F._1* **)**, elettivamente [redacted] alla [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] che lo rappresenta e difende in forza di procura in calce alla comparsa di costituzione di nuovo difensore;

- attore –

Contro

CP_1 **(C.F.** *C.F._2* **)**, elettivamente [redacted] n, 24, presso lo studio dell'avv. [redacted] che lo rappresenta e difende giusta procura a margine della comparsa di costituzione e risposta;

Controparte_2, in persona del legale rappresentate *pro tempore*, elettivamente [redacted] tronco, Pal. Tibi, presso l'ufficio legale, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

- convenuti –

nonché contro

Controparte_3 **(P. IVA** *P.IVA_1* **),** Già *[...]* *Controparte_4* in persona del procuratore pro-tempore dott.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

Controparte_5 elettivamente [redacted] presso lo studio dell'avv. [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] giusta procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

- terza chiamata -

OGGETTO: Risarcimento danni da responsabilità professionale medica.

Conclusioni delle parti

Le parti concludevano come da note scritte.

Motivi della decisione

1.Con atto di citazione, notificato in data 20.02.2015, *Parte_1* evocava in giudizio innanzi l'intestato Tribunale *CP_6* e l' *Controparte_2* per sentirli condannare, in solido tra loro, al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti dallo stesso, in conseguenza dell'intervento chirurgico del 01.03.2011.

A sostegno della propria domanda l'attore esponeva che:

- in data 01.03.2011 era stato sottoposto ad intervento chirurgico di enucleazione cataratta in OD, occhio destro, presso l'Unità Operativa di oculistica del [redacted] di [redacted] (RC) – *Controparte_2*, eseguito dal dott. *CP_*

-dalla cartella clinica la diagnosi di ingresso risultava essere "*OO cataratta, ODV 3/10 scarsi, OSV 3/10";*

-il sanitario, per come evincibile dalla cartella clinica, non aveva fornito al paziente in modo completo ed esaustivo tutte le informazioni scientificamente possibili sull'intervento e, soprattutto, sul bilancio rischi e vantaggi relativi all'intervento da eseguire;

-pertanto, l'attore non era stato informato sul rischio di contrarre una grave infezione (l'endoftalmite) a seguito dell'intervento di cataratta;

-a seguito dell'intervento chirurgico era stato dimesso in giornata ed era stata prescritta terapia a domicilio;

-durante il tragitto di rientro a casa, aveva iniziato ad accusare dolore oculare e bruciore all'occhio operato;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

-a causa del persistere della sintomatologia dolorosa, durante la notte, la moglie e la nipote dell'attore avevano contattato il dott. CP_ il quale aveva prescritto del Bentlan programmando un controllo al mattino successivo presso [redacted] di [redacted] per verificare le condizioni dell'occhio;

-il giorno seguente, quindi, l'attore era stato visitato dal dott. CP_ assistito dall'infermiere dott. Persona_1 e aveva riferito al sanitario bruciori, dolori e perdita della vista relativamente all'occhio destro;

-l'attore era stato rassicurato dal chirurgo ed era stato rinviato a controllo il giorno successivo;

-durante la notte del 02.03.2011 la sintomatologia dolorosa all'occhio era aumentata ed era stato riscontrato un modesto stato febbrile;

-la mattina del 03.03.2011 l'attore si era sottoposto a nuovo controllo all'occhio destro presso [redacted] di [redacted] dove veniva visitato dai medesimi sanitari del giorno precedente;

-durante tale controllo, il dott. CP_ avvedendosi della situazione, aveva contattato telefonicamente [redacted] di [redacted] prenotando un ricovero urgente per il paziente;

-l'attore, era stato, quindi, ricoverato presso il predetto Ospedale con la diagnosi di ingresso "*OD (occhio destro) endoftalmite";*

-il medesimo giorno era ivi stato sottoposto ad intervento chirurgico consistente in "*OD tampone congiuntivale…; vancomicina…con lavaggio ipopion e rimozione degli essudati…";*

-in data 04.03.2011 era stato sottoposto ad ulteriore lavaggio della camera anteriore e sacco capsulare con soluzione antibiotica, vitrectomia limitata al vitreo retrolenticolare per scarsa visibilità da marcata opacità della cornea e dei mezzi diottrici;

-era stato dimesso il successivo 14.03.2011 con "*ODV motu-manu";*

-in data 18.03.2011 l'attore era stato ricoverato presso la divisione oculistica [redacted] di Mestre (VE) dove, posta la diagnosi di "*OD endoftalmite post-operatoria",* era stato sottoposto, in data 21.03.2011, ad intervento di vitrectomia, asportazione IOL e lavaggio antibiotico odx;

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

-in data 25.03.2011 era stato dimesso [redacted] di Mestre con la seguente obiettività "*OD alla dimissione il bulbo è in relativa calma, la cornea epitelizzata con grossolana pieghe, la camera anteriore presente (non ipopion visibile). Il fundus male esplorabile;*

