

**Abstract.** *Il paziente che agisca in giudizio per il risarcimento del danno subito a causa della condotta professionale negligente del medico specialista ha l'onere di fornire la prova del contratto o del 'contatto' con il medico, dell'insorgenza di nuove patologie o dell'aggravamento della situazione patologica preesistente e di allegare la loro astratta riconducibilità causale, secondo la regola del 'più probabile che non', alla condotta attiva od omissiva del medico. Resta, invece, a carico del medico, per sottrarsi a tale responsabilità, la prova di aver eseguito la propria prestazione professionale diligentemente e che le conseguenze dannose si siano verificate per un evento imprevisto ed imprevedibile. Il contratto di assicurazione stipulato dal medico a copertura dei rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale medica, dopo aver ricevuto la richiesta di risarcimento del danno da parte del paziente a mezzo di lettera raccomandata inviata dal proprio legale, è nullo ex art. 1895 c.c. che prevede la nullità del contratto di assicurazione se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto. Nel caso di specie, infatti, il contratto di assicurazione risultava essere stato stipulato in un momento successivo rispetto al verificarsi del rischio garantito e quando questo aveva cessato di esistere.*

\*\*\*\*\*

REPUBBLICA ITALIANA

TRIBUNALE DI PERUGIA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice Onorario del Tribunale di Perugia Dott.ssa (*omissis*)

ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 309364 del Ruolo Generale degli affari civili dell'anno 2012 promossa da:

D.R., nato a (*omissis*) il ... ed ivi residente in Via C.T., C.F. ..., rappresentato e difeso, per delega apposta in calce all'atto di citazione dall'Avv. (*omissis*) ed elettivamente domiciliato presso e nello Studio dello stesso in (*omissis*).

ATTORE

## CONTRO

Dr. T.D.H., nata a (omissis) il .., C.F. .., residente in (omissis) Loc. S.M.D., rappresentata e difesa per delega apposta in calce alla comparsa di costituzione e risposta dall'Avv. (omissis) unitamente e disgiuntamente all'Avv. (omissis) tutti domiciliati presso e nello Studio dell'Avv. (omissis) in (omissis)

CONVENUTA

## E CON LA CHIAMATA IN CAUSA DI

(omissis) ASSICURAZIONI S.P.A. oggi (omissis) ASSICURAZIONI S.P.A. con sede in (omissis), P.I. ..., in persona del Dr. A.P., giusta procura Notaio M.E. di (omissis) del 3.11.2010, rep. n. 86067 racc. 15838, rappresentata e difesa dall'Avv. (omissis) ed elettivamente domiciliata presso e nello Studio dell'Avv. (omissis) in (omissis).

OGGETTO: Responsabilità professionale

CONCLUSIONI: Come all'udienza del 27.10.2018 con termini ex art.190 c.p.c. decorrenti dal 13.2.2019

## FATTO E DIRITTO

Con atto di citazione del 2.12.2012 il Sig. D.R., nato (omissis) il ... ed ivi residente in Via C.T., C.F. ... conveniva in giudizio la Sig.ra T.D.H. residente Loc. S.M.D., (omissis) al fine di sentirla condannare, per quanto esposto nella narrativa dell'atto introduttivo, per responsabilità professionale *ex art. 1176 comma, 1218 e 2230 c.c.* o in subordine, per responsabilità extracontrattuale *ex art. 2043 c.c.*, al risarcimento in favore di esso esponente, dei danni dallo stesso subiti e quantificati nella misura complessiva di euro 95.034, 60, o in quella diversa maggiore o minore che fosse stata ritenuta di giustizia a seguito dell'espletanda istruttoria per le regioni e nelle entità specificate, oltre interessi legali maturati dal 14.9.2009 alla data della domanda e maturandi dalla stessa al saldo effettivo, vinte le spese di lite.

Sosteneva l'attore che, nell'agosto 2009, mentre partecipava ad una partita di *beach volley* sulla spiaggia di Fano, veniva accidentalmente colpito da una pallonata all'occhio sinistro e a causa

del forte dolore cessava immediatamente di partecipare al gioco, tanto che il dolore si placava ma residuava un disturbo visivo che l'esponente attribuiva alla sabbia penetrata nell'occhio in occasione dell'evento. Stante il perdurare del disturbo, l'attore si recava presso l'Ospedale di (*omissis*) in data 26.8.2009, dove veniva formulata una prognosi di sei giorni senza richiesta di visita specialistica e con prescrizione di lavaggio dell'occhio, che il medesimo eseguiva una volta rientrato nella propria abitazione, dai quali scaturiva solo un sollievo temporaneo, perché il problema persisteva, così che l'attore decideva di rivolgersi ad uno specialista e la moglie, Sig.ra M., contattava la Dr. D.H., specialista in oculistica presso il Policlinico (*omissis*) per una visita presso l'ambulatorio della stessa in (*omissis*).

Continuava l'attore affermando che: dopo che la moglie aveva spiegato alla specialista la problematica e la sintomatologia del marito chiedendole un appuntamento in via d'urgenza, stante che l'evento era avvenuto il 22 agosto e da allora non vi era stato alcun miglioramento del problema, questo veniva fissato per il giorno 14.9.2009, cui giungeva accompagnato dalla moglie; la visita, dopo esame oculistico ed instillazione di adropina, durava pochi minuti stante, a dire dell'attore, che la convenuta aveva molti clienti in sala d'attesa e quindi fu "spiccia e distaccata", all'esito della quale l'oculista non formulava alcuna diagnosi, prescriveva dei colliri ed invitava il paziente a tornare ad un controllo dopo quaranta giorni, senza fornire altre indicazioni e prescrivendo l'acquisto di un nuovo paio di occhiali, senza lenti sofisticate e costose, perché nello spazio di 40 giorni le lenti avrebbero dovuto essere sostituite, in quanto sarebbe stato senz'altro recuperato il tono visivo, né veniva prescritto riposo; quindi tornava alla vita quotidiana, anche con viaggi lunghi all'estero per il suo lavoro di commerciante all'ingrosso di mobili ed oggetti di antiquariato, con aggravamento dei disturbi visivi tanto che telefonava alla convenuta rappresentandole la sua preoccupazione e ricevendo in cambio risposte evasive con invito all'attesa e conferma di non volerlo rivedere prima di 40 giorni; il 3.11.2009, sempre accompagnato dalla moglie, si recava nuovamente a visita in occasione della quale il medico non ricordava di aver prescritto gli occhiali e comunque veniva informato che si erano rivelati inutili dato che il disturbo visivo era notevolmente peggiorato e misurata la vista, stante l'aggravamento di perdita del visus dell'occhio sinistro, la dottoressa prescriveva

due esami senza dare risposte al paziente, invitandolo a presentarsi una volta che li avesse eseguiti, senza ulteriori consigli o precauzioni.

