

Abstract. La natura contrattuale della responsabilità medica impone all'Azienda ospedaliera di rispondere, ex art. 1228 c.c., dei fatti dolosi o colposi posti in essere da tutti i dipendenti di cui si avvale. Peraltro l'attività sanitaria, pur concretizzandosi in un'obbligazione di mezzi, è assoggettata, in punto di diligenza nell'esecuzione della prestazione, al disposto di cui all'art. 1176, comma 2, c.c., e, pertanto, richiede una precisione nell'esecuzione proporzionale alla natura dell'attività svolta. Ciononostante l'Azienda ospedaliera convenuta per il risarcimento del danno potrà liberarsi da ogni responsabilità, a norma dell'art. 1218 c.c., solo provando di aver agito con la diligenza richiesta nel caso concreto o che il danno lamentato dal paziente sia derivato da eventi preesistenti, imprevisi o imprevedibili.

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI TERNI**

in composizione monocratica, nella persona del dr. -----, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al nnnn. del ruolo generale per gli affari contenziosi civili dell'anno -----, posta in decisione all'udienza del --
-----, e vertente

TRA

XXXX elettivamente domiciliato in Terni, -----, presso lo studio del procuratori, Avv.ti QQQQ e QQQQ, che lo rappresentano e difendono per procura estesa a margine della citazione;

ATTORE

E

AZIENDA OSPEDALIERA YYYY, elettivamente domiciliata in Terni, ---
-----, presso lo studio del procuratore, Avv. LLLL, che la rappresenta e difende
per procura estesa in calce alla citazione notificata;

CONVENUTO

E

AZIENDA OSPEDALIERA ZZZZ elettivamente domiciliata in Terni, ----
-----, presso lo studio del procuratore, Avv. DDDD; rappresentata e difesa
dagli Avv.ti SSSS ed SSSS per procura estesa in calce alla comparsa di
risposta;

CONVENUTO

E

ASSICURAZIONE PPPP elettivamente domiciliata in Terni, in Via -----, e in
Via-----, rispettivamente presso lo studio dei procuratori Avv.ti HHHH e
HHHH; rappresentato e difeso dagli Avv.ti GGGG, GGGG, GGGG e GGGG
per procure estese in calce agli atti di citazione per chiamata in causa
notificatogli;

**CHIAMATO IN CAUSA SU ISTANZA DI AZIENDA OSPEDALIERA
YYYY e AZIENDA OSPEDALIERA ZZZZ**

E

ASSICURAZIONE WWWW - elettivamente domiciliata in Terni, -----,
presso lo studio del procuratore, Avv. TTTT, che la rappresenta e difende per
procura estesa a margine della comparsa di risposta;

**CHIAMATA IN CAUSA SU ISTANZA DI AZIENDA OSPEDALIERA
YYYY**

E

ASSICURAZIONE UUUU e **ASSICURAZIONE FFFF**, elettivamente
domiciliate in Terni, -----, presso lo studio del procuratore, Avv. AAAA, che
li rappresenta e difende per procure estese in calce agli atti di citazioni
rispettivamente notificatigli;

**CHIAMATE IN CAUSA SU ISTANZA DI AZIENDA OSPEDALIERA
YYYY**

E

ASSICURAZIONE BBBB S.p.A. elettivamente domiciliata presso la cancelleria del Tribunale adito; rappresentata e difesa dagli Avv.ti MMMM e MMMM per procura estesa in calce alla comparsa d'intervento volontario;

INTERVENIENTE VOLONTARIO ADESIVO DIPENDENTE

OGGETTO: altre ipotesi di responsabilità extracontrattuale non ricomprese nelle altre materie

CONCLUSIONI

All'udienza di precisazione delle conclusioni del ----- i procuratori delle parti hanno così rassegnato le proprie conclusioni: come da verbale d'udienza del -----;

