REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI TORINO
SEZIONE QUARTA CIVILE

In persona del Giudice Unico **dott.ssa Ester MARONGIU**
ha pronunciato la seguente

SENTENZA
Ai sensi dell'art. 281 sexies c.p.c.

nella causa iscritta al n. 22339/2022 R.G. promossa da:

Parte_1 (c.f. *C.F._1*), [redacted]

elettivamente [redacted] presso lo studio degli Avv.ti [redacted] e [redacted] che lo rappresentano e difendono per procura allegata al ricorso introduttivo

- ATTORE-

contro

Controparte_1 - *Controparte_2* **in persona del legale rappresentante *pro tempore***, (C.F. e P.IVA *P.IVA_1*), con sede in Torino, [redacted] 255

-CONVENUTA CONTUMACE-

Oggetto: responsabilità medica

MOTIVI IN FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE

I

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* citava in giudizio l *Controparte_3* *[...]* al fine di sentirne dichiarare la responsabilità e pronunciare la condanna al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti a seguito delle gravi lesioni personali riportate a seguito dell'intervento di facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta eseguito all'occhio sinistro in data 5.12.2019.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

Parte attrice, dopo aver dato atto del previo esperimento del procedimento obbligatorio di mediaconciliazione conclusosi con verbale negativo in data 6.9.2021, ha allegato:

- che in data 26.6.2019, si era sottoposto, presso l'Ospedale e *Controparte_4* a una visita oculistica in occasione della quale veniva eseguito esame OCT PA e in pari data eseguita anche pachimetria corneale;
- che il giorno successivo presso il medesimo ospedale si sottoponeva ad esame del campo visivo dal quale emergeva un'alterazione maggiore all'occhio sinistro rispetto a quello destro;
- che in data 11.7.2019 veniva eseguita una tomografia retinica, biomicroscopia e IOL master;
- che il successivo 5.12.2019, previo esperimento degli accertamenti preoperatori, veniva ricoverato presso l'ospedale *CP_2* per essere sottoposto ad un intervento di facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta all'occhio sinistro, con inserzione di cristallino artificiale intraoculare, con dimissione in pari data.

Parte attrice dava quindi atto:

-che il giorno successivo, recatosi presso la struttura per il primo controllo post-operatorio, aveva constatato una capacità visiva dell'occhio sinistro offuscata, informandone prontamente i sanitari che lo rassicuravano circa la conformità dei sintomi al regolare decorso post operatorio;

- che nei giorni successivi le condizioni visive erano ulteriormente peggiorate e, nonostante le rassicurazioni ricevute dall'Ospedale in data 9 dicembre, il 13 dicembre insisteva per un controllo urgente che veniva fissato per il successivo 16 dicembre 2019 quando i sanitari constatavano una grave compromissione delle condizioni post operatorie dell'occhio sinistro ed eseguivano ecografia che evidenziava "*corpuscolati vitreali e retina sul piano*".

Aggiungeva che, dal giorno successivo, i sanitari avevano proceduto ad eseguire controlli specialistici e prescrizioni terapeutiche per la presenza di una sospetta endoftalmite e, a seguito di ulteriori controlli nei mesi di gennaio e febbraio 2020, in data 2.3.2020 era stato sottoposto ad intervento di vitrectomia posteriore.

In data 18.3.2020 veniva quindi nuovamente ricoverato con diagnosi di distacco sieroso della retina e dimesso con prescrizione di nuova terapia.

Dava quindi atto dei numerosi controlli eseguiti nei mesi di aprile e maggio 2020, nel corso dei quali veniva effettuata, in data 8.5.2020, nuova "iridectomia yag laser os a ora V", nonché pulizia del campo pupillare superiore da depositi di fibrina, nonché in data 22.5.2020 la riapertura della iridectomia periferica inferiore e pulizia del campo pupillare fibrinoso, ribadendo come tali interventi non determinavano un recupero funzionale dell'occhio sinistro.