Il D.R. sosteneva che, preoccupato per la quasi totale perdita del visus dell'occhio sinistro, sia laterale che frontale, decideva di rivolgersi ad un altro professionista, Prof. E.D.F. con Studio in (omissis), cui telefonava lo stesso giorno 3.11.2009 la Sig.ra M. per chiedere un appuntamento, illustrava la situazione in cui versava il marito, otteneva di parlare subito con il detto professionista il quale chiedeva di conferire con lo stesso e capita la gravità della situazione, lo convocava per il giorno successivo, avvisando già telefonicamente che non vi era tempo da perdere, trattandosi di probabile distacco della retina.

Effettuata la visita il successivo 4.11.2009, all'attore veniva diagnosticati il distacco della retina e prescritto immediato intervento in quanto, asseriva il professionista, si trattava di distacco "vecchio" e progressivo, avvenuto con gradualità, che il fatto di non essere stato immediatamente trattato con un tenore di vita adeguato da parte del paziente, si era progressivamente aggravato, raggiungendo un livello serio, che sicuramente via era un "buco" nella retina, che era necessario un intervento urgente per ripararlo ma che, stante il tempo trascorso ed i danni verificatisi, l'intervento non avrebbe potuto sortire lo stesso effetto se fosse stato tempestivo. L'attore proseguiva asserendo che veniva ricoverato in data 11.11.2009, operato per riattacco della retina e dimesso il giorno 13.11, il visus entrata all'occhio sx era di 1/10-2, la terapia chirurgica pratica era stata "cerchiaggio + esocrio + immissione bolla d'aria", venivano prescritti riposo e cure domiciliari e visita di controllo il 23.11.2009, giorno in cui l'attore veniva nuovamente operato con diagnosi di ingresso "distacco retina persistente in esiti di cerchiaggio, fachico" e dimesso il giorno successivo con prescrizione di riposo e cure. Al primo controllo dal Prof. D.F. in data 1.12.2009 all'attore veniva prescritto OCT di controllo e in pari data il professionista rilasciava dichiarazione anamnestica dalla data della prima visita.

L'OCT prescritta veniva eseguita in data 10.12.2009 presso il Poliambulatorio chirurgico (omissis) in (omissis) ed evidenziava la presenza di "assottigliamento retinico in sede foveale", su consiglio del Prof. D.F. l'attore si rivolgeva, per controlli postoperatori, al Dr. E.C.G., con Studio in (omissis), che lo seguiva sino al maggio 2012. In data 14.6.2010 il Prof. D.F. certificava la guarigione clinica con postumi da valutare e consegnava diario medico.

Rivolto a perito medico legale nella persona del Dr. M.B. questi consegnava al D.R. la propria Relazione in data 16.5.2011 con la quale attestava che allo stesso era conseguito un danno temporaneo di 25 giorni di ITT e 25 giorni di ITP, un danno permanente nella misura del 20% ed una riduzione della capacità lavorativa specifica del 20% motivata dall'attività lavorativa di commerciante all'ingrosso di mobili antichi, con necessità di spostamenti anche notturni e paventando difficoltà nel rinnovo della patente di categoria, anche se alla data di cui sopra, l'attore si era visto rifiutare la conferma della patente cat C) che aveva dal 1976 per motivi di lavoro, confermata solo per la categoria B).

Richiesto il risarcimento tramite il proprio legale senza alcuna risposta, l'attore affermava che, in quanto titolare di polizza infortuni e malattia con le Assicurazioni (*omissis*) s.p.a., essendo sorta controversia con la Compagnia per l'interpretazione del contratto, attivava arbitrato medico legale per la patologia di cui al presente giudizio, che si concludeva con lodo pronunciato in data 4.4.2012, sottoscritto all'unanimità da tutti e tre gli arbitri, con il quale gli veniva riconosciuta una durata di ITT di 20 giorni, una di ITP di trenta giorni ed una I.P. pari al 21%, confermando, in buona sostanza, quanto concluso dal Dr. B.

Conseguentemente l'attore, ravvisata la responsabilità professionale della convenuta per negligenza professionale chiedeva il ristoro del danno non patrimoniale da ciò conseguente in base ai parametri di cui alle tabelle milanesi, oltre al rimborso delle spese mediche sostenute e documentate.

Con comparsa del 25.3.2013 si costituiva in giudizio la Dr.ssa T. D. H., nata a (*omissis*) il ..., C.F. ..., residente in (*omissis*) Loc. S.M.D., la quale contestava quanto richiesto, dedotto e prodotto dall'attore il quale, a dire della convenuta, prima del 22.8.2010, non era consapevole circa le modalità di sviluppo del distacco della retina che, in sede di lodo arbitrale, il Dr. C.F. asseriva essere di difficile diagnosi nei primi momenti successivi al trauma in assenza di sintomi specifici riferiti dal paziente, che, nel caso, trovandosi in villeggiatura a Fano, si era recato al Pronto Soccorso dopo quattro giorni dall'evento lesivo e che aveva preso appuntamento con lo specialista solo al ritorno dalle ferie, nonostante il medico del P.S. avesse consigliato di rivolgersi.