-in data 10.05.2011 era stato sottoposto ad esame ecografico dell'OD (dott. *Per_2 [...]* che aveva dimostrato "*OD l'esame ecografico eseguito in B-scan con sonda palpebrale da 20 Mhz mette in evidenza echi patologici in sede vitreoretinica dovuti a notevole essudazione e cellularità vitreale associata a distacco retinico secondario con congestione coroidale. La retina risulta aderente solo a livello papillare";*

-in data 20.05.2011 si era sottoposto ad intervento per cataratta in OS, perfettamente riuscito, presso [redacted] di Mestre;

-in data 05.08.2011 si era sottoposto a controllo oculistico dal dott. *Persona_3* , nell'ambito della quale era stato riscontrato "*ODV nat percezione luce; OSV 10/10 corr.";*

-in data 29.11.2011 era stato effettuato un ulteriore controllo presso l *CP_7* di Roma, nell'ambito del quale era stato riscontrato "*OD edema corneale a tutto spessore non è possibile l'osservazione delle strutture sottostanti, ODV spento. OS pseudofachia, OSV 10/10 corr.".*

Richiamava le conclusioni cui era giunto il proprio CTP, quantificando i danni non patrimoniali e patrimoniali subiti in complessivi € 302.000,00, così ripartiti: 45% di danno biologico da invalidità permanente, pari a € 251.909,00, oltre alla personalizzazione; 20 gg di ITT e 15 di ITP, pari a complessivi € 2.502,50; personalizzazione del danno biologico complessivo nella misura del 20%, pari a complessivi € 47.588,50.

Evidenziava la sussistenza di responsabilità dei convenuti per "*deficit di informazione esaustiva dei specifici rischi ed effetti negativi dell'intervento di cataratta".* Infatti, a causa del predetto deficit di informazione l'attore non era stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole.

Rilevava, altresì, la "*non adeguata profilassi antibiotica pre ed intraoperatoria. Omissione di sterilizzazione dell'ambiente ospedaliero, della sala operatoria, dei luoghi di degenza e delle attrezzature utilizzate".*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

Sul punto, precisava che il sanitario si era limitato ad eseguire una "*Disinfezione con iovipovidone 5% per 3 m",* non utilizzando, invece, la profilassi antibiotica con fluochinolonici di IV generazione topici ed in camera anteriore.

Da un punto di vista temporale, poneva in evidenza che l'endoftalmite era insorta due giorni dopo dell'intervento, ciò a conferma della contrazione della stessa dopo l'intervento chirurgico.

Affermava che dalla cartella era possibile desumere l'applicazione di punti di sutura e che ciò risultava essere sintomatico di un'eccessiva apertura del taglio chirurgico, normalmente chiuso con un unico punto ovvero senza alcun punto. Deduceva, quindi, che l'endoftalmite aveva avuto origine dal prolasso dell'iride attraverso un taglio corneale molto più ampio del normale. Allegava la natura routinaria dell'intervento chirurgico per cui è causa.

Rilevava l'imprudente atteggiamento del sanitario non solo nella fase chirurgica ma anche nei controlli post-operatori tenuto conto che il quadro evidenziato dai sanitari [redacted] di [redacted] non era stato riscontrato dal sanitario convenuto, circostanza configurante conseguente ritardo diagnostico.

Concludeva rassegnando le seguenti conclusioni: "*Voglia l'On. Tribunale adito, contrariis reiectis, così decidere: Nel merito Accertare, statuire e dichiarare: L'esistenza, la configurazione del contratto di spedalità (contratto di prestazione d'opera atipico) o contratto di assistenza sanitaria tra l'odierno attore, Sig.* Parte_1 *, e il* [...] Controparte_8 [...] Controparte_9 *); 2. la responsabilità del convenuto Dott.* CP_1 *, medico chirurgo operante del P.O. di* Controparte_8 *- Unità Operativa di Oculistica, e per esso dell'* Controparte_10 [...] *per tutti i danni (Danno biologico permanente, temporaneo, personalizzazione del danno biologico) subiti dall'odierno attore in occasione dell'intervento chirurgico di enucleazione cataratta in OD, occhio destro eseguito in data 01/03/2011; 3. trarre argomenti di prova dalla mancata comparizione dei convenuti chiamati in mediazione in base al combinato disposto dell'art. 116 e dell'art. 8 del D.Lgs. 28/10 e succ. mod.; 4.*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

Conseguentemente accogliersi interamente la domanda e per l'effetto CONDANNARE: a) in via principale, con il vincolo solidale e/o invia alternativa e/o pro quota, la convenuta [...] Controparte_2 (Controparte_9), in persona del suo legale rappresentante o/e direttore pro-tempore, nonché il convenuto Dott. [...] CP_1 , e la Controparte_3 (terzo chiamato in garanzia dal convenuto Dott. CP_1), in persona del suo procuratore-legale rapp.te pro-tempore, al pagamento in favore dell'attore, Parte_1 della complessiva somma di Euro 302.000,00, per danno non patrimoniale, biologico (permanente, temporaneo) e morale, o a quella somma ritenuta di giustizia che verrà accertata e determinata in corso di causa attraverso CTU medico-legale, oltre rivalutazione monetaria, secondo gli indici istat, ed agli interessi legali sulla somma annualmente rivalutata, dall'evento al saldo; 5. Condannare i convenuti al versamento, in favore dello Stato, del contributo unificato, nonché al rimborso delle spese legali in favore dell'attore per non aver fornito alcuna motivazione per la mancata partecipazione al procedimento di mediazione. 6. Porre definitivamente a carico dei convenuti le eventuali spese di CTU. 7. Con vittoria di spese, diritti ed onorari del presente giudizio da calcolarsi sulla base dei parametri previsti dal D.M. 55/2014 entrato in vigore oltre, spese di trasferta, spese generali come per legge, IVA, CPA, somme da distrarsi ex art. 93 c.p.c. in favore del sottoscritto procuratore anticipatario, oltre successive occorrende. 8. Con sentenza esecutiva, nonostante gravame".

