

Tribunale Catanzaro, Sez. II, Sent., 03/10/2023, n. 1585

Intestazione

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Tribunale Ordinario di Catanzaro
Sezione seconda civile

Il Giudice, dott.ssa Francesca Rinaldi, ha pronunciato la seguente

Sentenza

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 6288 del ruolo generale degli affari civili contenziosi dell'anno 2018, posta in deliberazione all'udienza del 6 giugno 2023, con concessione alle parti del termine di sessanta giorni per il deposito di comparse conclusionali e di giorni venti per repliche e vertente

tra

_____, C.F. (...), rappresentato e difeso dall'avv. _____, C.F. (...) - attore - e Azienda _____ "P. - C." di _____ l. (...) in persona del Commissario Straordinario e legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'Avv. _____ (C.F. (...)) - convenuta - ;

Oggetto: responsabilità medica.

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

Con atto di citazione, il sig. _____ ha convenuto in giudizio l'Azienda _____ "P. - C." di C., chiedendo al Tribunale di "Accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale per fatto e colpa dell'Azienda _____ "P. - C." di C. nella causazione del danno al sig. N.; - accertare e dichiarare l'esistenza del nesso di causalità tra la condotta imprudente e negligente dei sanitari e l' evento dannoso, ossia la perdita della funzionalità dell' occhio del sig. N.L.A.; - condannare per l' effetto, l' Azienda _____ "P. - C." di C., al risarcimento di tutti i danni patrimoniale e non subiti, nella misura e mediante pagamento della somma di Euro 500.000,00 ovvero a quella maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre interessi e rivalutazione come per legge sino al soddisfo;- condannare la convenuta al pagamento delle spese e competenze del presente giudizio".

Con comparsa di risposta, si è costituita in giudizio l'Azienda _____ "P. - C." di C. chiedendo il rigetto delle domande attore poiché inammissibili ed infondate con vittoria delle spese di lite.

La causa è stata istruita mediante la documentazione prodotta dalle parti e consulenza tecnica d'ufficio medico-legale e, all'udienza del 6 giugno 2023, le parti hanno precisato le proprie conclusioni come da nota di trattazione scritta.

La responsabilità medica: cenni in diritto.

_____ ha agito in giudizio nei confronti del convenuto in epigrafe al fine di ottenere il risarcimento dei

danni subiti in conseguenza dell'intervento chirurgico di Cataratta occhio destro al quale si è sottoposto il 23 febbraio 2015 presso l'Azienda "P. - C".

Vertendosi in materia di responsabilità medica, giova compiere alcune precisazioni in punto di diritto.

Con riguardo alle fattispecie di responsabilità medica non sottoposte al nuovo regime introdotto dalla [L. n. 24 del 2017](#) (la quale non trova applicazione in ordine ai fatti verificatisi anteriormente alla sua entrata in vigore: [Cass. 8 novembre 2019, n. 28811](#); [Cass. 11 novembre 2019, n. 28994](#)), si osserva che è consolidato l'orientamento secondo cui, nell'ipotesi in cui il paziente alleghi di aver subito danni in conseguenza di una attività svolta dal medico (eventualmente, ma non necessariamente) sulla base di un vincolo di dipendenza con la struttura sanitaria, in esecuzione della prestazione che forma oggetto del rapporto obbligatorio tra quest'ultima e il paziente, tanto la responsabilità della struttura quanto quella del medico vanno qualificate in termini di responsabilità contrattuale: la prima, in quanto conseguente all'inadempimento delle obbligazioni derivanti dal contratto atipico di ospedalità o di assistenza sanitaria, che il debitore (la struttura) deve adempiere personalmente (rispondendone ex [art. 1218 c.c.](#)) o mediante il personale sanitario (rispondendone ex [art. 1228 c.c.](#)); la seconda, in quanto conseguente alla violazione di un obbligo di comportamento fondato sulla buona fede e funzionale a tutelare l'affidamento sorto in capo al paziente in seguito al contatto sociale avuto con il medico, che diviene quindi direttamente responsabile, ex [art. 1218 c.c.](#), della violazione di siffatto obbligo (a partire da [Cass. 22 gennaio 1999, n. 589](#), cfr., tra le tante: [Cass. 19 aprile 2006, n. 9085](#); [Cass. 14 giugno 2007, n. 13953](#); [Cass. 31 marzo 2015, n. 6438](#); [Cass. 22 settembre 2015, n. 18610](#)) (cfr., da ultimo, [Cass. civ., sez. III, 29 marzo 2022, n. 10050](#)).

In particolare, il rapporto che lega la struttura sanitaria (pubblica o privata) al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (c.d. contratto di "ospedalità" o di "assistenza sanitaria") che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti - con la sola accettazione del malato presso la struttura - e che ha ad oggetto l'obbligo della struttura di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero ecc.). La Corte Suprema ha, infatti, 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. Sez. U, Sent. n. 577 del 11/01/2008](#)).

Dunque, la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospedalità, va inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex [art. 1218 c.c.](#) e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'[art. 1228 c.c.](#), il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.