A dire della convenuta, quando l'attore si presentò al suo esame , i sintomi appalesatisi nel novembre non erano ancora evidenti, avendo lamentato il medesimo solo una riduzione e un disturbo del visus, che alla visita del 14.9.2009 allo stesso veniva somministrato un midriatico al fine di procedere all'esame del fondo dell'occhio, dopodiché la convenuta diceva al D.R. che sarebbe stato necessario vederlo dopo 7/10 giorni per meglio valutare gli esiti, ribadendo che , alla data di cui sopra, in ordine ai sintomi riferiti, non era manifesta la patologia poi lamentata dallo stesso, al quale non veniva prescritta alcuna limitazione particolare al suo tenore di vita , consigliata terapia locale e l'utilizzo di lenti provvisorie per l'accomodazione a seguito del trauma, in linea con i sintomi riferiti. L'attore, asseritamente contro quanto gli era stato consigliato, si presentava a visita dopo settimane , circa sei, dalla prima visita, con conseguente evoluzione della patologia e cristallizzazione della stessa, tanto che la convenuta asseriva che aveva prospettato un ricovero presso l'Ospedale di (omissis) ma che fu il paziente a preferire di rivolgersi altrove e comunque la convenuta prescriveva una fluorangiografia e una OCT ed asseritamente, dopo aver appreso che il D.R. e la moglie riferivano di volersi rivolgere altrove, la convenuta si asteneva dall'aggiungere ulteriori raccomandazioni o prescrizioni stante che il rapporto fiduciario era compromesso, venendo a conoscenza dell'ulteriore corso della problematica dell'attore dopo il 3.11.2009 solo a seguito della missiva del legale dello stesso e della notifica dell'atto introduttivo del presente giudizio.

La convenuta affermava che non erano state fornite prove della propria negligenza professionale, la circostanza della prescrizione di fluorangiografia e OCT deponavano in favore della stessa la quale, una volta verificata l'evoluzione patologica della "pallonata" ricevuta dall'attore, aveva ritenuto di approfondire aspetti non valutabili in ambulatorio e prospettato un ricovero presso l'Ospedale di (omissis), ribadendo che al momento della visita del 14.9.2010 da nessun elemento poteva dedursi un distacco della retina, accertato successivamente.

La convenuta contestava anche il quantum risarcitorio preteso dall'attore, sosteneva che l'operazione all'occhio subita dall'attore , probabilmente non era stata eseguita a regola d'arte e comunque chiedeva disporsi la chiamata in causa della (omissis) ASSICURAZIONI S.P.A. con la quale aveva contratto polizza assicurativa n.708/1269 per il primo rischio e n.708/1270 per il secondo rischio al fine di essere manlevata e garantita da pronunce pregiudizievoli nei suoi

confronti, concludendo in tal senso in via subordinata e in via principale per il rigetto della domanda attrice, vinte le spese.

Disposta la chiamata in causa della (*omissis*) ASSICURAZIONI S.P.A. per l'udienza del 15.10.2013, questa, con sede in (*omissis*), P.I. ..., si costituiva in giudizio con comparsa depositata il 16.10.2013 in persona del Dr. A.P., giusta procura Notaio M.E. di (*omissis*) del 3.11.2010, rep. n. 86067 racc. 15838, precisando di aver stipulato con la SOCIETA' (*omissis*) una CONVENZIONE mediante la quale veniva prestata, a condizioni estremamente vantaggiose, la garanzia assicurativa ai medici oftalmologici iscritti alla (*omissis*) che ne avessero fatto richiesta e a tale copertura assicurativa aveva aderito la Dr. H. in data 9.3.2020, sottoscrivendo il modulo di adesione cui seguiva, da parte dell'Assicuratore (*omissis*), il Certificato di Assicurazione n. 223210.

Quindi, la terza chiamata eccepiva preliminarmente la nullità del contratto stipulato in data 9.3.2020 tra la stessa e la convenuta, ai sensi dell'art. 1895 c.c. che affermava, in punto di inesistenza del rischio, che il contratto era nullo se il rischio non era mai esistito o aveva cessato di esistere prima della conclusione del contratto, configurandosi il rischio nella c.d. "alea" e cioè alla probabilità statisticamente valutabile che si fosse verificato il fatto temuto, così che, se alla stipula del contratto il fatto si era già verificato, ai sensi della norma di cui sopra il contratto era nullo.

Ed infatti, dalla documentazione versata in atti e segnatamente dalla raccomandata a/r con la quale il legale di parte attrice chiedeva formalmente alla convenuta il risarcimento del danno subito dal D.R. e la invitava a contattare la propria compagnia assicurativa per la responsabilità professionale, risultava che detta raccomandata era stata spedita il 26.2.2010 e ricevuta il 1.3.2020, mentre il contratto assicurativo veniva stipulato in data 9.3.2010, vale a dire otto giorni dopo che il rischio aveva cessato di esistere.

La chiamata in causa, sempre in via preliminare, chiedeva dichiararsi la nullità del contratto assicurativo contratto con la convenuta ai sensi dell'art. 1892 c.c. in forza del quale affermava che, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che se l'assicuratore le avesse conosciute non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime

condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, erano causa di annullamento del contratto allorché il contraente aveva agito con dolo o colpa grave e nel caso, la richiesta della convenuta, nello stipulare la polizza in data 9.3.2010 e nel sottoscrivere il frontespizio del modulo di adesione, dichiarava espressamente di aver ricevuto e letto le condizioni di polizza e di accettarle integralmente, dichiarava di approvare specificamente gli articoli della polizza n. 708/1260 laddove l'art. 20, alla voce inizio e termine della garanzia, affermava che l'assicurazione valeva per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, "... purché conseguenti ad un comportamento colposo posto in essere non oltre due anni prima della data di effetto della copertura assicurativa. La garanzia non è operante per i danni conseguenti a fatti o circostanze già a conoscenza dell'assicurato all'inizio del periodo di assicurazione" e nel caso di specie, quando la convenuta, in data 9.3.2010 aveva stipulato il contratto di assicurazione, era a conoscenza della richiesta risarcitoria dell'attore, ricevuta il 1.3.2010, con evidente circostanza che la suddetta, al momento della stipula dell'assicurazione, aveva omesso di informare la Compagnia di un fatto che avrebbe impedito la conclusione dell'accordo, vale a dire di aver ricevuto, per la prima volta, la richiesta risarcitoria da parte del D.R. antecedentemente al 9.3.2010, data di sottoscrizione della polizza, integrata dalla convenuta in data 25.5.2020 anche al rischio per interventi chirurgici, con conseguente sorte di tale integrazione uguale a quella del contratto principale. La terza chiamata, nel merito, si associava alle difese della convenuta sia per l'*an* che per il *quantum*.