Aggiungeva che, a fronte del persistere delle difficoltà visive, in data 5.10.2020 si recava per un consulto presso l [redacted] presso il quale, su indicazione dello specialista, veniva sottoposto in data 4.11.2020 a nuovo intervento di vitrectomia OS che, peraltro, non apportava alcun miglioramento della capacità visiva.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

Ciò premesso, sulla scorta della relazione relativa alla visita medico legale del 22.7.2020, nella quale si dava atto che "*la causa della perdita funzionale della capacità visiva di OS del sig.* *Parte_1* *trova riscontro: 1) nella causa di insorgenza della endoftalmite; 2) nel ritardo diagnostico terapeutico; 3) nella complicanza dopo vitrectomie*", evidenziando come "*il decorso post-operatorio rilevato dalla documentazione in atti, risulta essere caratterizzato da un ritardo diagnostico di 11 giorni*" l'attore ha affermato:

- l'alta probabilità della contrazione dell'endoftalmite durante il ricovero presso l *Controparte_2* con conseguente responsabilità della struttura convenuta sia in ordine alla mancata sepsi degli ambienti o degli operatori che con riferimento alle cure prestate e alla terapia somministrata successivamente alla contrazione dell'infezione;
- il ritardo diagnostico e terapeutico nel trattamento dell'infezione contratta, evidenziando come nonostante la tempestiva segnalazione delle difficoltà visive fin dal giorno seguente l'intervento, il controllo specialistico sia stato eseguito solo dopo 11 giorni dall'intervento per problemi organizzativi della struttura stessa.

L'attore, sulla scorta dei sopra descritti profili di *malpractice*, ha affermato la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria convenuta, ai sensi dell'art. 7 legge. 24/2017 e della giurisprudenza della Corte di Cassazione.

In ultimo, l'attore ha illustrato i criteri di quantificazione degli importi richiesti a titolo risarcitorio, sia a titolo di danno non patrimoniale che a titolo di danno patrimoniale.

Nonostante la ritualità della notifica, nessuno si costituiva per la *Controparte_5* della quale veniva dichiarata la contumacia.

Istruita con l'assunzione delle prove orali articolate dall'attore e l'esperimento di CTU medico-legale, all'udienza del 30.1.2025, previa riassegnazione del fascicolo, le parti precisavano le conclusioni e all'esito della discussione orale il giudice trattenva la causa a decisione indicando in 30 giorni il termine per il deposito della sentenza.

II

Prima di esaminare, nel merito, la domanda proposta da parte attrice, pare opportuno rilevare come l'intervento subito dall'attore e, quindi, la gestione del decorso post-operatorio, siano stati posti in essere successivamente all'entrata in vigore della L. n. 24/17 (cd. Legge Gelli Bianco), con la conseguente piena operatività della normativa richiamata che, all'art. 7, espressamente prevede che "*la struttura sanitaria, pubblica o privata, la quale, nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria anche se scelti dal paziente e non dipendenti della struttura medesima, risponde delle loro condotte colpose o dolose ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.*".

Accertata la natura contrattuale della responsabilità invocata, ne consegue che, secondo l'onere probatorio operante in ambito contrattuale, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

danno l'onere di provare la relazione causale che intercorre tra l'evento e l'azione o l'omissione della struttura, mentre spetta alla struttura sanitaria dimostrare la non imputabilità dell'azione o dell'omissione, fornendo la prova che il mancato o inesatto adempimento è stato determinato da un evento imprevedibile ed inevitabile secondo l'ordinaria diligenza.

La stessa giurisprudenza, ancor prima della legge cd. Gelli-Bianco aveva evidenziato come l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporti la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, in base al quale la stessa è tenuta ad una prestazione complessa, che non si esaurisce nella effettuazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle *lato sensu* alberghiere.

La responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente può pertanto conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c. all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, in virtù della previsione di cui all'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto (v. Cass. 26.6.2012, n. 10616).

Ribadita la disciplina contrattuale in tema di riparto dell'onere della prova, deve evidenziarsi che grava sull'attore – oltre alla prova dell'esistenza del contratto, all'allegazione del danno patito e dell'inadempimento del debitore – anche la prova del nesso di causalità fra l'azione o l'omissione del sanitario ed il danno di cui domanda il risarcimento.

Ed infatti, non solo il danno, ma anche la sua eziologia, è parte del fatto costitutivo che incombe, quindi, all'attore di provare (v. Cass. 26.7.2017, n. 18392 e, ancora, Cass. 11.11.219, n. 28992).

Nell'ambito specifico della responsabilità medica, infatti, la Cassazione ha ribadito come "*il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale … è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, ex art. 1453 c.c., sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, ex art. 1218 c.c., senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato … l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno" (v. Cass. S.U. 577/2008).