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

XXXX deduce: che il 29 novembre 1996 veniva ricoverato presso l'Ospedale YYYY per distacco retinico in miopia degenerativa relativamente all'occhio sinistro; che il 3 dicembre 1996 veniva sottoposto ad intervento chirurgico all'occhio sinistro consistente in un cerchiaggio episclerale con benderella di silicone e diatermia in sede di con atto di citazione renotificato il 5 marzo 2007 %%%%, %%%%, %%%% e %%%%; che mentre il giorno successivo la retina risultava aderente, il 5 dicembre 1996 veniva rilevato un distacco di coroide anulare in corrispondenza dell'indentazione del cerchiaggio; che il 9 dicembre 1996 veniva dimesso; che il 13 dicembre 1996 veniva nuovamente ricoverato a causa di riscontrato distacco retinico inferiore; che %%%% convennero in giudizio **AZIENDA OSPEDALIERA YYYY**, esponendo: che il 17 dicembre 1996 veniva sottoposto ad un secondo intervento con piombaggio episclerale infero temporale, puntura evacuativa e diatermia; che il 24 nell'aprile 2004 %%%% era stato sottoposto presso la divisione di chirurgia generale ed epatobiliare dell'Ospedale YYYY ad intervento chirurgico per carcinoma del colon sinistro con resezione del trasverso, della flessura splenica e di parte del 1996 veniva dimesso; che il 27 gennaio 1997 nel corso di una visita di controllo veniva riscontrata nell'occhio sinistro una recidiva di distacco retinico con forte

proliferazione vitreo retinica (PVR); che di conseguenza i sanitari del nosocomio ternano lo inviavano all'ospedale ZZZZ per sottoporsi a vitrectomia; che il 26 aprile 1997 veniva operato presso l'ospedale romano di vitrectomia, retinotomia, immissione di olio di silicone ed endolaser; che a seguito della progressione di una cataratta nell'occhio sinistro, il 25 settembre 1998 nuovamente veniva

ricoverato presso l'ospedale ZZZZ e sottoposto ad intervento di estrazione extracapsulare della cataratta; che il 6 aprile 2000 veniva operato presso l'ospedale VVVV per effettuare un intervento di rimozione di olio di silicone sempre in occhio sinistro; che il 30 maggio 2001 veniva nuovamente operato presso l'ospedale ternano allo stesso occhio di sfinterotomia e cheratoplastica perforante, per cheratopatia disciforme trasformatasi in bollosa; che la storia clinica riportata e i molteplici interventi ai quali era stato costretto a sottoporsi rinvenivano la propria genesi causale in due complicanze insorte, per grave negligenza medica, nel corso dei primi due interventi praticati presso l'ospedale ternano e consistite nel distacco di coroide e, soprattutto, nella proliferazione vitreo retinica (PVR); che la scelta terapeutica di sottoporlo a retinotomia avrebbe dovuto essere postposta all'adozione, senza successo, di altre tecniche chirurgiche meno invasive; che gli interventi chirurgici praticati presso l'ospedale ternano provocavano prima un distacco di coroide, probabilmente a causa di un cerchiaggio effettuato troppo posteriormente e, poi, la PVR; che l'intervento di retinotomia, cui il paziente veniva sottoposto presso l'ospedale ZZZZ, non avrebbe dovuto essere praticato se non dopo aver verificato l'inidoneità delle altre tecniche meno invasive; che era pertanto evidente la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale delle aziende sanitarie convenute.

L' **AZIENDA OSPEDALIERA YYYY** deduce: che il XXXX era affetto da una grave atrofia corietinica miopica in entrambi gli occhi fin dalla prima infanzia; che tale grave miopia degenerativa costituiva la causa principale della ipovedenza dell'attore; che la recidiva del distacco retinico rappresentava una possibile complicanza non evitabile propria degli interventi chirurgici praticati con metodologia episclerale; che nei casi più gravi di tale complicanza si rendeva necessario l'intervento di vitrectomia, praticato attraverso l'impiego di strumenti di microchirurgia; che di conseguenza era da escludere ogni rapporto di causalità tra le patologie insorte ai danni dell'attore e le tecniche chirurgiche praticate dai sanitari di &&&&; la responsabilità civile

invocata dall'attore costituiva oggetto di copertura assicurativa in forza di polizza Conclusa, in regime di coassicurazione, con la **ASSICURAZIONE UUUU**, **ASSICURAZIONE FFFF**, **ASSICURAZIONE PPPP** e la **ASSICURAZIONE WWWW**.

