

N. R.G. 2730/2016



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI CATANIA

QUINTA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Francesco Cardile
ha emesso la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. 2730/2016 R.G. promossa da:

P. M., nata a *omissis* il *omissis* ed ivi residente in via *omissis*, c.f. *omissis*, ammessa al patrocinio a spese dello Stato, rappresentata e difesa dall'avv.to Federico Bizzini del Foro di Caltagirone, giusta procura depositata il 18.09.2020;

Attrice

contro

Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, in persona del direttore generale pro tempore, con sede in Catania Via Santa Maria La Grande n. 5, c.f. 04721260877, rappresentata e difesa dall'avv.to Filippa Morina per procura in calce alla comparsa di costituzione e risposta;

Convenuta

Conclusioni

All'udienza del 14 febbraio 2022 le parti costituite precisavano le conclusioni come da processo verbale in atti. La causa veniva posta in decisione previa assegnazione dei termini per lo scambio delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

Svolgimento del processo

Con atto di citazione ritualmente notificato M. P. conveniva in giudizio Azienda Sanitaria Provinciale di Catania e ne chiedeva la condanna al risarcimento dei danni non patrimoniali per malpractice sanitaria.

Esponeva di avere affrontato, presso l'Ospedale Gravina di Caltagirone, un intervento di cataratta, durante il quale si era verificata una complicanza che aveva indotto i sanitari a sospendere l'operazione chirurgica ed inviare essa paziente presso il centro specializzato dell'Ospedale S. Marta e S. Venera di Acireale, ove era stata sottoposta a vitrectomia.

Denunciava che, a seguito dell'intervento, le era stato diagnosticato "*visus senza percezione luminosa per edema corneale, camera anteriore di profondità irregolare con sinechie iridee anteriori, pupilla irregolare*".

Allegava l'inadempimento della prestazione di cura, stante la riconducibilità della complicanza alla condotta imperita dei sanitari di Caltagirone ed anche alla inadeguatezza del successivo intervento eseguito presso l'Ospedale Santa Marta e Santa Venera di Acireale.

Integratosi il contraddittorio, si costituiva l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania che sosteneva l'infondatezza della pretesa attorea e la genericità della stessa.

Negava nello specifico la natura routinaria dell'intervento alla luce delle condizioni iniziali della paziente, affetta da *cataratta totale iper-matura e glaucoma cronico*.

Affermava la natura prevedibile, ma non prevenibile, della complicanza e la diligente gestione della stessa da parte dei sanitari che operavano nel pieno rispetto delle linee guida internazionali.



Sosteneva la negligenza della condotta tenuta, nella fase post-operatoria, dalla paziente che, non presentandosi alla seconda visita di controllo, interrompeva l'iter terapeutico che avrebbe aiutato il recupero visivo.

Asseriva, inoltre, un lieve miglioramento nelle condizioni di salute della paziente tra il 24 ottobre 2011, data del primo ricovero, e il 27 ottobre 2011 data di ingresso presso il presidio ospedaliero di Acireale.

Con l'ordinanza resa in data 27 marzo 2017 l'adito Giudice disponeva CTU medicolegale.

Espletato il disposto mezzo istruttorio, la causa, all'udienza del 14 febbraio 2022, era posta in decisione previa concessione dei termini per lo scambio di memorie conclusionali e repliche.

Motivi della decisione

Si controverte, nel caso di specie, della responsabilità civile che M. P. *ascrive* alla Azienda Sanitaria Provinciale di Catania per le complicanze riportate in esito all'operazione chirurgica di cataratta del 25 ottobre 2011, praticata presso il P.O. Gravina di Caltagirone, e del successivo intervento, eseguito in data 28 ottobre 2011, presso il Presidio Ospedaliero S. Marta e S. Venera di Acireale.

Trattandosi di fatti risalenti all'anno 2011, la fattispecie risulta regolata dal quadro normativo e dai principi giurisprudenziali consolidatisi anteriormente all'entrata in vigore sia della legge Gelli-Bianco (L. n° 24/2017), sia della c.d. legge Balduzzi (art. 3 comma 1, D.L. n° 158/2012 come modificato dalla legge di conversione n° 189/2012).