Pertanto, come osservato anche da Cass. 21008/2018 in massima: "*la prova dell'inadempimento del medico* (che - n.d.r. - deve comunque essere un inadempimento qualificato idoneo a provocare, quale causa o concausa, il danno lamentato; cfr. Cass. 24073/2017) *non é sufficiente ad affermare la responsabilità.....occorrendo altresì la prova del nesso causale tra l'evento e la condotta inadempiente, secondo la regola della riferibilità causale dell'evento stesso all'ipotetico responsabile, la quale presuppone una valutazione nei termini del* "*più probabile che non*".

Quanto al criterio del "più probabile che non", esso indica "*la misura della relazione probabilistica concreta tra condotta ed evento dannoso*", da individuarsi "*con apprezzamento non isolato bensì complessivo ed organico dei singoli elementi indiziari o presuntivi a disposizione*" (Cass. ord. 16581/2019), ovvero con una "*ricostruzione non atomistica della condotta....indicata dall'attore come idonea a cagionare l'evento*" (come ricordato da Cass. ord. 5487/2019, in massima).

Si tratta di un criterio applicabile anche in caso di condotta omissiva - e la cui verifica, in tale ipotesi, "*si sostanzia nell'accertamento della probabilità positiva o negativa del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno riconosciuta alla condotta omessa*" - e che si conforma a uno "*standard di certezza probabilistica che, in materia civile, non può essere ancorato alla determinazione quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), la quale potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza nell'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi), disponibili nel caso concreto (probabilità logica o baconiana)*" (così la massima di Cass. ord. 23197/2018).

III

Ciò premesso, deve ora darsi atto delle risultanze dell'esperita CTU medico-legale.

La relazione peritale espone, on modo chiaro e dettagliato, alcune considerazioni di carattere generale sull'intervento di cataratta e sulle sue complicanze, osservando come

- si tratta di un intervento di chirurgia ambulatoriale complessa che comporta l'apertura del bulbo oculare e i cui eventi avversi possono condurre sino alla perdita non solo funzionale, ma anche anatomica, dell'occhio;
- tra gli eventi avversi post-operatori si annoverano due tipologie di eventi infiammatori endobulbari,
  - la TASS (= dall'acronimo inglese di Toxic Anterior Segment Syndrome, Sindrome Tossica del Segmento Anteriore): costituita da un'infiammazione non infettiva, causata da sostanze sterili impiegate durante l'intervento, le quali, penetrando all'interno dell'occhio, provocano un danno tossico ai tessuti intraoculari
  - l'endoftalmite, ovvero l'infiammazione endooculare infettiva, provocata da germi provenienti

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

dalla flora microbica normalmente presente sulla superficie oculare del paziente o da contaminazione dello strumentario e/o dell'ambiente chirurgico, i quali penetrano nell'occhio durante l'intervento chirurgico o nell'immediato post-operatorio attraverso la ferita chirurgica recente;

nel dettaglio,

- la TASS "*si verifica nello 0,22% dei casi e si sviluppa generalmente entro le prime 12-48 ore dall'intervento; Il sintomo principale è la visione appannata, meno frequente il dolore ed è presente ipopion, ovvero un livello di essudato nella camera anteriore dell'occhio*".
- l'incidenza dell'endoftalmite invece è "*pari allo 0,2% e si associa spesso ad un'estrema e permanente riduzione della capacità visiva, potendo addirittura portare alla perdita anatomica del bulbo oculare; diversamente dalla TASS, per l'endoftalmite anche in caso di diagnosi e terapie tempestive, esita in un visus minore di 1/10 nel 30% dei casi (con assenza di percezione luce nel 18%), quindi complessivamente determina, nonostante tutto, la perdita totale o pressoché totale della vista dell'occhio operato in circa 1 caso su 3*";

quanto ai sintomi, la stessa relazione dà atto che

- il processo infettivo passa attraverso una fase iniziale di incubazione, che può non avere alcun segno clinico, la durata di almeno 16-18 ore, seguita dalla comparsa, con tempi variabili da uno a più giorni (la maggioranza dei casi di endoftalmite acuta esordisce tra i 3 e i 10 giorni, raramente prima dei 2 giorni dalla chirurgia, con una media di 6 giorni), dei sintomi di intenso dolore, gonfiore, arrossamento e visione offuscata e presenza di ipopion. In caso di insorgenza di endoftalmite, il paziente deve essere sottoposto a trattamento antibiotico inizialmente empirico in attesa di eventuali dati microbiologici (tenendo inoltre presente che le colture risultano negative in circa il 30% dei casi di endoftalmite settica acuta) o, in caso di visus estremamente basso o in rapida diminuzione, sottoposto a vitrectomia, intervento finalizzato all'asportazione del contenuto infetto del bulbo oculare, con anche iniezione intraoculare di antibiotici ad ampio spettro.