L'AZIENDA OSPEDALIERA ZZZZ deduce: che la condotta operatoria assunta dai propri sanitari era esente da ogni censura, posto che le condizioni del paziente al momento del ricovero era già compromessa da due precedenti interventi chirurgici ai quali era stato sottoposto presso il nosocomio ternano; che, a parere della letteratura specialistica in materia, proprio l'intervento di vitrectomia costituiva la tecnica terapeutica più appropriata in ipotesi di recidiva di distacco retinico; che nel corso dell'intervento de quo veniva adottate delle tecniche operatorie mirate a gestire le complicazioni presenti, ed in particolare veniva praticata un'iniezione di olio di silicone; che nonostante la incensurabile esecuzione dell'intervento di vitrectomia, il paziente andava incontro ad una delle più frequenti complicanze dello stesso, cioè la cataratta; che in punto di quantum, la domanda attorea era priva di ogni supporto probatorio; che la responsabilità civile invocata dall'attore costituiva oggetto di copertura assicurativa in forza di polizza mnnnn. conclusa con i **ASSICURAZIONE PPPP**.

L' **ASSICURAZIONE PPPP** deducono: che il solo rapporto assicurativo in essere con **AZIENDA OSPEDALIERA YYYYY** era quello di cui alla polizza mnnnnn.; che tale contratto, produttivo di effetti a decorrere dal 10 ottobre 2005 sino al 31 dicembre 2006, aveva ad oggetto esclusivamente i sinistri costituenti oggetto di richieste risarcitone avanzate all'assicurato nel periodo di validità della polizza ed afferenti ad eventi comunque verificatesi successivamente al 30 giugno 1998; che, di conseguenza, gli eventi di causa, pacificamente verificatisi prima del 30 giugno 1998, non costituivano oggetto della copertura assicurativa invocata dalla chiamante in causa; che la polizza assicurativa conclusa con **L'AZIENDA OSPEDALIERA ZZZZ** era, del pari, inoperante nel caso di specie, posto che essa riguardava sinistri comunque verificatesi non prima del 30 settembre 1999; che comunque le domande attoree erano infondate per le ragioni dedotte dalle aziende ospedaliere convenute.

La **ASSICURAZIONE WWWW** deduce: che la garanzia assicurativa invocata era inoperante dal momento che la polizza assicurativa azionata aveva ad oggetto esclusivamente gli eventuali comportamenti colposi assunti dall'assicurato nel corso dell'arco temporale di efficacia del contratto,

compreso tra il 30 giugno 1997 e il 30 giugno 1998; che i fatti oggetto di causa si erano verificati nel corso dell'anno 1996 e nel 2001; che comunque la polizza invocata era stata conclusa in regime di coassicurazione con quota a suo carico del 50%; che comunque le domande attoree erano infondate per le ragioni dedotte dalla propria assicurata.

La **ASSICURAZIONE UUUU**, deduce: che la polizza conclusa con l'azienda ospedaliera di &&&& e da quest'ultima azionata era venuta a scadenza il 31 dicembre 1996; che, di conseguenza, non avrebbero potuto costituire oggetto di copertura assicurativa le lesioni psicofisiche lamentate dal XXXX, posto che non eziologicamente collegabili con le condotte assunte dai sanitari prima della venuta a scadenza della garanzia; che comunque erano fondate le argomentazioni difensive proposte dal proprio assicurato.

L **ASSICURAZIONE BBBB** deduce: che era tenuta a manlevare l'azienda ospedaliera ZZZZ di quanto le stessa fosse stata eventualmente condannata a risarcire all'attore, in forza della polizza nnnnn. operante, *ratione temporis*, rispetto alle vicende di causa.