Con comparsa di costituzione e risposta, depositata in data 08.06.2015, si costituiva in giudizio CP_6 contestando la domanda attorea.

Più specificamente, premetteva che, benché l'intervento in esame fosse un intervento di routine, lo stesso non poteva comunque essere considerato come privo di rischi.

Escludeva che l'endoftalmite potesse essere ricondotta al proprio comportamento adottato nell'ambito dell'intervento, tenuto conto che aveva adottato in scienza e coscienza tutte le cautele possibili per il tipo di intervento, in conformità ai protocolli riconosciuti.

Quanto all'eccezione relativa al deficit di informazione, specificava che il modulo sottoscritto dal paziente era lo strumento attraverso il quale lo stesso aveva dichiarato di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

aver ricevuto verbalmente tutte le informazioni relative all'intervento da eseguire, in modo da consentire la libera autodeterminazione del paziente.

Avuto riguardo alla denunciata non adeguata profilassi antibiotica pre e intraoperatoria, specificava di avere somministrato al paziente, in entrambe le fasi, antibiotici particolarmente incisivi per contrastare ogni tipo di potenziale infezione ed evitare ogni rischio di endoftalmite. Nel dettaglio, affermava che 15 minuti prima dell'intervento si era proceduto alla disinfezione della cute perioculare con iovipovidone 10%, all'applicazione nel fornice congiuntivale di iovipovidone monouso 5% (oftasteril), subito prima dell'intervento si era proceduto alla disinfezione della cute con iovipovidone 10%, all'applicazione del telo chirurgico, a nuova disinfezione dei fornici con iovipovidone al 5% per almeno 3 minuti, il tutto anticipato nelle due ore che avevano proceduto l'intervento e a distanza di 15 minuti l'una dall'altra dall'applicazione di antibiotico topico.

Rilevava come la profilassi antibiotica topica fosse una procedura consigliata, non raccomandata.

Poneva in evidenza che la somministrazione di antibiotico infracamerulare a fine intervento era effettuata solo nel 41% dei centri di chirurgia oftalmologica: la struttura convenuta, all'epoca dei fatti, utilizzava la vancomicina; tuttavia, erano possibili errori di diluizione e di sterilità del farmaco nel corso della preparazione estemporanea.

Chiariva di avere posto in essere tutte le terapie di profilassi affinché fosse escluso, o quantomeno ridotto al minimo, ogni rischio di infezione e, in particolare, di endoftalmite. Il taglio corneale temporale superiore era stato di 3,2 mm, non c'era stata alcuna fuoriuscita di iride ed era stato applicato un solo punto di sutura a scopo precauzionale.

Rilevava che l'intervento era stato eseguito in assenza di complicanze e che al controllo del 02.03.2011, benché il paziente avesse riferito dolore all'occhio, dall'esame obiettivo della parte trattata era stato individuato uno stato generale di condizioni perfettamente riconducibili al decorso post-operatorio per il tipo di intervento eseguito.

Diversamente, il controllo eseguito in data 03.03.2011 aveva evidenziato una situazione di peggioramento dell'edema corneale con un aumento della reazione in camera anteriore

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

mezzo mm di ipopion, di talché, aveva deciso di inviare il paziente presso [redacted] di [redacted] per un eventuale intervento di vitrectomia.

Precisava che l'invio presso il predetto centro a solo 48h dall'intervento era stato tempestivo e rientrava ampiamente nei tempi previsti dalle linee guida elaborate dalla comunità scientifica sulla chirurgia della cataratta.

Chiariva che l'infezione poteva essere stata contratta in fase di intervento ma per cause di certo non imputabili al chirurgo operante, ovvero nella fase successiva all'intervento e alle dimissioni del paziente.

Deduceva la natura extracontrattuale della responsabilità professionale del sanitario alla luce del disposto normativo di cui alla L. Balduzzi, con relativo onere della prova e termine prescrizionale.