Il Collegio ha quindi evidenziato che "*l'insorgenza più precoce della* Pt_2 *(12-48 ore, con media 27 ore) rispetto all'endolftamite (3-10 giorni, raramente prima dei 2, con media 6)e la presenza o assenza (o lieve presenza) di dolore, sono elementi che possono contribuire a distinguerle, così come anche la pronta risposta alla terapia steroidea da parte della* Pt_2 *risposta che invece non si ha con l'endoftalmite*" evidenziando come "*l'immediato post-operatorio costituisca fase estremamente delicata, nella quale possono verificarsi eventi avversi che possono compromettere l'esito anche di un intervento correttamente condotto*".

Richiamate le linee guida elaborate sia dalle società scientifiche che dalle normative regionali, esaminata la documentazione medica prodotta in atti ed eseguito l'esame del periziando, il Collegio peritale ha volto alcune considerazioni in ordine alle differenti fasi della vicenda clinica, dando atto -

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

quanto alla cd. gestione pre-operatoria – della Mancata diagnosi di glaucoma a fronte degli esisti degli accertamenti preoperatori eseguiti dall'ospedale *CP_2* circa 6 mesi prima dell'intervento di cataratta successivamente eseguito in data 15/12/2019, e alla luce delle alterazioni dell'OCT del nervo ottico e del campo visivo, compatibili con la diagnosi di glaucoma e quindi non solo di cataratta. Inoltre, risulta l'assenza di esame obiettivo oculistico nella cartella clinica relativa all'intervento: nella cartella clinica relativa all'intervento di cataratta di OS del 5/12/19, non è possibile reperire alcun esame obiettivo oculistico completo antecedente l'intervento, ma la sola diagnosi di cataratta in OS, con conseguente impossibilità di risalire al visus preoperatorio.

Nessuna criticità è stata rilevata con riferimento alla cd. gestione operatoria, risultando l'intervento eseguito correttamente.

Quanto al post-operatorio, il Collegio ha dato atto in primo luogo dell'assenza di elementi sufficienti a valutare la sussistenza e la corretta elaborazione da parte della struttura di protocolli per la gestione dell'emergenze, né dell'adeguatezza del personale preposto a fornire informazioni e quindi a discriminare, tra la sintomatologia, situazioni potenzialmente pericolose o meno (D.G.R Piemonte n.33-3310 del 16/5/2016 All.A, pag.4 punto e), e, quindi, ha evidenziato come la visita specialistica effettuata "*in 11ª giornata dall'atto chirurgico, non ha potuto altro che constatare un'estrema compromissione infiammatoria dell'occhio operato*" atteso che " *a distanza di un tale intervallo di tempo, si era oltre i limiti temporali di gestione sia di una TASS che di un'endoftalmite e i provvedimenti diagnostico - terapeutici messi in atto, per quanto ampiamente profusi, si sono alla fine rivelati inefficaci. Infatti, nonostante un temporaneo e transitorio miglioramento (visus di* *Per_1* *a febbraio 2020),non hanno alla fine potuto evitare l'evoluzione infausta del caso*".

Con particolare riguardo agli addebiti di *malpractice* mossi dall'attore, il Collegio ha osservato che, nel caso di specie, è insorta "*un'endoftalmite correlata con alta probabilità con infezione contratta durante il ricovero presso l'ospedale* *CP_2* *anche se non è possibile conoscere il momento esatto in cui il campo operatorio è stato contaminato*", precisando che si tratta di una "*rara complicanza, prevedibile ma non prevenibile, ma sicuramente deve essere diagnosticata in tempi rapidi per assicurare altrettanti rapidi trattamenti terapeutici*" dando atto che, nel caso in esame, "*vi è stato, come è dato desumersi dalla documentazione, un ritardo diagnostico dell'endoftalmite e quindi un ritardo di trattamento che se, tempisticamente attuato, avrebbe potuto evitare la perdita funzionale dell'occhio sinistro*"