La (*omissis*) ASSICURAZIONI S.P.A. concludeva, pertanto, chiedendo, in vis riconvenzionale, dichiararsi la nullità del contratto n. 708/1269 stipulato tra la medesima e la convenuta chiamante in causa, identificata con il certificato di assicurazione n. 23210 ai sensi dell'art. 1985 c.c. nonché l'annullamento del detto contratto ai sensi dell'art. 1892 c.c. e nel merito, chiedeva il rigetto della domanda attrice nei confronti della convenuta perché infondata in fatto e in diritto.

All'udienza del 16.10.2013 il Giudice concedeva alle parti i termini per il deposito delle memorie di cui all'art.183, comma 4, nn.1, 2 e 3, c.p.c., alla successiva del 2.4.2014 riservava la decisione sulle rispettive richieste delle stesse e con ordinanza del 14.4.2014, ritenuto che,



preliminarmente, dovesse essere espletata C.T.U. medico legale come richiesta da parte attrice nell'atto introduttivo del giudizio, nominava il Dr. L.L. quale Ausiliario e fissava per il conferimento dell'incarico l'udienza del 29.10.2014, dove veniva concesso termine per il deposito dell'elaborato e per repliche ai C.T.P. ed il giudizio rinviato al 24.6.2015, differito al 25.11.2015 ed ancora al 20.1.2016, in attesa del deposito della C.T.U.

All'udienza del 20.1.2016, su richiesta di parte attrice, veniva concesso alla stessa termine per deposito di osservazioni e repliche alla C.T.U., autorizzazione al deposito di copia di cortesia delle osservazioni alla C.T.U. del proprio C.T.P. depositate telematicamente e si disponeva il richiamo a chiarimenti del C.T.U. per l'udienza del 21.9.2016, rinviata al 26.10.2016 per la mancata presenza del C.T.U.

In detta udienza veniva chiesto all'Ausiliario di integrare la propria Relazione con quanto rilevato dal C.T.P. di parte attrice ed il giudizio veniva rinviato all'udienza del 22.3.2017 e quindi al 7.6.2017, dove il Giudice, con ordinanza in pari data, ritenuta la causa esaurientemente istruita con la copiosa documentazione versata in atti e con l'espletata C.T.U. fissava, per precisazione delle conclusioni, l'udienza del 31.10.2018, rinviata d'Ufficio al 21.11.2018 e rassegnate in detta sede, a seguito delle quali la causa veniva trattenuta in decisione, con concessione dei termini per il deposito di memorie conclusive e repliche decorrenti dal 13.2.2019.

Secondo la costante ed anche recente produzione giurisprudenziale, in tema di responsabilità civile medico -chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie) e del relativo nesso di causalità con l'azione od omissione dei sanitari, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, "del più probabile che non", restando a carico dell'obbligato, sia esso il sanitario o la struttura, la prova che la prestazione sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile (Tribunale - Rieti, 28/09/2020, n. 386). In particolare, l'obbligazione assunta dal medico nei confronti del paziente ha natura contrattuale, sicché incombe sul debitore provare che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità

della prestazione derivante da causa a lui non imputabile e più specificamente, dimostrato dal paziente danneggiato il contratto (o il contatto sociale) nonché l'aggravamento della patologia sofferta o l'insorgenza di un'altra affezione e allegato dallo stesso l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno, compete a questi dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato o che esso, pur esistendo, è stato eziologicamente non rilevante o comunque a lui non imputabile. Dal che consegue che, in definitiva, spetta al medico provare l'inesistenza del nesso causale, e non al paziente l'esistenza dello stesso (Tribunale - Crotone, 27/08/2020, n. 723) e dimostrare di aver correttamente adempiuto o che gli esiti peggiorativi siano derivati da un evento imprevisto o imprevedibile, non imputabile o non riconducibile alla condotta sanitaria, prova che va fornita dimostrando di aver osservato nell'esecuzione della prestazione sanitaria la diligenza normalmente esigibile da un medico in possesso del medesimo grado di specializzazione. (Tribunale - Novara, 25/08/2020, n. 388; Tribunale sez. II - Napoli, 27/07/2020, n. 5332).

Ciò premesso, dalla corposa documentazione prodotta in atti dall'attore è risultato che questi, a seguito di un evento traumatico subito all'occhio sinistro, si recava al Pronto Soccorso dell'(*omissis*) in data 26.8.2009 (v. doc. n. 1) per "... l'insorgenza di sensazione di corpo estraneo sopravvenuto all'os dopo aver giocato in spiaggia, ..." sostenendo nel proprio atto introduttivo di essere stato colpito da una pallonata mentre giocava a *beach volley*. Gli veniva effettuato un lavaggio con soluzione fisiologica e prescritto collirio, con prescrizione di evitare esposizione a fonti di irritazione quali polvere o raggi solari diretti, lavaggi da continuare se si fosse presentato dolore nei prossimi giorni o fastidio agli occhi con rossore e iperemia congiuntivale e sensazione di dolore urente, applicazione di collirio per 5/6 giorni 2-3 volte al giorno e valutazione del curante. Dopo diciannove giorni dall'accesso al Pronto Soccorso e dalla prescrizione della terapia, in data 14.9.2009, evidentemente perdurando il disturbo, l'attore si recava in visita dal medico oculista di fiducia, Dr.ssa D.H. (ved. doc. n. 2), come da certificazione emessa dalla stessa, dalla quale risulta nome, cognome, specializzazioni ed esercizio presso il (*omissis*), svoltasi nell'ambulatorio della medesima in (*omissis*), come asserito dall'attore e non contestato dalla convenuta, documento privo di firma e come descritto dal C.T.U. come "Certificato specialistico oculistico privo di data e firma (la visita in data

14.9.2009 presso il detto professionista è dato incontestato e pacifico *n.d.r.*) su carta intestata della Dott.ssa D.H. "... dal quale risulta visus OD 10/10 OS 6/10 con indicazione di correzione ed inoltre segmento anteriore "nn" e *fundus* "nella norma" bilateralmente" nonché prescrizione di lenti correttive"; prescrizione di lenti correttive del 14.9.2009 su carta intestata della Dott.ssa H.D.; prescrizione terapeutica datata 14.9.2009 redatta su carta intestata della Dott.ssa H.D. per 45 giorni.