Contestava, in ogni caso, l'eccessiva richiesta risarcitoria formulata dall'attore e formulava istanza di chiamata in garanzia della Controparte_4

Concludeva chiedendo: "*Voglia l'On.le Tribunale adito, e per quanto di sua competenza al G.I., disattesa ogni contraria richiesta, provvedere come segue: 1) In rito: Fissare nuova udienza per consentire la chiamata in causa del terzo in garanzia* Controparte_4 [...] *(con sede in Milano* [redacted] *a norma dell'art. 269 c.p.c.; 2) Nel merito: respingere la domanda attrice, nei termini in cui è spiegata nei confronti del convenuto* CP_ *perché infondata in fatto e in diritto e nello specifico, previa riconduzione della responsabilità invocata nei confronti del convenuto* CP_ *nell'alveo dell'illecito aquiliano, dichiarare l'assenza di ogni responsabilità del convenuto Dott.* CP_6 *per i danni asseritamente lamentati dall'attore, conseguentemente respingendo la richiesta di pagamento dei medesimi; 3) Con vittoria di spese, competenze e onorari di causa; 4) In subordine, rispetto alla superiore richiesta e nelle denegata ipotesi di un qualche accertamento positivo di responsabilità a carico del convenuto* CP_ *procedere ad una più contenuta quantificazione della pretesa risarcitoria a seguito di un concreto accertamento dei danni invocati. 5) Rigettare la richiesta di condanna del convenuto Dott.* CP_ *al pagamento del contributo unificato ed altresì rigettare la richiesta di rimborso delle spese legali in favore dell'attore per la mancata partecipazione al*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

procedimento di mediazione; 6) Dichiarare che la terza chiamata in causa Controparte_4 [...] *dal convenuto* CP_ *è tenuta a manlevare il convenuto dott.* CP_ *e comunque a tenerlo indenne da ogni e qualsiasi domanda contro di lui rivolta; 7) Condannare la* [...] CP_4 *a rifondere il Dott.* CP_6 *altresì delle spese legali sostenute e sostenende per la difesa in giudizio, anche stante l'esistenza di garanzia, tra le tante di cui alla polizza di assicurazione professionale stipulata con la medesima società di assicurazioni, relativa a "copertura di tutela legale"".*

Con comparsa di costituzione e risposta, depositata il 07.10.2015, si costituiva in giudizio l' Controparte_2 contestando la domanda attorea in forza dell'assenza di negligenza, imperizia e incapacità nell'assistenza da parte del sanitario. Deduceva la tempestività dell'invio del paziente presso altra struttura a 48h dall'intervento. Specificava, altresì, che i locali del [redacted] di [redacted] erano risultati idonei ai controlli dell'ARPACAL del 03.03.2011. Chiedeva, quindi, il rigetto di tutte le domande con vittoria di spese e competenze.

Con ordinanza del 08.06.2015 veniva autorizzata la chiamata in causa del terzo [...] Controparte_4

Con comparsa di costituzione e risposta, depositata il 18.12.2015, si costituiva in giudizio la terza chiamata Controparte_3 già Controparte_4 [...] eccependo, in via preliminare, l'operatività a secondo rischio della polizza rispetto a quella stipulata dalla struttura sanitaria in favore dei propri dipendenti, sul presupposto della resa della prestazione sanitaria dal dott. CP_ nella sua qualità di medico specialista presso l'I. O. di Oculistica del [redacted] di [redacted]

Laddove, invece, la predetta polizza dovesse essere ritenuta operante a primo rischio, evidenziava che, in ragione della coesistenza della polizza emessa dalla Parte_2 (delegata alla trattazione del danno dalla Controparte_11 assicurativo dell' CP_2 [...]), l'obbligo risarcitorio doveva essere ripartito in egual misura tra le due società assicurative. Affermava, ancora, la possibile configurabilità di assicurazione plurima ex art. 1910 c.c. e, perciò, chiedeva di dichiarare esistente il proprio diritto di agire in regresso ex art. 1910 c.c. contro l'altra compagnia assicurativa convenuta nel presente giudizio, ai fini

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

della ripartizione proporzionale delle somme eventualmente riconosciute a titolo di risarcimento.

Nel merito, affermava, in via preliminare, la natura extracontrattuale della responsabilità professionale del medico dipendente di una struttura sanitaria, in forza dell'art. 3 L. 189/2012.

Deduceva l'assenza di responsabilità in capo al sanitario convenuto, condividendo la difesa dallo stesso spiegata. Escludeva la sussistenza di un nesso tra l'insorgenza dell'endoftalmite e l'operato del sanitario.

Con riferimento al *quantum debeatur,* contestava le singole voci di danno indicate da parte attrice.

Concludeva chiedendo: "*1) In via preliminare ritenere e dichiarare che la garanzia assicurativa emessa dalla* Controparte_4 *oggi* Controparte_3 *in favore del dott.* CP_ *si intende operante in secondo rischio; 2)Conseguentemente nella denegata e non temuta ipotesi di accoglimento delle domande attoree, ritenere e dichiarare che, la garanzia emessa in favore del dott.* CP_ *sarà efficace solo dopo il superamento del limite massimale della polizza di primo rischio, individuabile in quella emessa in favore dell'* Controparte_9 *; 3) Sempre in via preliminare, nella denegata ipotesi di condanna delle* Controparte_3 *per le ragioni esposte alla lettera A) del presente atto, ritenere e dichiarare operante nella fattispecie in esame la previsione di cui all'art. 1910 c.c. essendo il medesimo rischio garantito tra le società assicurative convenute nel presente giudizio, e indi ripartire tra le stesse l'indennizzo eventualmente spettante a parte attrice per sorte, accessori, interessi e spese, secondo il rispettivo contratto e nei limiti del massimale garantito; 4)Nel merito ritenere e dichiarare che nessuna responsabilità potrà essere in concreto imputata al dott.* CP_ *non sussistendo alcuna connessione causale tra l'evento dannoso rappresentato dall'attore e la prestazione medica fornita dalla professionista garantito dalla* Controparte_3 *5) Conseguentemente disattendere e rigettare integralmente le richieste risarcitorie formulate ex adverso, poiché palesemente prive di qualsiasi fondamento in fatto ed in diritto e non provate;*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