I CTU hanno quindi concluso precisando che

- "*gli interventi chirurgici e le terapie sono stati effettuati in modo corretto, ma la gestione postoperatoria dell'intervento di cataratta non è stata adeguata e non corrispondente ai protocolli esistenti determinando un ritardo nella diagnosi e della successiva terapia delle complicanze insorte*", aggiungendo che "*una diagnosi più tempestiva effettuata tra il primo e terzo giorno postoperatorio, avrebbe consentito di evitare il peggioramento portando ad un*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

miglior esito funzionale di quello che invece si è verificato, con una probabilità di almeno l'80%";

- "*l'endoftalmite in occhio sinistro comparsa nel postoperatorio, diagnosticata e trattata in ritardo, ha determinato la perdita funzionale della capacità visiva in un occhio che in precedenza all'intervento presentava alterazione del campo visivo da glaucoma e che avrebbe comunque presentato conseguentemente all'intervento di cataratta un'afachia chirurgica non complicata*", indicando la sussistenza di un danno biologico differenziale, tenuto conto delle preesistenze e di quanto sarebbe residuato in un intervento per cataratta non complicato, "*in misura del 20% da calcolare nella fascia percentuale tra l'8% e il 28%*".

****

Alla luce delle considerazioni svolte dai CTU – esaustive, logiche, basate su una corretta metodologia e, quindi, pienamente condivisibili – deve ritenersi fornita la prova – a carico del danneggiato – del nesso causale tra l'infezione contratta durante l'intervento del 5.12.2019, presso la struttura convenuta, e l'aggravamento del quadro clinico del paziente, con perdita funzionale della capacità visiva dell'occhio sinistro, essendosi trattato di un caso di infezione determinatasi a seguito dell'intervento medesimo, intervento rispetto al quale non sono emersi invece profili di negligenza, imperizia o imprudenza da parte dei sanitari che lo effettuarono.

Deve peraltro darsi altresì atto che la responsabilità della struttura deve essere rinvenuta, anche, nella imperita gestione del post-operatorio e, quindi, nel ritardo della diagnosi di endoftalmite che ha determinato l'aggravarsi del quadro clinico.

****

Accertata la sussistenza del nesso causale, era onere della struttura convenuta fornire la prova liberatoria della propria responsabilità, ossia – quanto all'infezione nosocomiale – dimostrare di avere diligentemente operato adottando tutte le misure di prevenzione prescritte dalle linee guida e dalle vigenti normative al fine di scongiurare l'insorgenza di patologie infettive e, quanto alla colposa gestione del post-operatorio, provare di aver posto in essere una condotta corrispondente ai protocolli esistenti, idonea ad escludere una responsabilità nel ritardo nella diagnosi e della successiva terapia delle complicanze insorte, così da potersi ritenere la complicanza verificatasi imprevedibile, del tutto indipendente dalla sfera di controllo dell'azienda ospedaliera.

All'esito del giudizio, tale prova non può ritenersi offerta, non essendo emersi elementi dai quali evincere la prova dell'adempimento considerato, altresì, che la stessa convenuta, pur ritualmente citata, non si è costituita in giudizio.

IV

L'attore ha chiesto il risarcimento del danno biologico patito, quantificato sulla base della perizia medico-legale prodotta, instando per la personalizzazione del danno alla luce della perdita di autonomia del *Pt_1* e alla conseguente impossibilità di recarsi a trovare il figlio disabile, ricoverato presso la

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

struttura di [redacted] e, anche, ad aiutare la moglie, anch' essa invalida in quanto audiolesa e priva di patente.

E' noto che secondo l'ormai consolidato orientamento della Cassazione, la personalizzazione del danno non patrimoniale spetta al danneggiato che alleghi (e dimostri, anche in via presuntiva) la ricorrenza di circostanze specifiche ed eccezionali che rendano il danno più grave rispetto all'ordinario.

La misura "standard" del risarcimento previsto dalla legge, o dal criterio equitativo uniforme fondato sulle tabelle, "*può essere incrementata solo in presenza di conseguenza anomale e del tutto peculiari (tempestivamente allegate e provate dal danneggiato) mentre le conseguenze ordinarie e inevitabili di una menomazione della integrità psico fisica della stessa entità sofferte da persone della stessa età non giustificano alcuna personalizzazione in aumento*" (v. Cass. 27.3.2018 n. 7513 e, tra le altre, Cass. 4.4.2023, n. 9417).