MOTIVI DELLA DECISIONE

OSSERVA

che la responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale (cfr. tra le molte, Cass. 22 novembre 1999, n. 589, est. Segreto); ai sensi dell'art. 1228 c.c. l'azienda ospedaliera risponde dei fatti colposi o dolosi dei terzi di cui si avvale per l'adempimento del contratto; Le responsabilità dell'ente gestore del servizio ospedaliero ha fondamento nell'esecuzione non diligente o errata della prestazione sanitario per cui, accertata la stessa, risulta contestualmente accertata la responsabilità a contenuto contrattuale dell'ente;

che la responsabilità dell'ente ospedaliero (e del medico dipendente) postula la violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività sanitaria, tra i quali quello della diligenza, che va a sua volta valutato con riguardo alla natura dell'attività e che in rapporto alla professione di medico chirurgo implica scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione professionale; il medico chirurgo è tenuto alla diligenza del debitore qualificato prevista dall'art. 1176, secondo comma, c.c. mediante il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti

che, nel loro insieme, costituiscono la conoscenza della professione medica. Il richiamo alla diligenza sta a significare applicazione di regole tecniche all'esecuzione dell'obbligo, e pertanto assume la valenza di un criterio generale ed oggettivo e non soggettivo; la diligenza assume nella fattispecie un duplice significato: parametro di imputazione del mancato adempimento e criterio di determinazione del contenuto dell'obbligazione; nella diligenza è compresa la perizia, da intendersi come conoscenza ed attuazione delle regole tecniche proprie di una determinata arte o professione;

che l'attività sanitaria è prestazione di mezzi, sì che incombe sul paziente l'onere di dimostrare quali siano state le modalità di esecuzione ritenute inadeguate; dalla natura contrattuale della responsabilità dell'ente gestore del servizio sanitario nei confronti del paziente discende l'applicazione diretta, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà la norma di cui all'art. 2236 c.c., che limita la responsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave: tale limitazione attiene esclusivamente alla perizia, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza; Incombe sulla struttura sanitaria l'onere di dimostrare che la prestazione (sanitaria) implicava la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà (cfr. Cass. 4 febbraio 1998, n. 1127);

che nessuna incompatibilità deve dirsi sussistente tra la natura contrattuale della responsabilità dell'ente ospedaliero e del medico dipendente e la risarcibilità del danno non patrimoniale subito dal paziente (ciò secondo la più recente ricostruzione ermeneutica della giurisprudenza di legittimità che riconduce all'art. 2059 c.c. anche il danno biologico, oltre che quello morale: cfr. Cass. 12 maggio 2003, n. 7281): a decidere della risarcibilità del danno non patrimoniale generato da un fatto illecito (*ex contractu*) è la natura dell'interesse leso (che deve essere di rilevanza costituzionale) e non quella della natura della responsabilità che viene in gioco (contrattuale o extracontrattuale); in questi termini ha espressamente concluso Cass. SS.UU. n. 26972 del 2008;

1. che l'istruttoria svolta ha permesso di accertare: **a)** che il XXXX è affetto da miopia sin dalla prima infanzia, con aumento progressivo di tale patologia fino ad una miopia degenerativa superiore alle 20 diottrie in entrambi gli occhi; **b)** che nel mese di ottobre 1996 l'attore iniziava a risentire di miodesopsie all'occhio sinistro; **e)** che il 29 novembre 1996, a seguito di diagnosi di distacco retinico, il XXXX si ricoverava presso l'azienda ospedaliera di Terni per trattamento chirurgico; **d)** che in data 3 dicembre 1996 il paziente veniva