Da ciò consegue l'apertura a forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trovano invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente. Questo percorso interpretativo, anticipato dalla giurisprudenza di merito, ha trovato conferma in una sentenza resa a Sezioni Unite (1.7.2002, n. 9556, seguita poi da altre delle sezioni semplici, [Cass. civ. n. 571 del 2005](#); [Cass. civ. n. 1698 del 2006](#)) che si è espressa in favore di una lettura del rapporto tra paziente e struttura (anche in quel caso, privata) che valorizzi la complessità e l'atipicità del legame che si instaura, che va ben oltre la fornitura di prestazioni alberghiere, comprendendo anche la messa a disposizione di personale medico ausiliario, paramedico, l'apprestamento di medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. "di protezione ed

accessori" (cfr. [Cass. civ. Sez. U, Sent. n. 577 del 11/01/2008](#)).

Quanto alla natura dell'obbligazione assunta dalla struttura sanitaria e/o dal professionista, si ritiene che questa costituisca una obbligazione di mezzi, di modo che il mancato raggiungimento del risultato non determina inadempimento; l'inadempimento, ovvero l'inesatto adempimento, consiste nell'aver tenuto un comportamento non conforme alla diligenza richiesta, mentre il mancato raggiungimento del risultato può costituire danno consequenziale alla non diligente esecuzione della prestazione ovvero alla colpevole omissione dell'attività sanitaria.

In particolare, la diligenza dovuta nell'adempimento della prestazione deve essere valutata, a norma dell'[art. 1176](#), secondo comma, c.c., con riguardo alla natura della specifica attività esercitata; tale diligenza è quella del debitore qualificato ai sensi dell'[art. 1176](#), secondo comma, c.c., che comporta il rispetto degli accorgimenti e delle regole tecniche obiettivamente connesse all'esercizio della professione e ricomprende, pertanto, anche la perizia; nello specifico si tratta delle *leges dell'ars medica* di natura cautelare volte a perimetrare l'ambito di liceità dell'intervento (cfr., per tutte, [Cass. civ. n. 23918/06](#)),

Ne deriva che la colpa medica ricorre in tutte le ipotesi di inosservanza o violazione da parte del sanitario delle specifiche regole cautelari di condotta proprie dell'agente modello del settore specialistico di riferimento. In particolare, essa è commissiva, laddove la violazione delle regole cautelari suddette si sostanzia in una condotta attiva; omissiva, laddove l'errore medico si sostanzia nell'omissione delle cautele prescritte dalle speciali regole di condotta contenute in protocolli terapeutici standardizzati.

L'inquadramento giuridico su esposto non viene meno a seguito dell'entrata in vigore della [L. n. 189 del 2012](#) (c.d. "legge B.").

Pertanto, venendo alla ripartizione dell'onere della prova, l'attore, paziente-creditore danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto - o il contatto sociale - e l'aggravamento di una patologia o l'insorgenza di una affezione, allegando l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Inoltre, ai fini della risarcibilità del danno ex [art. 1223](#) c.c., in relazione all'[art. 1218](#) c.c., il creditore deve allegare non solo l'altrui inadempimento, ma deve anche allegare e provare l'esistenza di una lesione, cioè della riduzione del bene della vita (patrimonio, salute, immagine, ecc.) di cui chiede il ristoro, e la riconducibilità della lesione al fatto del debitore: in ciò appunto consiste il danno risarcibile, che è un *quid pluris* rispetto alla condotta asseritamente inadempiente; in difetto di tale allegazione e prova la domanda risarcitoria mancherebbe di oggetto (cfr. [Cass. Civ. Sez. 3, Sent. n. 5960 del 18/03/2005](#): "Sia nell'ipotesi di responsabilità extracontrattuale, sia in quella di responsabilità contrattuale, spetta al danneggiato fornire la prova dell'esistenza del danno lamentato e della sua riconducibilità al fatto del debitore).

A tal fine l'[art. 1218](#) cod. civ., che pone una presunzione di colpevolezza dell'inadempimento, non agevola la posizione del danneggiato in ordine alla prova dell'effettiva esistenza del danno derivante dall'inadempimento, onere che non è diverso da quello incumbente su colui che faccia valere una responsabilità extracontrattuale").

La struttura sanitaria e/o il medico, invece, quali debitori convenuti, sono invece gravati dell'onere di dimostrare il fatto estintivo, costituito dall'avvenuto esatto adempimento - secondo il criterio di diligenza specifica sopra precisato - ovvero a dimostrare che, pur sussistendo inadempimento, esso non sia stato eziologicamente rilevante in ordine al verificarsi del dedotto evento dannoso, ovvero che gli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile a lui non imputabile ([Cass. S.U. n. 13533/01](#); [Cass. S.U. n. 577/2008](#)). Analogo principio è stato affermato con riguardo all'inesatto adempimento, mediante il rilievo che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza), gravando ancora una volta sul

debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento.

Per quanto concerne l'accertamento del necessario nesso di causalità, è noto che, nel processo civile, la prova della sussistenza del nesso causale non segue gli stessi parametri applicati nell'accertamento della responsabilità penale. E ciò in quanto la causalità civile assume connotazioni proprie in virtù della diversa funzione svolta dal sistema della responsabilità civile: non già quella di sanzionare un comportamento colpevole a fronte della commissione di un reato, bensì, in primis, quella di riparare un danno.

Sul punto, la recente giurisprudenza di legittimità ha, infatti, precisato che, in tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione ex ante - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso. (Cass. civ. n. 16123/2010; cfr anche Cass. S.U. n. 576/2008).