6)In via di mero subordine, ridurre le richieste avversarie nei ristretti limiti in cui verrà fornita rigorosa prova della effettiva entità delle lesioni personali subite dall'istante e della loro piena ed esclusiva riconducibilità eziologica alla condotta del dott. CP_ *7) Sempre in via di mero subordine, qualora dovesse essere affermata la responsabilità professionale del dott.* CP_ *ritenere e dichiarare l'obbligo di garanzia e manleva della* Controparte_3 *unicamente entro i limiti del massimale assicurativo; 8) Ritenere e dichiarare in caso di accoglimento delle domande attoree, con contestuale ritenuta operatività a prima rischio della polizza emessa dalla deducente, il diritto della* Controparte_3 *di agire in regresso ex art 1910 c.c. contro la compagnia assicurativa che garantiva l'* CP_2 [...] *, ai fini della ripartizione proporzionale delle somme eventualmente riconosciute a titolo di risarcimento. […] Con vittoria di spese e compensi*".

Alla prima udienza di comparizione, svoltasi in data 13.01.2016, venivano assegnati i termini di cui all'art.183 co. 6 c.p.c.

Con la prima memoria istruttoria, parte attrice eccepiva, preliminarmente, l'improcedibilità della chiamata di terzo formulata da CP_ per omesso espletamento del procedimento di mediazione.

Chiedeva la trasmissione degli atti alla Procura della Repubblica tenuto conto dell'arbitrarietà con cui i convenuti avevano ricostruito i fatti di causa, in contrasto con le risultanze della cartella clinica. Disconosceva, inoltre, di avere ricevuto nel dettaglio verbalmente le informazioni inerenti i rischi correlati all'intervento.

Con ordinanza del 04.10.2016, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 28.09.2016, il GI rigettava l'eccezione di improcedibilità della domanda per mancato esperimento della mediazione obbligatoria nei confronti del terzo chiamato, in quanto formulata tardivamente e, ritenuto necessario disporre CTU, formulava i questiti e nominava il dott. Per_4 . Lo stesso non compariva per prestare giuramento e veniva surrogato con il dott. Per_5 Quest'ultimo, prestato giuramento di rito, depositava l'elaborato peritale in data 03.04.2018.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

Con ordinanza del 14.06.2016, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 27.03.2019, il GI ammetteva la prova per testi e l'interrogatorio formale del convenuto.

Il convenuto *CP_6* veniva interrogato all'udienza del 22.01.2020 unitamente al teste *Persona_1*

Con ordinanza del 20.06.2020, il GI, a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 15.06.2020, ammetteva la prova orale articolata da parte attrice limitatamente alla teste *Testimone_1*, la quale veniva escussa all'udienza del 05.01.2022.

Con ordinanza del 05.02.2022, il GI, ritenuto necessario disporre la rinnovazione della CTU, formulando nuovi quesiti, nominava il dott. *Per_6*, successivamente surrogato con la dott.ssa *Per_7* Quest'ultima, previo giuramento, depositava l'elaborato peritale in data 02.11.2022.

Con ordinanza del 07.01.2023, il GI, considerata la contraddittorietà delle risposte fornite dalla consulente alle osservazioni delle parti, invitava la stessa a fornire chiarimenti scritti. La consulente depositava, quindi, risposta ai chiesti chiarimenti in data 25.02.2023.

Disposta la trattazione scritta della causa, con ordinanza del 24.05.2023, il GI, ritenuta non esaustiva l'integrazione depositata dalla consulente in ordine al nesso causale, ne disponeva la convocazione in udienza per rendere chiarimenti orali. La stessa veniva ascoltata all'udienza del 15.11.2023 e, successivamente, la causa veniva rinviata per la precisazione delle conclusioni.

Disposta la trattazione scritta della causa, con ordinanza del 03.07.2024 il Giudice riservava la causa in decisione con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

2.La domanda di parte attrice risulta parzialmente fondata.