La Cassazione ha infatti precisato *"le conseguenze della menomazione che non sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito quel tipo di lesione, ma sono state patite solo dal singolo danneggiato nel caso specifico, a causa delle peculiarità del caso concreto, giustificano un aumento del risarcimento di base del danno biologico*", dando atto che *"lo giustificano, si badi, non perché abbiano inciso, sic et simpliciter, su "aspetti dinamico-relazionali": non rileva infatti quale aspetto della vita della vittima sia stato compromesso, ai fini della personalizzazione del risarcimento; rileva, invece, che quella/quelle conseguenza/e sia straordinaria e non ordinaria, perchè solo in tal caso essa non sarà ricompresa nel pregiudizio espresso dal grado percentuale di invalidità permanente, consentendo al giudice di procedere alla relativa personalizzazione in sede di liquidazione*" (v. Cass. 27.3.2018, n. 7513).

Ne deriva pertanto che le circostanze di fatto che giustificano la personalizzazione del risarcimento del danno non patrimoniale integrano "*un "fatto costitutivo" della pretesa, e devono essere allegate in modo circostanziato e provate dall'attore (ovviamente con ogni mezzo di prova, e quindi anche attraverso l'allegazione del notorio, delle massime di comune esperienza e delle presunzioni semplici, come già ritenuto dalle Sezioni Unite di questa Corte, con la nota sentenza pronunciata da Sez. U, Sentenza n. 26972 del 11/11/2008), senza potersi, peraltro, risolvere in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche*" (v. Cass. cit.).

Nel caso di specie, non può ritenersi che siano state provate "circostanze specifiche ed eccezionali", che giustifichino una personalizzazione: non solo, infatti, i CTU hanno valutato i postumi di natura permanente in termini di "*danno differenziale*", tenendo conto del "delle preesistenze e di quanto sarebbe residuato in un intervento per cataratta non complicato" rilevando che "*I postumi permanenti non hanno incidenza sullo svolgimento e qualità delle ordinarie attività della vita*", ma neppure può ritenersi assolto l'onere di prova gravante sul danneggiato.

Come già evidenziato, parte attrice ha chiesto il riconoscimento della personalizzazione in ragione delle abitudini di vita del Sig. *Pt_1* ante intervento, dell'importanza dei danni patiti, oltrechè del grado di

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

sofferenza fisico-morale patito, con le conseguenti ricadute sul vivere quotidiano in termini di mutamento in *peius* delle abitudini di vita.

In particolare, l'attore ha evidenziato come a seguito della perdita di autonomia, non essendo più in grado di guidare il proprio veicolo, dovendo pertanto rinunciare ad aiutare la moglie, invalida, e recarsi a far visita dal figlio, ricoverato presso una struttura socio-sanitaria fuori Torino, nonché a recarsi presso il paese natale, in [redacted]

La valutazione delle prove orali – che hanno confermato la maggiore difficoltà incontrata dall'attore nell'adempire le attività indicate – non può prescindere dalle considerazioni comunque svolte dai CTU.

Sul punto, infatti, la relazione in atti, anche in risposta alle osservazioni svolte dal CTP, ha segnalato come il sig. *Pt_1* abbia ottenuto il rinnovo della patente di guida B nel 2021 quando risultava già monocolo funzionale e avente all'occhio destro (controlaterale a quello oggetto di esame), un visus all'epoca buono ma un campo visivo ridotto e come sia "*da segnalarsi che nel caso in cui l'intervento di cataratta in OS non fosse stato gravato dalla complicanza post-chirurgica ma con normale evoluzione, verosimilmente avrebbe recuperato il visus, ma il campo visivo sarebbe stato comunque ridotto per via del glaucoma ed anche in tal caso avrebbe dovuto adire, per il rinnovo della patente di guida, alla Commissione Patenti Speciali*", sottolineando ancora come "*la condizione di monocolo funzionale e la residua capacità visiva all'occhio controlaterale non impedisce sicuramente lo svolgimento di attività ordinarie della vita (la guida dell'autovettura non rappresenta un'attività del daily living) in via autonoma né impedisce vita sociale e di relazione.*".

Non si ritiene pertanto sussistano i presupposti per una personalizzazione del danno riconosciuto.

****

Venendo quindi alla quantificazione del danno, deve precisarsi che quello in esame è il cd. 'danno iatrogeno differenziale', ossia il risultato di un danno differenziale tra la valutazione della menomazione che attendibilmente sarebbe residuata a seguito dell'intervento di cataratta, ove guarita senza la complicanza infettiva – pari all'8% - e quanto accaduto a seguito della infezione nosocomiale, ovvero la perdita funzionale della capacità visiva dell'occhio sinistro, indicata dai CTU nella misura del 28%.