Decorso il detto termine, dal doc. n. 3 emerge che il D.R. si recava a visita in data 3.11.2009, come pacificamente ammesso e non contestato, presso "(*omissis*) Responsabile Dott.ssa D.H. Specialista in Oftalmologia Specialista in Oncologia" la quale, come emerge dalla sigla apposta in calce al detto documento identica a quella apposta sul doc. n. 2, prescriveva OCT macula Occhio Sinistro e Fluorangiografia.

Rivoltosi ad altro professionista il giorno seguente, Prof. E.D.F. in (*omissis*), come emerge dal doc. n. 4 di parte attrice, questi rilevava il distacco della retina dell'occhio sinistro con indicazione di necessità di ricovero per intervento, prescrizione di esame RX occhio sinistro e prescrizione di terapia medica locale.

Sono stati depositati dall'attore i certificato relativi alle visite ambulatoriali presso il Prof. D.F. in data 1.12.2009 e 14.6.2010, scheda relativa al ricovero dello stesso dal giorno 11.11.2009 al 13.11.2009 e quindi dal 23.11.2009 al 24.11.2009 per "OS: distacco di retina persistente in esiti di cerchiaggio fachico" e di intervento chirurgico di arretramento del detto cerchiaggio in data 23.11.2009, scheda relativa alla terapia all'atto della dimissione su scheda dell'U.O. di Oculistica dell'Ospedale di (*omissis*) a firma del Dr. F. in data 24.11.2009, certificato specialistico del Prof. D.F. del 14.6.2010 nel quale si dichiara l'intervenuta guarigione clinica con postumi da valutare.

Con certificazione del 1.12.2009 (v. doc. n. 9 di parte attrice) il Prof. D.F., specialista in Oculistica, affermava di aver visitato D.R. che presentava un deficit visivo a carico dell'occhio sinistro a seguito di un trauma subito in data 26.8.2009 con un pallone, che "in visite eseguite precedentemente era stata praticata una terapia ad uso topico pur avendo spiegato al medico che aveva una visione centrale deformata e una riduzione del campo visivo come avesse una

tenda davanti all'occhio... Era evidente ampio distacco di retina che coinvolgeva estesamente la regione maculare con grande rottura retinica ore 6 in sede equatoriale. L'occhio destro non presenta alcuna alterazione...”.

In sede di accertamento peritale innanzi al C.T.U. ed ai periti di parte, l'attore ha dichiarato di avere avuto sporadici rapporti professionali con la convenuta per se stesso e per il figlio, che la stessa gli aveva, in passato, prescritto occhiali per l'astigmatismo e lo Specialista Oculista in ausilio del C.T.U. Dr. S. afferma che “...l'origine del distacco di retina accusato dal Sig. D.R. è sicuramente da far risalire al trauma accusato durante la partita di beach volley dell'agosto 2009. Il trauma attraverso la compressione del bulbo oculare ha provocato un'alterazione del gel vitreale. Da questo si è scatenata una catena di eventi che ha portato dapprima alla formazione di una rottura retinica e poi alla formazione di un distacco di retina” per poi concludere, in modo contraddittorio, affermando che “Quando questi processi si siano verificati è a mio parere, impossibile da stabilire. Tuttavia a favore di una relativa recente insorgenza del distacco (inferiore ad un mese) depongono sia la presenza di una rottura di grandi dimensioni che l'assenza dei segni tipici del distacco di vecchia data. A favore di un distacco di vecchia data (più di un mese) solo il fatto che la rottura fosse inferiore...” il che portava il C.T.U. a sostenere di non essere in grado di poter rilevare l'esistenza di un effettivo errore tecnico nell'esecuzione della visita medica oculistica del 14.9.2009 ovvero di un difetto diagnostico, aspetti comunque presenti, su base documentale, alla visita del 3.11.2009, non risultando possibile correlare con certezza un maggior danno biologico, sia esso temporaneo che permanente, ad una eventuale responsabilità professionale della professionista convenuta in relazione alla prestazione del 14.9.2009, conclusione confermata anche in sede di richiamo anche se, osserva lo scrivente, tra il 14 settembre ed il 3 novembre non è certo intercorso un lungo periodo e una rottura retinica tanto estesa ravvisata il 4 novembre depone proprio per un evento di breve data e ravvisabile, con l'uso della normale diligenza, da parte del medico professionista cui si era rivolto l'attore, attuale parte convenuta

Si contrappone, in effetti, alle valutazioni dell'Ausiliare del C.T.U. e quindi alle incerte conclusioni rassegnate dal C.T.U., il C.T.P. dell'attore, Prof. M.B. che, in primo luogo, rileva che, tra la prima e la seconda visita effettuata dalla convenuta sul D.R., a distanza di 45 giorni