sottoposto ad un intervento chirurgico consistente in un cerchiaggio episclerare con benderella di silicone e diatermia in sede di rottura; e) che il giorno successivo, 4 dicembre 1996, la retina risultava aderente ma il 5 dicembre 1996 veniva rilevato un distacco di coroide anulare in corrispondenza dell'indentazione del cerchiaggio; f) che il paziente veniva dimesso il 9 dicembre 1996, tenuto conto che l'8 dicembre la retina risultava essere aderente e che il distacco coroidale si era ridotto; g) che nel corso di una visita di controllo postoperatoria praticata dopo circa 7 gg. dalle dimissioni veniva riscontrata a carico del paziente un distacco retinico inferiore; h) che, pertanto, il XXXX veniva sottoposto il 17 dicembre 1996 ad un intervento chirurgico con piombaggio episclerare infero temporale, puntura evacuativa e diatermia; i) che il giorno successivo la retina era aderente e il piombaggio ben indentante ma, dopo circa 4 giorni, veniva rilevato un sollevamento retinico piano posteriore nonché la presenza di briglie vitreali, comunque non traenti sulla retina posteriore; l) che nel gennaio 1997, sempre nel corso di un controllo postoperatorio, veniva rilevata a carico del XXXX una nuova recidiva del distacco retinico con marcata componente reattiva (PVR), sì che l'attore veniva indirizzato verso l'ospedale ZZZZ per eseguire la vitrectomia; m) che il 26 aprile 1997 il XXXX veniva operato di vitrectomia, retinotomia, immissione di olio di silicone ed endolaser presso il predetto nosocomio romano; n) che il giorno dopo il suddetto intervento la retina era aderente; o) che nei mesi successivi si registrava la progressione di una cataratta nell'occhio sinistro, sì che il paziente veniva operato presso l' **AZIENDA OSPEDALIERA ZZZZ** il 1 ottobre 1998 (intervento di estrazione extracapsulare);

che nell'ambito della responsabilità civile un essenziale punto di partenza per l'indagine in merito alla sussistenza del c.d. rapporto di causalità in fatto (contrapposto alla causalità giuridica, nella quale sono determinate le conseguenze dannose che il responsabile dovrà risarcire, che rinviene la propria regolamentazione nell'art. 1223 c.c.) è rappresentato dalla teorica dell'equivalenza delle cause - che corrisponde al *but for test* di *common law* - e per la quale è causa ogni condizione in mancanza della quale l'evento non si sarebbe verificato; non ogni condizione astrattamente considerata, però, ma quelle che vengono in rilievo sulla base dello specifico criterio di imputazione che si ritiene operante nel caso di specie; nell'imputazione per colpa non la mera violazione di una regola di condotta è sufficiente a fondare la

responsabilità, è necessario che risulti che quella violazione sia stata la causa dell'evento;

che ciò posto, la verifica della causalità richiede il ricorso al giudizio controfattuale "costituito secondo la tradizionale doppia formula, nel senso che: a) la condotta umana è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dal novero dei fatti realmente accaduti l'evento non si sarebbe verificato; b) la condotta umana non è condizione necessaria se, eliminata mentalmente mediante il medesimo procedimento, l'evento si sarebbe ugualmente verificato [...] si è osservato che in tanto può affermarsi che, operata l'eliminazione mentale dell'antecedente costituito dalla condotta umana, il risultato non si sarebbe verificato in quanto si sappia « già da prima » che da una determinata condotta scaturisca, o no, un determinato evento" (così Cass. pen. SS.UU. 10 luglio 2002, n. 27, Franzese, pres. Marvulli, est. Canzio); lo schema condizionalistico deve pertanto essere integrato dal criterio di sussunzione sotto leggi scientifiche, che possono avere natura "universale" o "statistica", le quali ultime si limitano ad affermare che il verificarsi di un evento è accompagnato dal verificarsi di altro evento in una certa percentuale di casi e con frequenza relativa e non assoluta;

che l'individuazione della legge scientifica di copertura ha portata tipizzante, eliminando gli ampi margini di discrezionalità e indeterminatezza che, altrimenti, contrassegnerebbero il giudizio controfattuale;