Di qui la necessità di accertare la relazione tra la condotta e l'evento sulla base della regola del "più probabile che non", che impone di considerare sussistente il nesso causale quando, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si possa ritenere che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto fondate possibilità di evitare il danno. Con la precisazione che, come accennato, nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno (Cass. civ. Sez. 3, Sent. n. 3704 del 15/02/2018).

L'an debeatur.

Ciò premesso, passando ora ad esaminare la vicenda concreta, gli aspetti che devono essere qui esaminati attengono alla correttezza delle attività praticate su in occasione del ricovero e dei relativi trattamenti a cui lo stesso si è sottoposto presso la struttura sanitaria convenuta.

Alla luce delle allegazioni svolte dalle parti, deve, innanzitutto, ritenersi provata la sussistenza del rapporto contrattuale tra l'attore, da un lato, e la struttura sanitaria, dall'altro, trattandosi di circostanza pacifica e non contestata ex art. 115 c.p.c. dalla convenuta.

Rileva, poi, il Tribunale che, l'esame degli esiti della CTU e della documentazione versata in atti consente di ritenere provato il danno alla salute subito dall'attore ed il nesso causale tra quest'ultimo e la condotta colposa addebitabile ai sanitari della struttura ospedaliera convenuta.

Con riguardo al nesso causale, sono condivisibili le conclusioni raggiunte dai consulenti tecnici nominati nel corso del presente procedimento, i quali, a seguito di approfondita analisi e studio degli atti prodotti dalle parti, hanno affermato che sussistono " profili di responsabilità in capo ai sanitari della struttura sanitaria convenuta in quanto l'intervento per cataratta in occhio destro, pur se correttamente indicato, non fu adeguatamente pianificato: non fu praticata l'anestesia corretta; non fu prescritta la sospensione del farmaco assunto per l'ipertrofia prostatica o, in alternativa, non furono attuati gli accorgimenti tecnici per ottenere una migliore esposizione del campo operatorio (sfinterotomie, uncini dilatatori, anello dilatatore intrapupillare)." (pag. 13 della relazione CTU).

Nella specie i CTU hanno evidenziato che "In presenza di miosi serrata si sarebbero dovute effettuare delle sfinterotomie o, secondo quanto previsto in letteratura in caso di sindrome a bandeletta, posizionare 4 uncini dilatatori dell'iride al fine di poter eseguire l'intervento per cataratta oppure posizionare un anello dilatatore intrapupillare. A seguito di rottura della capsula l'intervento di facoemulsificazione è stato "convertito" come previsto, ma non risulta essere stata effettuata la vitrectomia anteriore (per il passaggio di vitreo in camera anteriore). Successivamente non risultano agli atti della cartella clinica la rimozione delle masse e l'asportazione della sostanza viscoelastica precedentemente inoculata per l'intervento originario. La persistenza della sostanza viscoelastica o di un abbondante quantitativo di vitreo e/o di masse residue può giustificare il rialzo pressorio endoculare che si è verificato. La vitrectomia anteriore è stata effettuata nel secondo intervento ma in questo, nonostante la presenza di masse catarattose endovitreali e di sanguinamento irideo ed endovitreali, i sanitari non effettuavano contemporaneamente la vitrectomia posteriore. Questo sanguinamento portava successivamente all'emovitreo con conseguente deposito di sangue e derivati sul trabecolato (struttura destinata al filtraggio dell'umore acqueo) e ad un ulteriore aumento della pressione dell'occhio, con necessità di un successivo ricovero per eseguire sia la vitrectomia posteriore sia la trabeculectomia (intervento antiglaucomatoso). In data 15.2.2016 era prescritta dai sanitari del predetto nosocomio terapia sistemica a base di clexane, derivato dell'eparina che appartiene ad un gruppo di farmaci chiamati eparine a basso peso molecolare, capaci di inibire l'aggregazione di alcune cellule e sostanze presenti nel sangue aiutando a prevenire la formazione di coaguli di sangue (trombi) e a migliorare la fluidificazione del sangue, controindicato in caso di emorragie in quanto può incrementare il volume e la durata delle stesse. In data 25.2.2016 l'attore veniva sottoposto a nuovo intervento di vitrectomia posteriore con reimpianto della lentina oculare e sua fissazione sclerale, e a trabeculectomia e iridectomia per ridurre il tono intraoculare." (pagg. 9 e 10 della relazione CTU).

Inoltre, alla luce delle considerazioni svolte dai CTU, deve reputarsi infondato l'assunto sostenuto dalla convenuta - in sede di comparsa di costituzione e risposta e riproposto nei medesimi termini in comparsa conclusionale - secondo cui, "quel che ha influito sul recupero del paziente è connesso, unicamente, all'ipertensione arteriosa ed alla dispnea con tosse, nonché dall'assunzione, da svariati anni, di farmaci alfa -antagonisti per rimediare alle difficoltà di minzione connesse alla ipertrofia prostatica a ciò si aggiunga l'uso di eparina, medicine salvavita la cui somministrazione è stata ritualmente sospesa, giusta linee guida e protocolli scientifici, solo ed esclusivamente per l'esecuzione dell'intervento chirurgico".