l'una dall'altra come da questa prescritto, la medesima, che nel corso della prima non aveva formulato alcuna diagnosi, richiedeva un approfondimento diagnostico, OCT e Fluoroangiografia, anche in questo caso, come emerge dal documento già esaminato, senza formulare diagnosi alcuna, né una valutazione del visus né un esame del *fundus* oculare, come rilevato anche dal C.T.U., che il Prof. B. asserisce essere elementi di primaria importanza nell'ambito di una valutazione oculistica e la cui assenza "... è espressiva di una rilevante superficialità di condotta tecnica" e che, fatto ben più rilevante, il giorno dopo, 4.11.2009, lamentando il D.R. gravi disturbi visivi (tali da aver indotto il medico attuale convenuto a disporre ulteriori accertamenti *n.d.r.*), questo si rivolgeva ad un altro specialista, il Prof. D. F., che "... diagnosticava un grave ed esteso distacco di retina ponendo l'immediata indicazione all'intervento chirurgico". L'Ausiliario del C.T.U., a tal proposito, evidenzia che, in occasione della visita del 3 novembre 2009, la convenuta "... ha evidenziato qualche problema, avendo prescritto OCT ed una fluoroangiografia. Probabilmente la diagnosi non era corretta o incerta perché per un distacco di retina non servono gli esami prescritti ma la diagnosi è semplicemente oftalmoscopica e la prescrizione DEVE essere quella di intervento chirurgico" per poi apoditticamente, a parere di chi scrive, affermare "... Tuttavia ritengo che questo non abbia rilevanza poiché il giorno successivo la diagnosi è stata posta (Prof. D.F. 4.11.2009) e la paziente (*rectius*: il paziente *n.d.r.*) è stata avviata (o *n.d.r.*) correttamente e tempestivamente al percorso chirurgico" dato, si aggiunge, il rilevato "grave ed esteso distacco di retina" che porta a far concludere al Prof. B. che "In concreto la specialista commetteva, in occasione della visita del 3 novembre, un errore grossolano non individuando una lesione retinica che la semplice valutazione diretta era sufficiente a diagnosticare, come fatto il giorno seguente dal Prof. D.F.". Non avendo spiegato il detto ausiliario del C.T.U. che cosa avesse inteso per lesione di "vecchia data" e "lesione recente" tale da far indurre in dubbio il C.T.U. circa segni di pregresso distacco della retina risalenti già dalla visita del 14.9.2009 effettuata dalla convenuta sull'attore, giustamente il Prof. B. rileva che "... non è che al momento della prima visita fosse già in atto un grossolano distacco della retina, ma che fossero certamente presenti le lesioni vitreali o una circostanza di rottura periferica di retina che prevedevano il distacco e che un esame accurato del fondo dell'occhio avrebbe potuto far evidenziare a maggior ragione considerati i sintomi lamentati da paziente ed il pregresso traumatismo del quale era rimasto vittima... In sostanza la

Dr.ssa commetteva un errore per non aver effettuato, come l'anamnesi del soggetto ed i sintomi lamentati dallo stesso imponevano, un accurato esame del fondo dell'occhio individuando lesioni iniziali suscettibili di trattamento né è sostenibile che l'esame obiettivo fosse effettivamente negativo perché in questo caso verrebbe meno la sequenza degli eventi rappresentati dallo stesso Dr. S. (Oculista affiancante il C.T.U. *n.d.r.*) e non si sarebbe giunti ad un distacco così massivo della retina", non rilevato dalla convenuta neanche a seguito della visita eseguita il 3.11.2009, "... richiedendo accertamenti non pertinenti quanto inutili per una condizione patologica che, come sottolineato dall'Ausiliare del C.T.U., poteva essere facilmente diagnosticata mediante un semplice esame oftalmoscopico". Un comportamento omissivo o quantomeno negligente della convenuta, conclude il Prof. B., rilevabile anche in occasione della visita del 14.9.2009 per non aver riconosciuto lesioni vitreo retiniche iniziali e per non aver valorizzato i sintomi ed effettuato un esame "doverosamente accurato" stante comunque le problematiche evidenziate dal paziente al quale, dopo aver subito un trauma oculare e lamentato disturbi visivi, la convenuta prescriveva dei colliri, l'uso di occhiali (rilevando evidentemente problemi visivi *n.d.r.*) e controllo dopo 45 giorni.

Come emerge dalla letteratura medica consultata dallo scrivente, il distacco della retina si verifica quando la membrana più interna dell'occhio si stacca dai suoi tessuti di sostegno, può manifestarsi con la visione di fasci luminosi o corpuscoli in movimento, associata ad offuscamento ed improvvisa riduzione della vista e senza un trattamento immediato potrebbe verificarsi una cecità totale o parziale dell'occhio colpito; una delle cause di distacco di retina è conseguente ad un infortunio al viso o al bulbo oculare; tanto prima viene diagnosticato un distacco di retina tanto maggiori saranno le probabilità di non compromettere la vista e durante una visita oculistica approfondita viene valutata l'acuità visiva e l'integrità della porzione posteriore dell'occhio mediante oftalmoscopia. Il distacco della retina è trattato come "emergenza medica": se l'intervento è immediato il rischio di perdere definitivamente la vista nell'occhio colpito è minore (v., *ex multis*, siti internet: [www.Humanitas.it](http://www.Humanitas.it); [www.essilor Italia.it](http://www.essilor Italia.it); [www.masdmanuals.com](http://www.masdmanuals.com)).

A questo punto, con espresso riferimento a quanto già evidenziato nell'incipit della presente motivazione, in tema di responsabilità medica questa va inquadrata nella responsabilità da

inadempimento *ex art.* 1218 c.c., con le note conseguenze in tema di oneri di allegazione e probatori, vale a dire che il paziente deve provare la esistenza del contratto (o il contatto sociale qualificato) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia con l'allegazione di qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, restando poi a carico del sanitario convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno. Il paziente ha, dunque, solo l'onere di allegare (ma non di provare) la colpa del medico; quest'ultimo, invece, ha l'onere di provare che l'eventuale insuccesso dell'intervento, rispetto a quanto concordato o ragionevolmente attendibile, è dipeso da causa a sé non imputabile. (Tribunale sez. I - Milano, 16/07/2020, n. 4382 ;Tribunale - Chieti, 03/08/2020, n. 433) e l'attuale attore ha dimostrato, con l'allegata documentazione medica sia il contratto di prestazione medica intercorso con la convenuta, sia allegato, adducendo circostanze concrete, precise e concordante, l'inesatto e negligente comportamento della stessa, suffragato, in buona sostanza, anche dall'espletata C.T.U. il cui richiamo al principio del "più probabile che non" induce proprio a ritenerne la configurazione in relazione all'aggravamento della patologia subita dall'attore, circostanze cui la convenuta non ha contrapposto alcunché atto a confutarle, non ha dimostrato di aver tenuto una diligente condotta professionale nella cura del paziente attuale convenuto non avendo valutato giustamente i sintomi, pur presenti e che avevano indotto l'attore a consultarla sin dal 14.9.2009 e non avendo espletato, nell'immediato, gli opportuni esami atti a prevenire il grave distacco retinico evidenziato dopo solo un giorno dalla seconda visita effettuata sul D.R. dalla convenuta che, apparentemente, neanche in questo caso, rilevava la serietà della situazione, prescrivendo esami inutili "...perché per un distacco di retina non servono gli esami prescritti ma la diagnosi è semplicemente oftalmoscopica e la prescrizione DEVE essere quella di intervento chirurgico" (v. Relazione Dr. B. Ausiliare del C.T.U.).