che in sede di imputazione della responsabilità civile i rigorosi criteri formulati dalla Suprema Corte ai fini dell'accertamento della causalità in sede di imputazione della responsabilità penale (che rispondono ad evidenti esigenze garantiste, nonché alla tassatività delle fonti di responsabilità penale e di personalità della stessa ex artt. 25 e 27 Cost.) possono però essere attenuati, considerando sufficiente che la condotta in esame abbia aumentato le chance di verificazione di eventi lesivi del tipo di quelli che la norma di condotta colposamente violata tendeva a prevenire;

che costituisce elemento del sistema della causalità materiale, operante sia in sede di imputazione della responsabilità civile che in quella del fatto-reato, il principio di equivalenza delle cause, posto dall'art. 41 c.p., in base al quale se la produzione di un evento è riferibile a più azioni od omissioni, deve riconoscersi ad ognuna di esse efficienza causale. Tale principio trova il suo temperamento nel principio di causalità efficiente, desumibile dal secondo comma dell'art. 41 c.p., in base al quale l'evento dannoso deve essere

imputato esclusivamente all'autore della condotta sopravvenuta, solo se questa condotta risulti tale da rendere irrilevanti le altre cause preesistenti, ponendosi al di fuori delle normali linee di sviluppo della serie causale già in atto (cfr. da ultimo Cass. n. 19297 del 2006); in sede civile si aggiunge che all'interno delle serie causali così individuate può essere dato rilievo esclusivamente a quelle relazioni causali che si presentino come effetto non del tutto imprevedibile, secondo il principio della c.d. regolarità causale (cfr. da ultimo Cass. n. 4791 del 2007);

che le critiche alla suddetta teoria della regolarità causale da parte della dottrina, la quale non ha mancato di sottolineare che ove il giudizio di causalità adeguata venisse compiuto con valutazione ex ante verrebbe a coincidere con il giudizio di accertamento della sussistenza dell'elemento soggettivo, sono state risolte dalla più recente giurisprudenza di legittimità precisando che ciò che rileva è che l'evento sia prevedibile "non da parte dell'agente ma, per così dire, da parte delle regole statistiche e/o scientifiche, dalla quale prevedibilità discende da parte delle stesse un giudizio di non imprevedibilità dell'evento" (così Cass. SS.UU. n. 580 del 2008);

che ferma la comunanza dei principi logico-giuridici che regolano il nesso causale, le Sezioni Unite della Corte di Cassazione con la citata sentenza n. 580 del 2008, ribadendo un principio già espresso dalla Terza Sezione Civile con sentenza n. 21619 del 2007, hanno rilevato che ciò che muta tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, nel senso che mentre nel primo vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", nel secondo vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti;

che anche la Corte di Giustizia CE ha finito per accogliere la tesi per cui la causalità non possa che poggiarsi su logiche di tipo probabilistico (con sentenze n. 295 del 13 luglio 2005 e n. 12 del 15 febbraio 2005, citate da Cass. SS.UU. n. 580 del 2008 la Corte europea ha accolto espressamente il criterio del "maggiormente probabile");

che, da ultimo il giudice di legittimità con la pronuncia n. 975 del 2009, resa in materia di responsabilità medica, ha statuito che, stante la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria dedotta in giudizio, grava sul danneggiato l'onere di fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della

situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile; tuttavia l'insuccesso o il parziale successo di un intervento di routine, o comunque con alte probabilità di esito favorevole, implica di per sé la prova dell'anzidetto nesso di causalità, giacché tale nesso, in ambito civilistico, consiste anche nella relazione probabilistica completa tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non";