In sostanza, l'infezione nosocomiale ha determinato una invalidità dal 20%.

Ai fini della liquidazione di tale danno soccorre il principio di diritto enunciato dalla Suprema Corte, secondo cui "*allorquando un intervento medico si esegua su una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente e risulti, secondo le regole di una sua esecuzione ottimale e per quanto accertato a posteriori, che la situazione avrebbe potuto essere ripristinata soltanto in parte e non integralmente, e che, dunque, l'intervento comunque avrebbe lasciato al paziente una percentuale di compromissione della integrità, qualora la cattiva esecuzione dell'intervento abbia determinato una situazione di compromissione dell'integrità fisica del paziente ulteriore rispetto alla percentuale che non si sarebbe potuta eliminare, il danno-evento dev'essere individuato nella compromissione della*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

integrità dal punto percentuale corrispondente a quanto non sarebbe stato eliminabile fino a quello corrispondente alla compromissione effettivamente risultante" (v. Cass. 6341/2014).

Ne consegue che l'apprezzamento delle menomazioni concorrenti in capo al danneggiato rispetto al maggior danno causato dall'illecito va compiuto "*stimando, prima, in punti percentuali l'invalidità complessiva, risultante cioè dalla menomazione preesistente sommata a quella causata dall'illecito e poi quella preesistente all'illecito, convertendo entrambe le percentuali in una somma di denaro, con la precisazione che in tutti quei casi in cui le patologie pregresse non impedivano al danneggiato di condurre una vita normale lo stato di invalidità anteriore al sinistro dovrà essere considerato pari al cento per cento; procedendo infine a sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello corrispondente al grado di invalidità preesistente, fermo restando l'esercizio del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa secondo la cd. equità giudiziale correttiva od integrativa, ove lo impongano le circostanze del caso concreto*" (v. Cass. 28.6.2023, n .18442).

Ne deriva pertanto che, applicando le Tabelle del Tribunale di Milano – attesa l'entità della lesione differenziale – avuto riguardo all'età del danneggiato nel periodo in cui è stata contratta l'infezione (73 anni), il danno iatrogeno differenziale deve essere così determinato:

IP 28% (perdita funzionale della capacità visiva) € 123.028,00

IP 8% (esiti cataratta non complicata) € 14.490,00

e così, sottraendo dal primo importo quanto non riconducibile alla infezione nosocomiale, € 108.538,00.

Viene poi in considerazione l'incapacità temporanea, quantificata dai CTU in complessivi giorni 163 di cui 3 a totale in regime di ricovero; 40 giorni a parziale massima al 75%; 80 giorni a parziale massima al 50% e altri 40 a parziale minima al 25%. , così quantificato:

ITT giorni 3	€ 345,00
ITP 40 gg. al 75%	€ 3.450,00
ITP 80 gg. al 50%	€ 4.600,00
ITP 40 giorni al 25%	€ 1.150,00

e così per complessivi € 9.545,00.

Il danno non patrimoniale patito dall'attore ammonta pertanto a complessivi € 118.083,00.

Devono essere riconosciute – a titolo di danno patrimoniale – le spese mediche documentate, ritenute dai CTU congrue e risarcibili, eziologicamente riconducibili all'inadempimento allegato e al danno derivatone, e così per complessive € 2.880,29, nonché le spese per la redazione della perizia ante causam, per complessivi € 1.972,00.

In definitiva, il danno patito d[redacted] *Pt_1* [redacted] monta a complessivi € 122.935,29 (108.538+9.545+2.880,29+1.972,00).

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

Trattandosi di debito di valore, l'importo liquidato a titolo di danno non patrimoniale deve essere devalutato alla data del sinistro (5.12.2019) ed essere maggiorato, in assenza di specifica prova sull'entità del pregiudizio sofferto, della rivalutazione monetaria secondo gli indici Istat e del lucro cessante, anch'esso in via equitativa, attraverso l'attribuzione degli interessi legali i quali, al fine di evitare l'ingiustificata locupletazione della parte creditrice, vengono calcolati sul capitale originario rivalutato anno per anno dalla data dell'evento dannoso.

Per le somme riconosciute a titolo di danno patrimoniale, interessi e rivalutazione monetaria sono calcolati sui relativi importi non devalutati con decorrenza dal sinistro, quanto alle spese mediche per € 2.880,29, e dalla data degli esborsi quanto alle somme pari ad € 1.972,00.