In ogni caso il regime di responsabilità imputabile alla struttura sanitaria è d'ordine contrattuale, con il conseguente termine di prescrizione decennale (cfr. Cass. 22.12.1999 n. 589; Cass.29.9.2004 n. 19564; Cass. 21.6.2004 n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006; Sez. Un. 11.1.2008 n. 577).

Invero, secondo quanto condiviso dalle Sezioni Unite nel 2008 *“Questa Corte ha costantemente inquadrato la responsabilità della struttura sanitaria nella responsabilità*



contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (Cass. n. 1698 del 2006; Cass. n. 9085 del 2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316)”.

Individuate, in tal modo, le coordinate normative e giurisprudenziali da applicare nel caso di specie, se ne devono trarre le conclusioni in ordine al regime dell'onere della prova dell'illecito e del danno.

L'inquadramento del rapporto in ambito contrattuale comporta che:

- il riparto dell'onere probatorio segue i criteri generali fissati nella materia contrattuale in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento (cfr. Cass. su 13533/01);
- il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto e può limitarsi alla mera allegazione dell'inadempimento della controparte;
- il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dell'avvenuto adempimento;
- analogo principio vale con riguardo all'inesatto adempimento: il creditore potrà limitarsi alla mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni) mentre il debitore sarà onerato di provare l'avvenuto esatto adempimento.
- con specifico riguardo all'onere della prova del nesso di causalità, si rammenti la pronuncia del giudice di legittimità (Cass. SS.UU. n. 577/2008) a mente della quale “ questa Corte (sent. N. 13533/2001) ha affermato che il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale (in conformità a criteri di ragionevolezza per identità di situazioni probatorie, di riferibilità in concreto dell'onere probatorio alla sfera di azione dei singoli soggetti e di distinzione strutturale tra responsabilità contrattuale e da fatto illecito) 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. Prestata piena adesione al principio espresso dalla pronunzia suddetta, ritengono queste S.U. che 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 dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno”.

È in ragione dei summenzionati principi di diritto che è stata disposta CTU collegiale medico-legale al fine di verificare se, nella vicenda a mano, la struttura sanitaria convenuta sia incorsa negli errori e nelle omissioni allegati in seno all'atto di citazione.

È stato per tal via accertato che:

- in data 25 ottobre 2011 M. P., affetta da cataratta totale iper-matura, glaucoma cronico ad angolo aperto e diabete, si sottoponeva, presso l'Unità di Oftalmologia del P.O. “Gravina e S. Pietro” di Caltagirone, ad un intervento chirurgico di facoemulsificazione durante il quale si verificava “*la rottura della capsula posteriore con caduta di ¼ di nucleo*”;
- la complicanza veniva gestita con *vitrectomia anteriore* e si disponeva l'invio della paziente presso altra UOC di Oculistica esperta per l'impianto della lente intraoculare;
- in data 27 ottobre 2011 la P. veniva ricoverata presso l'Unità di Oculistica del P.O. S. Marta e S. Venera di Acireale e veniva sottoposta a *chirurgia vitreo-retinica per l'asportazione dei residui catarattosi* (vitrectomia posteriore);
- in data 28 ottobre 2011 la paziente è stata sottoposta a controllo post-operatorio ove si riscontrava “*OD sutura in situ, qualche stria endoteliale, CA presente, afachia chirurgica, retina non ben esporabile, tono digit*” e, a fronte dell'ipotono, è stata praticata soluzione fisiologica e.v. 500 ml, a seguito del quale veniva evidenziato un miglioramento “*ore 13,40 EO OD=bulbo più tonico*”;
- lo stesso giorno la paziente è stata dimessa con prescrizione di terapia medica e veniva programmato un controllo per il giorno successivo.