I consulenti incaricati, sul punto, hanno infatti osservato che "L'intervento eseguito era indicato, ma se si fosse sospettata una sindrome dell'iride a bandeletta (I.F.I.S., a causa del trattamento per ipertrofia prostatica praticato dal paziente), bisognava invitare il paziente a sospendere il farmaco almeno 72 ore prima dell'intervento chirurgico ed adottare le precauzioni previste (anestesia peribulbare, 4 uncini dilatatori o anello dilatatore intrapupillare). Qualora invece non si fosse sospettata la predetta sindrome in quanto in letteratura il farmaco utilizzato non è associato ad alcun caso di I.F.I.S., in considerazione della scarsa dilatazione intraoperatoria si sarebbero dovute prevedere delle sfinterotomie per rilasciare l'iride e permettere così una migliore "esposizione" del campo operatorio. Infatti, in caso di I.F.I.S. l'iride si impegna comunque in tutte le incisioni anche senza sfinterotomie e a poco o nulla serve la costruzione di un tunnel molto lungo. Colpisce inoltre come tutto questo avvenga in completa assenza di spinta posteriore, con una camera profonda ed un paziente tranquillo. L'unico modo per affrontare la S.I. dell'I. a B. è posizionare quattro uncini retrattori dell'iride prima dell'intervento di facoemulsificazione o un anello dilatatore intrapupillare. Non risultano in cartella clinica né la dilatazione della pupilla con atropina e/o fenilefrina, né appunto la dilatazione meccanica dell'iride; questi accorgimenti sono utili - talora indispensabili - per evitare o contrastare la miosi pupillare. L'anestesia peribulbare è preferibile alla topica per gestire meglio la instabilità dell'iride, così come è stato fatto in sede di intervento chirurgico nel novembre 2015". (pag. 10 consulenza CTU).

Risultano, dunque, pienamente condivisibili le conclusioni cui sono pervenuti i consulenti, in quanto fondate su un'analisi completa degli elementi di fatto e rappresentanti il risultato di approfondite indagini che appaiono corrette, immuni da vizi e adeguatamente motivate, sicché tutte le ulteriori critiche mosse dalle parti convenute devono essere rigettate, stante anche la genericità delle stesse.

La struttura sanitaria ed i medici convenuti, pertanto, non hanno provato l'effettiva osservanza delle regole cautelari relative alla tipologia di trattamento sanitario praticato, poiché: "La mancata effettuazione di sfinterotomie e degli uncini dilatatori rappresenta, congiuntamente alla scelta di non praticare un'anestesia peribulbare, una inosservanza alla buone pratiche descritte in letteratura"... Un'attività condotta secondo le *leges artis* avrebbe portato in misura altamente probabile alla guarigione con un *visus* pari a 10/10". (pag. 11 relazione CTU).

In definitiva, alla luce degli accertamenti peritali espletati in corso di causa, può reputarsi provato il nesso causale tra la prestazione chirurgica effettuata in data 23 novembre 2015 dalla struttura sanitaria in favore del paziente odierna parte attrice ed il danno alla salute lamentato dall'attore, essendo emerso dalla CTU espletata che i sanitari convenuti non hanno adeguatamente pianificato l'intervento cataratta in occhio destro, non fu praticata l'anestesia corretta, non fu prescritta la sospensione del farmaco assunto per l'ipertrofia prostatica o, in alternativa, non furono attuati gli accorgimenti tecnici per ottenere una migliore esposizione del campo operatorio, cagionando alla stessa danni alla salute di carattere temporaneo e permanente.

Nella specie, come evidenziato dai CTU, a seguito della condotta colposa dei sanitari, permangono quali esiti permanenti: "In atto sussistono quali postumi a carattere permanente e non emendabile: perdita del *visus* in occhio destro con presenza di glaucoma secondario con formazione di panno corneale e deviazione all'esterno dello stesso da non uso, in occhio comunque protesizzabile. Il quadro menomante descritto integra complessivamente (valutazione in riferimento alla riduzione globale dell'integrità psico-fisica), un grado di invalidità permanente stimabile in misura del 28% (ventotto per cento), secondo quanto previsto dalle tabelle delle orientative guide ufficiali alla valutazione del danno biologico (B. M. et al. - G. III edizione 2001; P. L., U.R. G., B. G., F. P. - G. I edizione 2006; R. E., M. L., G. U. - G. II edizione 2015; Linee Guida S.I.M.L.A. - G. I edizione 2016)." (pag. 13 e 14 relazione CTU).

Alla luce di quanto esposto può reputarsi provata la responsabilità dei sanitari convenuti e della struttura ospedaliera per i fatti di causa e deve, pertanto, deve essere accolta la relativa domanda di ristoro azionata da N.L.A..

Il danno.

Venendo, dunque, all'individuazione e quantificazione dei danni subiti dalla parte attrice, rileva il Tribunale che il sig. ... ha chiesto il "risarcimento di tutti i danni fisici subiti e subendi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, il danno biologico - permanente e temporaneo - il danno da perdita di aspettativa di vita e di chance di sopravvivenza, il danno estetico, il danno psichico, il danno morale, il danno economico e patrimoniale strettamente inteso quello della perdita della capacità lavorativa".

Per quanto concerne il danno non patrimoniale giova chiarire che in giurisprudenza è costante il principio di diritto secondo cui "il danno non patrimoniale è una categoria unitaria ed omnicomprensiva. Non esistono pregiudizi non patrimoniali tra loro "ontologicamente" differenti; esiste in iure la categoria del danno non patrimoniale, ed in facto le singole forme concrete che esso può assumere (lesione dell'onore, della reputazione, del nome, della salute, e via dicendo: così Sez. U, Sentenza n. 26972 del 11/11/2008)" (cfr. da ultimo, [Cass. civ., sez. VI, 4 marzo 2021, n. 5865](#)).