Sviluppando il relativo calcolo, l'importo oggi dovuto ammonta ad € 134.843,02 (€ 128.596,60 + € 3.701,35+2.545,07), oltre interessi legali dalla data della pronuncia al saldo.

****

Parte attrice ha inoltre chiesto il risarcimento, a titolo di danno patrimoniale, delle spese di viaggio sostenute per le visite mediche specialistiche eseguite presso l [redacted] in data 5.10.2020, 11.11.2020, nonché per l'intervento eseguito presso la struttura indicata in data 4.11.2020, per complessivi € 1.103,60.

Considerato che il risarcimento deve porre il creditore nella stessa situazione in cui si sarebbe trovato se l'inadempimento non vi fosse stato, dovendo comprendere tutti i nocumenti subiti, si ritiene che anche le voci indicate costituiscano altrettante poste risarcibili a titolo di danno emergente, ponendosi in rapporti di causalità immeditata e diretta con l'inadempimento allegato.

Anche per tale importo, deve procedersi al calcolo degli interessi e rivalutazione monetaria sull'importo non devalutato con decorrenza dall'esborso.

La somma dovuta ammonta quindi a complessivi € 1.423,38, oltre interessi legali dalla decisione al saldo.

****

L'ulteriore voce di danno patrimoniale di cui l'attrice ha chiesto il ristoro è rappresentata dalle spese per l'assistenza stragiudiziale e per il procedimento di mediazione, nella misura quantificata dalla [redacted] *Controparte_6* (cfr. doc. 70).

Se nessun dubbio sussiste in ordine al rimborso delle spese per il procedimento di mediazione – di cui è stato prodotto verbale con esito negativo – che verranno prese in esame e liquidate in sede di liquidazione delle spese processuali in applicazione dei parametri previsti nella tabella 25 *bis* di cui al DM n. 55/14, avuto riguardo al valore della causa e limitatamente alla fase dell'attivazione, essendosi il procedimento concluso al primo incontro, deve ritenersi che nulla sia dovuto per le ulteriori spese stragiudiziali.

Come noto, l'art. 20 DM n. 55/14 (Capo IV TF) prevede la liquidazione in base ai parametri numerici della allegata tabella 25 della *"attività stragiudiziale svolta prima o in concomitanza con l'attività*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431

giudiziale, che riveste una autonoma rilevanza rispetto a quest'ultima": nel caso di specie, non è individuata nel dettaglio l'attività stragiudiziale di cui si tratta, risultando soltanto l'invio della richiesta risarcitoria oggetto del presente giudizio (cfr. doc. 1) chiaramente collegata al successivo deposito dell'istanza di mediazione e di per sé non rilevante quale attività autonoma.

V

Le spese di lite, liquidate come da dispositivo, seguono la soccombenza e sono poste a carico della convenuta in favore dell'attore.

Alla relativa liquidazione si procede sulla base dei parametri di cui al DM. n. 55/14, tenuto conto del valore della causa, delle questioni trattate e dell'attività svolta, e così applicandosi i valori medi.

Tra gli esborsi vengono ricomprese le spese di mediazione la cui liquidazione deve avvenire, come visto, in applicazione dei parametri previsti nella tabella 25 *bis* di cui al DM n. 55/14 (con le modifiche di cui al DM n. 37/18), avuto riguardo al valore della causa e limitatamente alla fase dell'attivazione.

Le spese di CTU, liquidate in corso di causa, sono poste in via definitiva a carico della convenuta.

P.Q.M.

il Tribunale di Torino in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa:

condanna la *Controparte_7* di Torino al pagamento in favore dell'attore della somma di € 134.843,02 oltre interessi legali dalla data della pronuncia al saldo;

condanna la *Controparte_7* di Torino al pagamento in favore dell'attore della somma di € 1.423,38, oltre interessi legali dalla decisione al saldo;

pone in via definitiva le spese di CTU, già liquidate in corso di causa, a carico di parte convenuta;

condanna la *Controparte_7* di Torino al rimborso in favore dell'attore delle spese del presente procedimento liquidate in complessivi in € 19.473,80, di cui € 18.639,00 per compensi, oltre 15% Spese Generali, IVA e CPA come per legge.

Così deciso in Torino, in data 26.2.2025

Il Giudice

dott.ssa Ester Marongiu

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-431