- In data 29 ottobre 2011, in sede di controllo, accertato “*tono dig basso*”, veniva nuovamente eseguita soluzione fisiologica di 500 ml, e si disponeva controllo dopo due giorni, al quale la paziente mancava di presentarsi.
- In data 12 marzo del 2012 (6 mesi dopo l'intervento) la P. effettuava due esami strumentali in esito ai quali l'OTC mostrava un edema maculare di 496 micron e il campo visivo mostrava un restringimento delle isoptere centrali.
- In data 11 settembre 2012 (quasi ad 1 anno di distanza dall'intervento) la P. si sottoponeva a controllo presso il PO di Acireale, e le veniva diagnosticata “*OD scompenso corneale in bulbo afachico ed ipotonico*”;

Alla stregua di siffatte evidenze medico-legali la relazione collegiale dei C.C.T.T.U.U. evidenziava che “*secondo letteratura scientifica in materia, la rottura capsulare è la più frequente complicanza che può avvenire durante l'intervento per cataratta*”. (CTU, pagg. 9) I consulenti d'ufficio ritenevano che i sanitari del P.O. di Caltagirone “*gestirono detta complicanza (prevedibile ma non prevenibile) secondo protocollo con vitrectomia anteriore e procrastinando l'impianto della lente intraoculare, eseguendo correttamente detta procedura e disponendo l'invio della paziente presso altra struttura ospedaliera esperta in chirurgia vitreoretinica*”.

A tal riguardo, hanno poi rilevato che, a distanza di circa 5 mesi dall'intervento (in data 12 marzo 2012), erano stati eseguiti due esami di controllo che avevano accertato le buone condizioni oculari della paziente, per tal via inferendo la sussistenza di un discreto residuo visivo, la presenza di un edema maculare compatibile con la patologia diabetica e un restringimento delle isoptere centrali ascrivibile alla patologia glaucomatosa di cui la P. era affetta.

Concludevano: “*Stante le superiori considerazioni, in conclusione, non emergono elementi di responsabilità professionale poiché il comportamento dei sanitari chiamati in causa è stato improntato alla corretta pratica clinica sia nella complicanza intercorsa durante l'intervento di cataratta che nella gestione post-operatoria, con tempestivo invio della paziente ad un centro specializzato per la chirurgia vitreo-retinica ove è stata eseguita la procedura chirurgica nel rispetto dei protocolli.*” (CTU pagg. 10-11).

Le superiori conclusioni vanno confermate anche a petto dei rilievi critici mossi dalla difesa di parte attrice che ha contestato, nell'ordine:



- (a) la mancata prescrizione, nella fase preoperatoria, da parte dei sanitari del P.O. Gravina di Caltagirone, degli esami strumentali necessari a verificare lo stato dell'occhio destro e valutare le reali possibilità di recupero funzionale;
- (b) l'omessa considerazione, quanto alla fase post-operatoria, del fatto che, al momento del ricovero presso il nosocomio di Acireale, la pupilla appariva "*stirata verso il settore supero temporale*", da ciò inferendo una sofferenza iridea sintomatica di una ipotonia mai guarita, e desumendo, con essa, la negligente trascuratezza dei sanitari all'atto delle dimissioni dall'ospedale di Caltagirone, che la avevano del tutto ignorata, ovvero la prova di una complicità di una terapia post-operatoria inadeguata;
- (c) la imperita gestione, da parte dei sanitari del Centro Specializzato di Acireale, dell'ipotonia oculare, insorta fin dalla dimissione dell'Ospedale di Caltagirone e non più regredita;
- (d) l'affermato stato di buone condizioni dell'occhio che si sarebbe voluto trarre dagli esami strumentali condotti a distanza di 5 mesi dall'intervento;
- (e) la affermata riconducibilità, piuttosto che all'ipotonia, al diabete dell'edema maculare ed al granuloma cronico della quadrantopsia, patologie entrambe sofferte.

Quanto al primo rilievo, i CCTTUU hanno confermato l'esecuzione dell'esame di microscopia endoteliale (cfr. il referto nell'ultima pagina della cartella clinica del P.O. di Caltagirone) e ritenuto che gli altri esami strumentali, citati dal consulente di parte, in particolare l'esame perimetrico e quello oftalmoscopico o strumentale della retina, non *avrebbero potuto eseguirsi in presenza della cataratta totale iper-matura* cui era affetta la paziente.