Va chiarito, dunque, che:

a) Il "danno biologico" va inteso non come semplice lesione all'integrità psicofisica in sé e per sé, ma piuttosto come la conseguenza del pregiudizio stesso sul modo di essere della persona ([Cass. civ., sez. III, 17 febbraio 2023, n. 5119](#)), incidente sul valore "uomo" in tutta la sua concreta dimensione che non si

esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica e aventi rilevanza non solo economica ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica (cfr. la definizione di "danno biologico" di cui agli [artt. 138](#), comma 2, lett. a) e 139, comma 2, [D.Lgs. n. 209 del 2005](#)).

Il danno biologico, consistente nella violazione dell'integrità psico-fisica della persona, va considerato ai fini della determinazione del risarcimento sia nel suo aspetto statico (diminuzione del bene primario dell'integrità psico-fisica in sé considerata) sia nel suo aspetto dinamico (manifestazione o espressione quotidiana del bene salute che riguarda sia l'attività lavorativa che le altre attività extra lavorative e che pongono il soggetto in condizione non solo di produrre utilità, ma anche di ricevere utilità).

b) La "personalizzazione" del danno, che ha trovato specifica disciplina normativa nell'[art. 138](#), comma 3, nuovo testo [cod. ass. \(Cass. civ., sez. III, 9 novembre 2022, n. 32935\)](#), attiene al danno biologico e costituisce una voce di danno diversa dal c.d. danno morale (cfr. [Cass. civ. sez. III, 17 maggio 2022, n. 15733](#)).

Tale personalizzazione ricorre in ragione della distinzione tra "conseguenze indefettibili", da un lato, e "conseguenze peculiari", dall'altro, dell'invalidità.

Le prime sono le conseguenze inevitabili per tutti coloro che abbiano patito identici postumi permanenti (ad es. la zoppia per chi abbia sofferto un accorciamento dell'arto inferiore, oppure la rinuncia all'attività fisica per chi abbia patito una grave riduzione della capacità respiratoria).

Le "conseguenze peculiari", invece, riguardano le sofferenze patite solo da quella particolare vittima, in conseguenza delle sue pregresse condizioni o del tipo di attività da essa svolte, ma non comuni necessariamente a tutte le vittime che abbiano sofferto identiche lesioni guarite con identici postumi (cfr., in motivazione, [Cass. civ., sez. VI, n. 5865/2021](#); cfr. anche [Cass. civ., sez. III, 27 marzo 2018, n.7513](#)).

Pertanto, "le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'idquod plerumque accidit (ovvero quelle che qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento" ([Cass. civ., sez. III, 11 novembre 2019, n. 28988](#)).

c) La "capacità lavorativa generica" ha natura non patrimoniale ed è una componente del danno biologico e pertanto non è autonomamente liquidabile (cfr. [Cass. civ., sez. III, 20 gennaio 2023, n. 1752](#)), in quanto, come su indicato, essa costituisce lo specifico "aspetto dinamico" del danno biologico, che riguarda la capacità astratta del soggetto di produrre redditi o utilità. La nozione di "incapacità lavorativa generica", infatti, fu elaborata dalla giurisprudenza in un'epoca in cui il danno biologico non aveva cittadinanza nell'ordinamento e l'unico danno ritenuto risarcibile era quello patrimoniale (cfr. [Cass. civ., sez. III, 11 novembre 2019, n. 28988](#)).

Pertanto, la liquidazione di un ulteriore importo a titolo di danno da perdita della capacità lavorativa generica darebbe luogo ad una erronea duplicazione del risarcimento del danno biologico.

d) La "capacità lavorativa specifica", invece, ha natura patrimoniale e la sua perdita può essere risarcita quale lucro cessante avendo riguardo alla specifica attività lavorativa svolta dal soggetto danneggiato (cfr. [Cass. civ., sez. III, 20 gennaio 2023, n. 1752](#)). La liquidazione del danno patrimoniale da incapacità lavorativa patito da un soggetto percettore di reddito da lavoro, dunque, deve avvenire ponendo a base del calcolo il reddito effettivamente perduto dalla vittima ([Cass. civ., sez. III, n. 28988/2019](#)).

e) Il "danno morale" è inteso come "sofferenza interna transeunte del soggetto" e "costituisce una voce di pregiudizio non patrimoniale, ricollegabile alla violazione di un interesse costituzionalmente tutelato, da tenere distinta dal danno biologico e dal danno nei suoi aspetti dinamico relazionali presi in considerazione dal menzionato [D.Lgs. n. 209 del 2005, art. 138](#) con la conseguenza che va risarcito autonomamente, ove provato, senza che ciò comporti alcuna duplicazione risarcitoria" ([Cass. civ., sez. III, 13 ottobre 2017, n. 24075](#)).