In primo luogo, avuto riguardo alla natura delle responsabilità invocate, si rileva che, in punto di responsabilità contrattuale della struttura ospedaliera, come precisato dalla Corte di Cassazione, "*ove sia dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione di diligenza professionale e la lesione del diritto alla salute, è onere del danneggiato provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

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. Ciò sul presupposto che nelle obbligazioni di diligenza professionale sanitaria il danno evento consta della lesione non dell'interesse strumentale alla cui soddisfazione è preposta l'obbligazione, cioè il perseguimento delle leges artis nella cura dell'interesse del creditore, ma del diritto alla salute, che è l'interesse primario presupposto a quello contrattualmente regolato (così, da ultimo, le sentenze 11 novembre 2019, n. 28991 e n. 28992, in linea con la sentenza 26 luglio 2017, n. 18392)

Per quanto riguarda la posizione del medico, dopo un'iniziale tesi a favore della natura extracontrattuale della relativa responsabilità, si è diffusa l'opinione della qualificazione contrattuale della stessa.

La soluzione ultima prende le mosse dalla storica sentenza n. 589/1999 della Suprema Corte e fonda la responsabilità contrattuale sul "contatto sociale" che si instaura tra medico e paziente, al momento dell'accettazione del paziente in ospedale e della presa in carico da parte del sanitario accettante.

Si profila, in definitiva, una "*responsabilità contrattuale nascente da "un'obbligazione senza prestazione ai confini tra contratto e torto*", in quanto poiché sicuramente sul medico gravano gli obblighi di cura impostigli dall'arte che professa, il vincolo con il paziente esiste, nonostante non dia adito ad un obbligo di prestazione, e la violazione di esso si configura come culpa in *non faciendo*, la quale dà origine a responsabilità contrattuale" (Cass. n.589/1999 cit.).

Attraverso tale soluzione, ormai largamente condivisa in giurisprudenza (v. Cass. n. 4058/2005, da ultimo Cass. n. 9085/2006), si superano le contraddizioni della tesi più rigorosa a favore della responsabilità extracontrattuale, e in particolare l'irragionevolezza di un diverso regime giuridico nei confronti di una prestazione, quella resa dal medico a favore del paziente, che non può che essere sempre la stessa, vi sia o meno alla base un contratto d'opera professionale tra i due. L'esistenza di un contratto potrà al più rilevare a monte, al fine di stabilire se il medico sia obbligato alla prestazione della sua attività sanitaria (salve le

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

ipotesi in cui detta attività sia obbligatoria per legge), ma una volta accettato l'incarico ed entrato in contatto con il paziente, l'esercizio della sua attività sanitaria (e quindi il rapporto paziente medico) non potrà che modellarsi sul contratto di prestazione d'opera professionale di tipo sanitario.

Tali principi giurisprudenziali si applicano al caso in esame, essendo i fatti anteriori sia al DL 158/12, conv. con legge 189/2012 che alla legge 24/2017.

Applicando tali principi al caso in esame, deve essere riconosciuta la responsabilità del sanitario e della struttura che ebbero in cura l'attore.

Il CTU, nella relazione depositata il 02.11.2022, con motivazione esauriente ed immune da vizi logici e di ragionamento, ha premesso che il paziente risulta affetto da "*OD Esiti di intervento di cataratta complicato da endoftalmite trattata con terapia medica e vitrectomia visus spento; occhio sinistro pseudofachia chirurgica visus corretto 10/10; alterazione dell'efficienza estetica leucoma corneale occhio destro. Lieve sindrome depressione endoreattiva". L'abolizione del visus occhio destro è stata causata dall'endoftalmite diagnosticata in data 3/3/2011"* (pag. 8 ctu).

Ha chiarito la portata dell'infezione in esame specificando che "*L'endoftalmite è un importante complicanza della chirurgia oculare, che può causare una riduzione permanente della capacità visiva, con possibile perdita anatomica del bulbo oculare. Circa il 90% si sviluppa dopo intervento della cataratta. Il principale fattore rischio per l'instaurarsi dell'endoftalmite dipende dall'integrità della ferita chirurgica. I principali fattori rischio locali preoperatori sono rappresentati dalle anomalie degli annessi e della superficie oculare: entropion, ectropion, blefarite, congiuntivite, canaliculite, ostruzione delle vie lacrimali, uso di lenti a contatto, uso di protesi oculare nell'occhio controlaterale. Sostanze e strumenti chirurgici utilizzati prima, durante e dopo l'intervento possono essere una fonte d'infezione. […] I germi che causano l'endoftalmite possono provenire dall'ambiente operatorio stesso, quando la sanificazione non è avvenuta secondo le regole di sicurezza e con liquidi disinfettati non adeguati secondo precise normative".*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