Quanto al secondo, hanno rilevato che, al momento in cui aveva fatto ingresso presso l'Unità Operativa di Oculistica del P.O. S. Marta e S. Venera, in data 27 ottobre 2011, M. P. presentava all'occhio destro "*un buon compenso pressorio (15 mmHg in OO)*". (Pagg. 11 della consulenza e pagg. 4 allegato 3 cartella clinica del PS di Acireale) e precisato che l'ipotonia era comparsa soltanto in un momento successivo come emerge dal diario clinico del 27 ottobre ("*si ricovera EO OD: strie endoteliali, bulbo lievemente ipotonico...fare fisiologica 500 mlX2 e.v. a goccia rapida*"): legittima è dunque la conclusione per la quale, tale sintomo, assente al momento di ingresso all'Ospedale di Acireale (il 27 ottobre), deve logicamente presumersi assente nel



momento anteriore, ossia quello delle dimissioni dall'Ospedale di Caltagirone (il 26 ottobre) onde escludere qualsivoglia negligenza da parte dei sanitari del P.O. di Caltagirone.

I nominati CCTTUU hanno, d'altra parte, ancor di più precisato che, anche a volere supporre che l'occorsa perdita del visus sarebbe riconducibile all'ipotonia, nessuna malpractice stata comunque configurabile a carico dei sanitari dei due nosocomi.

Idonea, nello specifico, è stata ritenuta la prescrizione terapeutica operata tanto dai sanitari di Caltagirone anche nella fase postoperatoria - chè, se così non fosse stata, l'ipotonia sarebbe comparsa in momento anteriore - quanto da quelli del nosocomio di Acireale.

A tal ultimo riguardo è stato precisato che l'ipotono dell'occhio destro è stato tempestivamente accertato in data 27 ottobre 2011, è stato correttamente trattato con la somministrazione di due dosi di fisiologica da 500 Ml, è stato diligentemente controllato con il riscontro di un leggero miglioramento ed ancora trattato con la prescrizione di soluzione fisiologica e.v. 500 ml., in sede post-operatoria in ben due distinte occasioni (28 e 29 ottobre 2011).

I periti di ufficio riscontrano ancora la corretta, doverosa e prudente sollecitazione a rinnovare il controllo a distanza di ulteriori due giorni, alla quale la P. ritenne di non aderire mancando l'invito, per tal via interrompendo l'iter terapeutico e così impedendo ai sanitari di valutare i dati obiettivi clinici ed eventualmente predisporre un diverso trattamento sanitario. Ed è a tal ultimo riguardo che si appalesa la inadeguatezza della difesa della P. che, per un verso, ha contestato genericamente la condotta postoperatoria tenuta dai sanitari del P.O. di Acireale senza però considerare che essa va circoscritta al periodo compreso tra il 27 ottobre 2011, data di ricovero e del secondo intervento, e il 29 ottobre 2011, data del secondo controllo post-operatorio e, per altro verso, ha mancato di opporre specifiche obiezioni rispetto alle evidenze medico-legali valorizzate dai periti di ufficio ed al trattamento sanitario comunque predisposto.

Il vero è, d'altra parte, e conclusivamente, che mancano elementi di giudizio che consentono di correlare la perdita del "visus" alla condotta dei sanitari coinvolti, tanto più in mancanza di qualsivoglia contestazione della natura prevedibile, ma non prevenibile, della complicanza insorta durante la prima operazione.



Non resta che rigettare la domanda e condannare la parte attrice alla refusione delle spese processuali. Esse sono liquidate a misura del DM 55/2014 (valore della causa: €. 52.000/ 260.000 – compensi medi – fasi studio, introduttiva, trattazione e decisione).

P.Q.M.

il Tribunale di Catania, Quinta Sezione Civile, in persona del giudice unico, definitivamente decidendo nella causa iscritta al n.2730/2016 R.G., così statuisce:

rigetta la domanda e condanna M. P. al pagamento delle spese processuali in favore della Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, che si liquidano in complessivi euro 7.750,00, oltre IVA, CP e rimborso forfetario spese generali.

Così deciso in Catania, il 13 giugno 2022

II GIUDICE

dott. Francesco Cardile

DEPOSITATO TELEMATICAMENTE

EX ART. 15 D.M. 44/2011