Si tratta, dunque, di un pregiudizio non avente base organica, insuscettibile di alcun accertamento medico-legale, e si sostanzia nella rappresentazione di uno stato d'animo di sofferenza interiore del tutto autonomo e indipendente (pur potendole influenzare) dalle vicende dinamico-relazionali della vita del danneggiato (Cass. civ., sez. III, 17 maggio 2022, n. 15733), consistente nella sofferenza interiore (come, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione), che necessita di specifica allegazione e dimostrazione in giudizio ai fini di separata valutazione e liquidazione, senza che ciò comporti alcuna duplicazione risarcitoria (cfr. Cass. civ., sez. III, n. 7513/2018, ove si chiarisce che tale assunto "è confermato, oggi, dal testo degli artt. 138 e 139 cod. ass., così come modificati della L. 4 agosto 2017, n. 124, art. 1, comma 17, nella parte in cui, sotto l'unitaria definizione di "danno non patrimoniale", distinguono il danno dinamico relazionale causato dalle lesioni da quello "morale").

Quanto alla sua determinazione, il giudice di merito non può limitarsi a liquidare la componente "sofferenza soggettiva" mediante applicazione automatica di una quota proporzionale del valore del danno biologico, né procedere alla riduzione, anche questa automatica, dell'importo corrispondente a quella del danno biologico commisurato alla durata della vita effettiva del danneggiato, ma deve preliminarmente verificare se e come tale specifica componente sia stata allegata e provata dal soggetto che ha azionato la pretesa risarcitoria, provvedendo successivamente - in caso di esito positivo della verifica - ad adeguare la misura della reintegrazione del danno non patrimoniale, indicando il criterio di personalizzazione adottato, che dovrà risultare coerente logicamente con gli elementi circostanziali ritenuti rilevanti a esprimere l'intensità e la durata della sofferenza psichica.

f) Il "danno estetico" non può essere considerato una voce di danno a sé, aggiuntiva ed ulteriore rispetto al danno biologico, salve circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate dal danneggiato, le quali rendano il danno concreto più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età (Cass. civ., sez. III, 12 marzo 2021, n. 7126). Tali peculiari circostanze, dunque, devono essere computate nella "personalizzazione del danno" biologico.

g) Il "danno da perdita di chance non patrimoniale" consiste nella privazione della possibilità di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale (la maggiore durata della vita o la sopportazione di minori sofferenze) conseguente - secondo gli ordinari criteri di derivazione eziologica - alla condotta colposa del sanitario, ed integra evento di danno risarcibile, da liquidare in via equitativa, quando la "possibilità perduta" sia apprezzabile, seria e consistente (Cass. civ., sez. III, 29 aprile 2022, n. 13509).

Ciò chiarito, in applicazione dei principi giurisprudenziali sopra richiamati, nella vicenda in esame, ai fini di pieno ristoro dei danni non patrimoniali subiti dall'attore, va tenuto in considerazione esclusivamente la menomazione dell'integrità psico-fisica in sé considerata (il c.d. "danno biologico") e la sofferenza soggettiva interiore (il c.d. "danno morale"), non potendo trovare accoglimento tutte le altre domande avanzate dall'attrice, in quanto, come detto, in virtù dell'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., nell'ambito dell'ampia e omnicomprensiva categoria del danno non patrimoniale, le varie formule utilizzate (es. "danno biologico", "danno morale", "danno esistenziale") non individuano più un'autonoma sottocategoria di danno, ma descrivono, tra i vari possibili pregiudizi non patrimoniali, tipi di pregiudizio costituiti dalla sofferenza soggettiva transeunte cagionata dall'illecito in sé considerata; sofferenza la cui intensità e durata nel tempo non assumono rilevanza ai fini della esistenza del danno, ma soltanto in funzione di personalizzazione del relativo ristoro, ai fini della liquidazione.

Ciò posto, in ordine al danno biologico, risultano condivisibili le valutazioni svolte dai consulenti tecnici incaricati, i quali hanno ritenuto risarcibile, in ordine al danno biologico temporaneo, "un periodo di invalidità temporanea assoluta di giorni trenta (comprensivo dei periodi di ricovero), e un periodo di invalidità temporanea parziale, come danno biologico, valutabile complessivamente in giorni venti di

cui dieci al 75% e dieci al 50% (tenuto conto della fattispecie lesiva e delle certificazioni attestanti il periodo di malattia)" (pag. 13 della relazione di consulenza tecnica di ufficio).

Quanto al danno biologico permanente, gli stessi consulenti hanno accertato che "Il quadro menomante descritto integra complessivamente (valutazione in riferimento alla riduzione globale dell'integrità psico-fisica), un grado di invalidità permanentestimabile in misura del 28% (ventotto per cento), secondo quanto previsto dalle tabelle delle orientative guide ufficiali alla valutazione del danno biologico (B. M. et al. - G. III edizione 2001; P. L., U.R. G., B. G., F. P. - G. I edizione 2006; R. E., M. L., G. U. - G. II edizione 2015; Linee Guida S.I.M.L.A. - G. I edizione 2016). Ascrivibili al danno in oggetto, ipotizzabili sofferenze psicologiche soggettive di grado moderato; ipotizzabili ripercussioni negative a carattere permanente di grado moderato sull'esplicazione di attività di vita quotidiana quali tempo libero, svago, vita familiare e sociale.

Prive di pregio risultano le contestazioni mosse dalla convenuta in comparsa conclusionale avverso le determinazioni dei consulenti tecnici su indicate, in quanto riproductive delle osservazioni svolte dal proprio consulente di parte alla bozza della relazione di consulenza tecnica d'ufficio e già smentite dagli stessi consulenti d'ufficio.