Il comportamento a dir poco imprudente del professionista è dimostrato, a parere di chi scrive, anche da quello tenuto successivamente alla richiesta di risarcimento del danno formulata dal Legale dell'attore per la prima volta con raccomandata del 26.2.2010 (v. doc. n.

19 di parte attrice) con la quale, dopo aver ripercorso tutta la vicenda del medesimo concludeva “Essendo visibile dai fatti esposti una Sua grave responsabilità professionale per omessa diagnosi, con la presente formulo richiesta di risarcimento di tutti i danni subiti e subendi dal mio assistito in conseguenza del Suo operato... Sarà cura del mio assistito farle pervenire certificato medico di guarigione clinica, quando lo stesso sarà stato emesso, nonché relazione di conseguente quantificazione dei postumi che, purtroppo, ormai senza dubbio residueranno. Allo stato La invito a denunciare il fatto alla compagnia Assicurativa che assicura la Sua responsabilità professionale, qualora esistente”. A tale missiva, spedita con raccomandata RR del 26.2.2010 alla D.ssa D.H. presso il (*omissis*), dove la stessa prestava servizio, come emergente dalla sua carta intestata e regolarmente ricevuta da soggetto a ciò abilitato e incaricato in data 1.3.2010, non veniva dato alcun riscontro da parte della destinataria che, in questa sede ha, a tal proposito, effettuato una lunga disamina circa modalità e tempi del recapito postale in genere e della detta raccomandata in particolare, senza tuttavia addurre alcuna prova, diretta o contraria, orale o scritta, utile a dimostrare che effettivamente il plico le sia stato consegnato in ritardo rispetto l'effettivo ricevimento in quanto ricevuto da soggetto solo asseritamente non legittimato ed anzi, con missiva alla propria Compagnia Assicurativa in data 18.3.2010, allegava proprio tale raccomandata di richiesta di risarcimento danni affermando “di averla ricevuta in data 17 marzo” senza dare altra spiegazione(v.doc.n.1 di parte convenuta). Ricordiamo a noi stessi che la raccomandata con avviso di ricevimento o con ricevuta di ritorno fa piena prova non solo dell'avvenuta spedizione, ma anche e soprattutto della ricezione della raccomandata, cioè dell'avvenuta consegna al destinatario. La cartolina di ritorno ha un vero e proprio valore legale, nel senso che fa prova, in Tribunale, della spedizione e della ricezione: il timbro e la firma che viene apposta su di essa dal postino equivale a certificazione di un pubblico ufficiale a tutti gli effetti e la sua produzione in giudizio costituisce prova certa della spedizione, attestata dall'ufficio postale attraverso la relativa ricevuta, dalla quale consegue la presunzione dell'arrivo dell'atto al destinatario e della sua conoscenza ai sensi dell'art. 1335 c.c., presunzione superabile mediante prova contraria, non dando luogo detta produzione ad una presunzione *iuris et de iure* di avvenuto ricevimento dell'atto, contestazione che, tuttavia e come precisa la Giurisprudenza, non può essere generica, dovendo invece essere specifica e sorretta da elementi di prova dovendo, il



destinatario, negare di aver ricevuto l'atto non tramite una generica negazione, bensì confutando specificatamente "la concreta rilevanza probatoria dell'atto *ex adverso* prodotto, al fine di superare la presunzione da esso derivante" (Cassazione civile sez. III - 20/06/2011, n. 13488; Cassazione civile sez. III, 04/06/2007, n. 12954) Ciò, tuttavia, nel caso di specie non si è verificato ed addirittura tornava indietro, al mittente, in quanto "NON RITIRATO", il plico postale inviato dal Legale dell'attore alla convenuta presso la residenza della stessa in (*omissis*), Loc. S.M.D. in data 3.8.2010, avendo la stessa indicato unicamente, nella sua carta intestata, il luogo di lavoro e segnatamente il (*omissis*) (v. doc. nn. 2 e 3 di parte attrice). A fronte di ciò, in data 9.3.2010, la convenuta sottoscriveva, per la prima volta, modulo di adesione alla convenzione (*omissis*) ASSICURAZIONI S.P.A., Polizza di Responsabilità Civile professionale del medico Oftalmologo, (quindi stipulava materialmente e per la prima volta una polizza assicurativa per responsabilità professionale *n.d.r.*), cui seguiva, da parte dell'Assicuratore (*omissis*), il Certificato di Assicurazione n. 223210 (v. doc. n. 1 di parte terza chiamata) e ciò in violazione di quanto espressamente previsto dall'art. 1895 c.c. in quanto, dalla documentazione esaminata, risulta che la convenuta ha contratto la polizza assicurativa dopo la richiesta risarcitoria inviata dal legale del D.R. in data 26.2.2010, recapitato presso il luogo di lavoro e ricevuto da soggetto a ciò abilitato il giorno 1.3.2010, con conseguente nullità del contratto di assicurazione ai sensi della norma di cui sopra, perché contratto successivamente al verificarsi del rischio garantito e quando questo aveva cessato di esistere, come sancito da Cassazione civile sez. III - 13/03/2014, n. 5791 che afferma: "Ai fini della validità del contratto di assicurazione della responsabilità civile, non è consentita l'assicurazione di un rischio i cui presupposti causali si siano già verificati al momento della stipula, dovendo essere futuro rispetto a tale momento non il prodursi del danno, quanto l'avversarsi della causa di esso, senza che rilevi che il concreto pregiudizio patrimoniale si sia poi verificato dopo la conclusione del contratto, in quanto conseguenza inevitabile di fatti già avvenuti in precedenza" e ciò in quanto il contratto di assicurazione, diretto a indennizzare l'assicurato per le conseguenze negative derivanti dalla invalidità permanente, è nullo per inesistenza del rischio qualora tale invalidità sussista prima della conclusione del contratto (Corte appello - Cagliari, 24/01/1992), come verificatosi nel caso di specie.