Riportando nel caso in esame tali assunti teorici, ha evidenziato che "*Nel caso specifico, le poche notizie apprese dalla lettura della cartella clinica del 1/3/2011 non ci dicono nulla circa le precauzioni prese per evitare possibili complicanze post-operatorie. Viene eseguita una disinfezione con iodopovidone 5%, non viene effettuato quello che è consigliato dalle linee guida ESCRS per la prevenzione dell'endoftalmite perché non viene effettuata alcuna iniezione intracamerale di cefuroxime alla fine dell'intervento. Questa procedura ha abbattuto l'incidenza di endoftalmite post-operatoria dal 0,3% - 1,2% prima allo 0,014% - 0,08% di oggi ovvero una riduzione di circa 7-28 volte dell'incidenza dell'endoftalmite post-operatoria. Pertanto non si è tenuto conto della eventuale complicanza batterica e non si è provveduto ad eseguire una somministrazione di antibiotico intracamerale alla fine dell'intervento. […] L'intervento chirurgico di rimozione della cataratta in occhio destro è stato eseguito in accordo ai protocolli previsti. Durante l'intervento non ci sono state complicanze. Per la prevenzione dell'endoftalmite non viene effettuata alcuna iniezione intracamerale di cefuroxime alla fine dell'intervento come consigliato dalle linee guida ESCRS. Non è chiaro se al* Pt_1 *gli siano stati consigliati i mezzi di protezione sull'occhio operato per evitare eventuali infezioni come previsto dalle linee guida pubblicate dalla SOI. I protocolli di consenso informato rispecchiano i protocolli vigenti e sono stati firmati dal periziando. L'endoftalmite insorta dopo l'intervento di cataratta può essere stata causata da contaminazione di batteri funghi o virus. La causa dell'endoftalmite nel caso specifico non è stata accertata dalle analisi in quanto i risultati sono stati negativi in tutte le strutture dove il* Pt_1 *è stato ricoverato. - Al controllo del 2/3/2011 l'infezione, già presente, poteva essere trattata, ma secondo il criterio civilistico del "più probabile che non" un intervento tempestivo non avrebbe evitato la perdita dell'occhio".*

A seguito delle osservazioni formulate da parte dei consulenti di parte convenuta, avuto riguardo alla mancata distribuzione in commercio del farmaco cefuroxima all'epoca dell'intervento, ha meglio specificato che "*Considerando che il periziando* Parte_1 *è stato sottoposto a intervento chirurgico in data 1/3/2011 e quindi prima dell'entrata in commercio del farmaco cefuroxime (Aprokam) e delle relative linee guida elaborate e pubblicate dalla*

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

ESCRS nell'anno 2013 si ritiene potere affermare che l'intervento di cataratta eseguito in data 1/3/2011 è stato eseguito verosimilmente in accordo ai protocolli previsti all'epoca".

Tuttavia, a fronte dell'inutilizzabilità del predetto farmaco, ha rilevato che all'epoca era in uso la *Parte_3* somministrata in camera anteriore che, dallo studio della cartella clinica, non risultava essere stata somministrata al *Pt_1* e con ciò ha affermato che "*Dallo studio della cartella clinica del 1/3/2011 non si evincono le precauzioni prese per evitare possibili complicanze post-operatorie. Pertanto, in conclusione in assenza di riscontri obiettivi, in relazione all'attività svolta dall'operatore, in teoria potrebbe sussistere un nesso di causalità tra l'infezione subita dal Parte_1 e l'intervento di cataratta".*

A fronte di tale constatazione, sul presupposto dell'intervenuto accertamento della sussistenza del nesso causale tra intervento ed infezione, l'onere la prova di dimostrare di aver eseguito tutte le profilassi antibiotiche, oltre alla disinfezione degli strumenti e degli ambienti operatori, risultava essere a carico dei convenuti (cfr. Cass. civ., sez. III, n. 5490/2023: "*In tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione cd. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato"*).

Sul punto, la documentazione è carente su ogni operazione o precauzione posta in essere dalla struttura per garantire l'assoluta sterilità del sito operatorio ovvero degli strumenti utilizzati, e sulle precauzioni adottate dal sanitario al fine di evitare il fenomeno infettivo, pertanto, il suddetto onere non può considerarsi adempiuto.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

A seguito della richiesta di chiarimenti, sia scritti che orali, la consulente ha ribadito le conclusioni cui era giunta in perizia ("*l'endoeftalmite è una complicanza prevedibile dell'intervento di cataratta, quindi sicuramente c'è il nesso causale; dalla cartella non si evince il post operatorio mentre viene descritto il pre-operatorio, quindi non so dire se sono stati utilizzati gli antibiotici per via generale o per via intracamerale. […] Confermo che, anche con riferimento al pre-operatorio, non risultano effettuate tutte le operazioni previste dalle linee guida dell'epoca. […] Confermo che non vi è traccia di quanto avvenuto nel post-operatorio, non risulta che sia stata fatta la vancomicina, che era il farmaco utilizzato all'epoca. Confermo che in ogni caso la vista non si recupera. Io non ho visto personalmente recuperare la vista dopo l'infezione").*

Alla luce di tutte le considerazioni riportate, unitamente alle dichiarazioni rese dai testimoni escussi nel corso dell'istruttoria, deve affermarsi la sussistenza di responsabilità in capo ai convenuti.

3.Va, quindi, riconosciuto e liquidato il danno biologico patito dall'attore, oltre all'invalidità temporanea totale e parziale.

Il CTU ha determinato il danno biologico permanente nella misura del 36%; come riferimento al danno biologico temporaneo, ha riconosciuto giorni venti (20) corrispondenti ai giorni di degenza ospedaliera come invalidità totale; un Periodo di Inabilità Temporanea Parziale al 50% di giorni quaranta (40) necessario per laconvalescenza dopo gli interventi chirurgici e per la stabilizzazione dell'equilibrio psico-fisico provato dalle sofferenze patite per i postumi residuati.