Al riguardo, il Tribunale condivide - in quanto adeguatamente motivate - le osservazioni dei consulenti tecnici incaricati, i quali hanno ritenuto che "La sindrome dell'iride a bandelette deve sempre essere sospettata in corso di terapia per ipertrofia prostatica benigna in quanto prevedibile e prevenibile. Indipendentemente dalle indiscusse esperienze e bravura del chirurgo, nella fattispecie lo stesso non ha dimostrato di aver messo in opera tutte quelle precauzioni necessarie e descritte in letteratura e pur avendo gestito in modo apprezzabile l'evento avverso successivamente alla sua comparsa, quest'ultimo - si ribadisce - è consequenziale all'improvvisa miopia intraoperatoria e al movimento dell'iride e quindi - si rimarca ulteriormente - poteva essere previsto ed evitato. Si ricorda invece allo stimato professionista dott. C. che l'eparina è stata somministrata a seguito dell'emorragia vitreale. L'eparina è un farmaco anticoagulante ovvero è un farmaco che impedisce la coagulazione, procedimento fisiologico indispensabile per contrastare una emorragia e pertanto controindicato nel caso de quo. L'oculista è in primis uno specialista laureato in medicina e chirurgia ed abilitato all'esercizio della professione di medico-chirurgo e, pertanto, deve essere in grado di gestire (modificare posologia o cambiare farmaco) anche le prescrizioni terapeutiche sistemiche che possano risultare eventualmente dannose per la salute del paziente ancorché redatte da altri medici. Contestando il C.T.P. la considerazione di una possibile restitutio ad integrum dell'acuità visiva dell'occhio destro operato se questo intervento fosse stato condotto secondo le *leges artis*, si rammenta che il paziente era affetto da cataratta ma non presentava patologie oculari che potessero determinare sibi solus una riduzione dell'acuità visiva. Ciò risulta suffragato da quanto accaduto successivamente nell'occhio adelfo che a seguito della rimozione del cristallino catarattoso ha raggiunto una acuità visiva corretta di 10/10. Infine si invita lo stesso consulente a consultare i barèmes di riferimento prima di lanciarsi in giudizi di "irrealità" e icaresche imprese sulla contestazione del danno biologico considerato dal Collegio, che contempla esclusivamente la perdita totale dell'acuità visiva in un occhio senza dunque interessare le "numerose patologie preesistenti agli atti chirurgici ed indipendenti dalla vista" (pag. 15 relazione CTU).

In definitiva, in ordine al danno biologico (temporaneo e permanente), deve farsi riferimento alle determinazioni svolte dai consulenti tecnici incaricati, in quanto adeguatamente motivate e fondate su un'analisi completa degli elementi di fatto allegati dalle parti.

Quanto al danno morale, il Tribunale non ritiene meritevole di accoglimento la relativa domanda. Ebbene, le allegazioni attoree in merito al danno morale risultano, del tutto generiche avendo parte attrice omissa, sotto questo profilo, di specificare in che modo e per quanto tempo le proprie abitudini di vita sarebbero cambiate con il corollario che non può che riscontrarsi l'assoluta carenza di allegazione e prova da parte dell'attore sotto il profilo del preteso danno non patrimoniale.

Nel caso di specie non si rinviene, infatti, prova sufficiente che un tale tipo di danno - eccedente un mero disagio transeunte- in termini di sofferenza soggettiva o di significativa alterazione delle abitudini di vita, si sia effettivamente verificato. Invero, come già sopra evidenziato, il danno morale consiste nella sofferenza interiore (come, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione), che necessita di specifica allegazione e dimostrazione in giudizio ai fini di separata valutazione e liquidazione.

Non avendo la difesa attorea assolto all'onere sulla stessa incombente di allegare e provare il danno morale la relativa domanda non può che essere respinta.

Nella vicenda in esame, dunque, ai fini di pieno ristoro del danno non patrimoniale subito dall'attrice, va tenuto in considerazione esclusivamente la menomazione dell'integrità psico-fisica in sé considerata (il c.d. "danno biologico"), non potendo trovare accoglimento la domanda di risarcimento del danno morale, non essendo stati allegati né provati fatti dai quali emergono i presunti danni lamentati.

Nella fattispecie, per la liquidazione dei danni alla persona - non suscettibili di quantificazione certa e determinabili in via equitativa ex [art. 1226 c.c.](#) - può senz'altro farsi applicazione ai criteri elaborati dal Tribunale di Milano ed alle relative tabelle.

Ciò posto, sotto il profilo dei criteri da seguire per la liquidazione del danno, la Corte di Cassazione ha chiarito che, mentre le norme sostanziali contenute nella [L. n. 189 del 2012](#), al pari di quelle di cui alla [L. n. 24 del 2017](#), non hanno portata retroattiva e non possono applicarsi ai fatti avvenuti in epoca precedente alla loro entrata in vigore, le norme che richiamano gli [articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private](#) in punto di liquidazione del danno sono di immediata applicazione anche ai fatti progressi, con il solo limite della formazione del giudicato interno sul quantum. Ciò in quanto, in assenza di diverse disposizioni di legge, il danno alla persona deve essere liquidato sulla base delle regole vigenti al momento della liquidazione, e non già al momento del fatto illecito (cfr. [Cass. civ., sez. VI, 15 giugno 2022, n. 19229](#)).