Accertata e dichiarata, quindi, la responsabilità della Dr. T.D.H. per l'aggravamento della patologia che aveva colpito l'attore D.R. per l'omessa e tempestiva diagnosi di rottura retinica dell'occhio sinistro dello stesso nel corso della visita effettuata in data 14.9.2009 ed accertata e dichiarata la nullità del contratto di assicurazione per la responsabilità civile nell'esercizio della professione dalla stessa contratta con la (*omissis*) ASSICURAZIONI S.P.A. oggi (*omissis*) ASSICURAZIONI S.P.A. ai sensi dell'art. 1895 c.c. la stessa è tenuta al risarcimento del danno spettante al danneggiato ed attuale attore che, condividendo la valutazione del C.T.U. in ordine alla sussistenza ed entità del danno biologico, di ITT e ITP negli importi aggiornati dal D.M. 22.7.2019 pubblicato nella G.U. serie Generale n. 189 del 13.8.2019 e decorrenti dal mese di Aprile 2019 in base alla Tabella per il calcolo del danno biologico da lesioni micropermanente (applicabile al danno da responsabilità medica *ex* l. 8.11.2012 n. 189 e l. 8.3.2017 n. 24) viene liquidato, considerato che il danneggiato all'epoca del sinistro aveva compiuto 54 anni come segue: euro 10.670,19 per danno biologico permanente determinato in ragione dell'8%, euro 1.424,70 per danno biologico temporaneo totale e parziale (20 giorni totale + 20 giorni parziale al 50%), euro 4.031,23 per danno morale nella misura tabellare del 33,33%, euro 1.350,00 per spese riconosciute dal C.T.U. come congrue e giustificate e così euro 17.476,12 complessivi, cui va aggiunta la rivalutazione monetaria dall'aprile 2019 al saldo e gli interessi legali sulla somma via via devalutata dal 14.9.2009 al saldo.

Non si ritiene di dover rimborsare, in favore dell'attore, la somma di euro 5.600,00 di cui all. n. 30 delle sue produzioni per asserite prestazioni in suo favore del Dr. E.C.G. in quanto il documento non è stato sottoscritto dal detto professionista e si riferisce a prestazioni generiche, non riportate in alcun documento clinicamente rilevante, prive di data specifica di esecuzione della prestazione medica stessa e della sua causale, né tali spese risultano effettivamente sostenute dall'attore.

Le spese seguono la soccombenza

P.Q.M.

Il G.O.T. del Tribunale di Perugia, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta dal Sig. D.R., nato a (*omissis*) il ... ed ivi residente in Via C.T., C.F. ... contro la Dr. T.D.H., nata

a *(omissis)* il ..., C.F. ..., residente in *(omissis)* Loc. S.M.D. e con la chiamata in causa, da parte di quest'ultima della *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. oggi *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. con sede in, *(omissis)* P.I. ... in persona del Dr. A.P., giusta procura Notaio M. E. di *(omissis)* del 3.11.2010, rep. n.86067 racc. 15838.

Accoglie la domanda e per l'effetto, dichiara la responsabilità professionale della Dr. T.D.H. per l'aggravamento della lesione all'occhio sinistro conseguente al trauma subito dall'attore D.R. casualmente connessa all'omessa e tempestiva diagnosi, da parte della prima, di rottura retinica dell'occhio sinistro del secondo nel corso della visita effettuata in data 14.9.2009.

Accoglie la domanda riconvenzionale della terza chiamata in causa *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. oggi *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. in persona del legale rappresentante pro tempore e per l'effetto, dichiara nullo e privo di effetti il contratto n.708/1269 stipulato in data 9.3.2009 dalla stessa contratta con la *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. oggi *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. identificata con certificato di assicurazione n.23210, ai sensi dell'art. 1895 c.c. e pertanto rigetta la domanda di manleva proposta con la chiamata in causa dalla Dr. T.D.H. nei confronti di *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. oggi *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A.

Condanna la Dr. T.D.H. al pagamento, in favore di D.R., a titolo di risarcimento del danno a seguito della riscontrata responsabilità professionale della prima, delle seguenti somme: euro 10.670,19 per danno biologico permanente determinato in ragione dell'8%, euro 1.424,70 per danno biologico temporaneo totale e parziale (20 giorni totale + 20 giorni parziale al 50%), euro 4.031,23 per danno morale nella misura tabellare del 33,33%, euro 1.350,00 per spese riconosciute dal C.T.U. come congrue e giustificate e così euro 17.476,12 complessivi, cui va aggiunta la rivalutazione monetaria dall'aprile 2019 al saldo e gli interessi legali sulla somma via via devalutata dal 14.9.2009 al saldo;

Condanna la Dr. T.D.H. al pagamento delle spese dell'espletata C.T.U. e al pagamento delle spese di lite in favore di D.R. ed in favore della chiamata in causa *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. oggi *(omissis)* ASSICURAZIONI S.P.A. in persona del legale rappresentante pro tempore, liquidate come segue:

quanto a D.R.: euro 668,00 per spese, euro 7.795,00 per compenso professionale, oltre IVA, CAP. e Rimborso Forfettario come per legge;

quanto a (*omissis*) ASSICURAZIONI S.P.A. oggi (*omissis*) ASSICURAZIONI S.P.A. in persona del legale rappresentante pro tempore: euro 7.795, 00 per compenso professionale, oltre IVA, CAP e Rimborso Forfettario come per legge.

Perugia 17.12.2020

IL G.O.T.

Dr. (*omissis*)