Più specificamente, il danno biologico permanente può essere liquidato in **€ 204.057,00**, applicando le Tabelle di Milano 2024, tenuto conto dell'età del paziente all'epoca dei fatti (69 anni) e la percentuale di invalidità riconosciuta, nonché l'incremento per sofferenza soggettiva alla luce dei numerosi interventi subiti.

Per ciò che attiene alla inabilità temporanea totale e parziale, la CTU ha provveduto a quantificarla in 20 gg di ITT e 40 gg di ITP al 50%, per un complessivo ammontare di **€ 4.600,00.**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

Il totale dei danni ammonta ad euro **208.657,00** oltre interessi legali fino al soddisfo da calcolare sulla predetta somma da devalutare alla data dell'evento lesivo e via via da rivalutare annualmente fino alla data odierna in base agli indici ISTAT del costo della vita per impiegati ed operai.

4.A questo punto, occorre analizzare la domanda di manleva formulata da *CP_6* nei confronti della terza chiamata.

La stessa deve essere accolta.

Ebbene, a nulla rilevano le contestazioni formulate dalla compagnia terza chiamata avuto riguardo all'operatività a secondo rischio della polizza stipulata dal sanitario, sul presupposto dell'esistenza di una polizza della struttura sanitaria stipulata in favore dei propri dipendenti, ovvero relative alla coesistenza di altra polizza stipulata da diversa società assicuratrice. Infatti, nessuna di tali circostanze risulta essere stata provata nel presente giudizio, nell'ambito del quale non è stata prodotta alcuna altra polizza, oltre a quella stipulata da *CP_6* con la *Controparte_4* (nelle more divenuta *[...]* *Controparte_3* .

Allo stesso modo non può essere accolta la domanda ex art. 1910 c.c., non essendo tra l'altro evocata in giudizio altra compagnia assicuratrice.

Alla luce di quanto detto, la *Controparte_3* deve essere condannata a manlevare *CP_6* delle somme che lo stesso è condannato a pagare in questa sede, sia a titolo risarcitorio, sia avuto riguardo alle spese di lite da rifondere in favore dell'attore.

5.Le spese di lite seguono la soccombenza e, pertanto, i convenuti, in solido tra loro, devono rifondere la somma di **€ 14.103,00** per onorari, oltre IVA e CPA come per legge, oltre ad € **1.234,39** per spese vive, di cui euro 7914,39 con distrazione a favore dell'avv [redacted] (pari alle fasi di studio, introduttiva e in parte istruttoria e le spese vive) ed euro 7423,00 (pari ad una parte della fase dell'istruttoria e la fase decisionale) con distrazione a favore dell'avv. [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

Nei rapporti tra convenuto CP_ e CP_12 le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come in disposito, con distrazione a favore dell'avv. [redacted]

Da ultimo, i convenuti devono essere condannati a versare in favore dell'Erario una somma corrispondete al CU dovuto per il presente giudizio, stante la sua ingiustificata mancata partecipazione alla procedura di mediazione (art. 8 c. 4bis del d.lgs. 28/2010).

Le spese di CTU devono essere poste definitivamente a carico dei convenuti, in solido tra loro.

P.Q.M

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott.ssa Francesca Rosaria Plutino, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza:

1. accoglie la domanda attorea e, per l'effetto, condanna i convenuti, in solido tra loro, a rifondere in favore di Parte_1 la complessiva somma di **€ 208.657,00** oltre interessi legali fino al soddisfo da calcolare sulla predetta somma da devalutare alla data dell'evento lesivo e via via da rivalutare annualmente fino alla data odierna in base agli indici ISTAT del costo della vita per impiegati ed operai.
2. Accoglie la domanda di manleva formulata da CP_6 e , per l'effetto, condanna Controparte_3 a rimborsare al dr. CP_ quanto quest'ultimo dovrà corrispondere all'attore in esecuzione della presente sentenza comprese le spese di lite;
3. Rigetta le domande di Controparte_13
4. condanna i convenuti, in solido tra loro, a rifondere all'attore le spese di lite, che si liquidano in euro **14.103,00** per onorari, oltre ad € **1.234,39** per spese vive con distrazione dell'importo di euro 7914,39 a favore dell'avv [redacted] ed

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063

euro 7423,00 a favore dell'avv. [redacted] oltre spese generali, iva e cpa.

5. Condanna *Controparte_13* in persona del legale rappresentante pro tempore, alla refusione delle spese processuali sostenute dal convenuto *CP_* che liquidano in euro 9142,00 per onorario ed in euro 12,00 per spese vive, oltre spese generali, iva e cpa con distrazione a favore dell'avv. [redacted]
6. Dispone che i convenuti versino in favore dell'Erario una somma corrispondente al CU dovuto per il presente giudizio.
7. Pone definitivamente a carico dei convenuti in solido le spese di CTU.

Così deciso in Reggio Calabria, il 23.12.2024

Il Giudice

dr.ssa Francesca Rosaria Plutino

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-063