Ebbene, ricorrendo nel caso di specie un danno "macro-permanente" (superiore, dunque, al 9%) e considerato che per tale tipologia di danno non esistono criteri legali di liquidazione, come chiarito dalla più recente giurisprudenza di legittimità, la liquidazione del danno alla salute, quando avvenga in via equitativa per la mancanza di criteri legali, deve avvenire con modalità idonee a garantire la parità di trattamento, a parità di conseguenze. La parità di trattamento, infatti, costituisce uno dei due pilastri - insieme alla valutazione delle specificità del caso concreto - su cui poggia la valutazione equitativa di cui all'[art. 1226 c.c.](#). In definitiva, nella perdurante mancanza di criteri oggettivi, l'unico metodo ritenuto in grado di soddisfare nel miglior modo possibile la parità di trattamento è stato individuato il c.d. "criterio a punto variabile", adottato dal Tribunale di Milano e spontaneamente recepito dalla maggior parte degli altri uffici giudiziari ([Cass. civ. sez. III, 20/04/2017, n. 9950](#); [Cass. civ. Sez. 3, Sent. n. 12408 del 07/06/2011](#)).

Ciò premesso, in applicazione dei criteri e delle tabelle di Milano aggiornate al 2021, per quanto riguarda il danno biologico permanente, si ritiene di dover liquidare l'importo di Euro 76.380,00 al valore attuale, sulla base della natura della malattia e della consistenza dei postumi (perdita del visus in occhio destro con presenza di glaucoma secondario con formazione di panno corneale e deviazione all'esterno dello stesso da non uso, in occhio comunque protesizzabile, comportante una invalidità permanente nella misura del 28%), dell'età della danneggiato (68 anni) al momento del fatto (23 novembre 2015) e, quanto al danno biologico temporaneo (30 giorni di cui dieci al 75% e dieci giorni al 50%), si liquida, poi, secondo i criteri su indicati, l'ulteriore somma di Euro.4207,50, esclusa la personalizzazione del danno, in quanto non allegata né, tanto meno, provata, non avendo parte ricorrente dedotto la sussistenza di conseguenze dannose peculiari. Come su indicato, "le conseguenze dannose da ritenersi normali e indefettibili secondo l'id quod plerumque accidit (ovvero quelle che

qualunque persona con la medesima invalidità non potrebbe non subire) non giustificano alcuna personalizzazione in aumento del risarcimento" (Cass. civ., sez. III, 11 novembre 2019, n. 28988).

Le spese mediche sono state ritenute dal consulente tecnico: "congrue e adeguate le spese mediche sostenute, attestate per Euro 52.94. Non ipotizzabili spese mediche future".(cfr. pag. 14 relazione CTU).

Alla luce di quanto esposto, dunque, per i titoli su indicati, spetta all'attore la somma complessiva di Euro. 80.640,44 al valore attuale.

Trattandosi di debito di valore ed essendo stata effettuata la liquidazione di cui sopra all'attualità, sulla somma anzidetta (Euro. 80640,44) vanno riconosciuti gli interessi compensativi, secondo i criteri indicati dalla Corte di Cassazione a Sezioni Unite con la sentenza del 17 febbraio 1995, n. 1712, ovvero applicando gli interessi legali pro tempore vigenti sulla predetta somma devalutata alla data dell'illecito (23 febbraio 2015) e rivalutata anno per anno sino alla data odierna secondo l'indice dei prezzi al consumo.

A partire dalla pubblicazione della presente sentenza - momento che segna la conversione del debito risarcitorio di valore in debito di valuta - sono dovuti gli interessi legali sulla intera somma fino al saldo.

Le spese di lite.

Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo in favore dell'E., posto che parte attrice è stata ammessa al patrocinio a spese dello Stato (art. 133 D.P.R. n. 115 del 2002), con riferimento alle tabelle di cui al D.M. n. 55 del 2014, come successivamente modificate, con riferimento ai minimi tabellari attesa la scarsa difficoltà della controversia, con riferimento alla somma attribuita alla parte vittoriosa e con la precisazione che la liquidazione viene effettuata già dimidiata, come da sentenza della Corte Costituzionale del 28 novembre 2012 n. 270, (atteso che la somma che, ai sensi dell'art. 133 TU spese di giustizia, va rifiuta in favore dello Stato deve coincidere con quella che lo Stato liquida al difensore del soggetto ammesso al beneficio del gratuito patrocinio).

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio espletata in corso di giudizio sono poste definitivamente a carico della struttura sanitaria convenuta.

P.Q.M.

il Tribunale di Catanzaro, definitivamente pronunciando nella causa civile di primo grado, indicata in epigrafe, ogni diversa istanza, deduzione ed eccezione disattesa, così provvede:

- accoglie la domanda attorea e, per l'effetto, condanna l'Azienda "P. - C" di C., in persona del Commissario Straordinario e legale rappresentante p.t., al pagamento in favore di della somma complessiva di Euro 80.640,44 oltre interessi come indicato in parte motiva;
- condanna l'Azienda "P. -C." di C., in persona del Commissario Straordinario e legale rappresentante p.t., alla refusione in favore dell'E. delle spese di lite del presente giudizio, che si liquidano in complessivi Euro. 3.526,00 oltre rimborso forfetario per spese generali, i.v.a. e c.p.a., come per legge;
- pone le spese di CTU definitivamente a carico dell'Azienda "P. -C." di C..

Conclusione

Così deciso in Catanzaro, il 2 ottobre 2023.

Depositata in Cancelleria il 3 ottobre 2023.