che il consulente tecnico d'ufficio, dr. SSSS (nominato ex art. 22 disp. att. e.p.c. attingendo all'albo dei consulenti tecnici del Tribunale di ///////////////), ha rilevato: **1)** che il distacco di coroide postoperatorio costituisce una raccolta, in genere sierosa, di liquido nello spazio sovracoroideale dovuta alla chirurgia sclerare attuata per la cura del distacco retinico regmatogeno; **2)** che le possibili cause dell'insorgenza di tale complicanza sono tutte legate all'ipotonìa oculare ovvero all'ostruzione parziale o totale delle vene vorticoze, le quali possono determinarsi per l'applicazione di introflessioni sclerali localizzate (c.d. piombaggi) utilizzate per la chiusura delle rotture retiniche ovvero per l'applicazione di indentazioni sclerali circonferenziali (c.d. cerchiaggi) collocati troppo posteriormente rispetto all'equatore del bulbo; **3)** che il distacco di coroide costituisce una complicanza frequente nel postoperatorio dei pazienti operati per distacco retinico e si risolve nel giro di pochi giorni, comunque non compromettendo il risultato finale dell'intervento (tale conclusione deve ritenersi valevole anche per il caso di specie, posto che le verifiche compiute in data 8 dicembre 1996 confermavano l'aderenza della retina e la progressiva risoluzione del distacco coroidale: cfr. quanto riportato nel precedente punto **f**); **4)** che il trattamento chirurgico del distacco di retina si articolava in due tecniche principali ed in una metodologia accessoria: a) la chirurgia sclerale, da adottarsi nei casi più semplici, è volta ad ottenere la chiusura meccanica di tutte le rotture retiniche per mezzo dell'applicazione di introflessioni sclerali localizzate od anulari (i richiamati piombaggi o cerchiaggi) che recano la coroide in stretta vicinanza con la rottura retinica, interrompendo in tal modo il flusso di liquido che cagiona il sollevamento della retina; b) la chirurgia vitreale volta ad ottenere il medesimo risultato anatomico (l'adesione della retina alla coroide) operando, con

modalità decisamente più invasive, direttamente all'interno del bulbo oculare: tale metodologia è riservata ai casi gravi o recidivati ovvero contrassegnati da una marcata vitreoretinopatia proliferativa (PVR); e) la pneumoretinopessia, che rappresenta una tecnica accessoria consistente nell'iniezione di aria o gas all'interno della cavità vitreale al fine di ottenere il riaccollamento retinico; **5)** che il riaccollamento retinico può essere ottenuto in uno o più interventi chirurgici: costituisce un successo chirurgico l'adesione retinica comunque ottenuta; **6)** che nella specie la recidiva del distacco retinico si era, con elevato grado di probabilità, verificata o a causa della mancata chiusura di tutte le rotture retiniche che originariamente sostenevano il distacco ovvero per l'insorgenza di una vitreoretinopatia proliferativa (PVR) nel corso della fase postoperatoria del primo intervento; **7)** che la PVR costituisce la più grave complicanza della chirurgia del distacco retinico, sostenuta da diversi fattori: a) il sollevamento retinico stesso; b) la mancata chiusura delle rotture retiniche; c) i trattamenti retinopessici; d) la complessità della chirurgia (ad es. il caso della miopia patologica); e) l'eccesso di chirurgia ; f) la presenza di pigmentazione ematica o infiammatoria del vitreo; g) la presenza di malattie sistemiche gravi; **8)** che nella specie le cause più probabili dell'insorgenza della PVR erano rappresentate dalla mancata chiusura delle rotture, dai trattamenti fisici compiute in occasione del primo intervento (che costituivano però eventi non imputabili ad una *bad practice* medica quanto fattori non evitabili tipicamente connessi alle metodologie operatorie sclerali) nonché dalla grave miopia della quale l'attore era affetto; **9)** che la scelta di sottoporre il paziente a retinotomia andava esente da censure, tenuto conto che le tecniche chirurgiche sclerali adottate nel corso dei primi due interventi si erano rilevate inadeguate ad ottenere la distensione della retina e considerato che il paziente era affetto da PVR che, come già rilevato, costituisce un elemento di gravità del caso che depone per l'adozione di tecniche vitreali (il consulente d'ufficio riassume l'assoluta opportunità di detta scelta chirurgica precisando "in un terzo intervento chirurgico per distacco retinico è obbligatorio eseguire la chirurgia vitreale in tutte le sue diverse fasi"; **10)** che comunque l'iter chirurgico al quale il paziente veniva sottoposto era contrassegnato da successo, tenuto conto che all'esito della retinotomia si otteneva l'adesione retinica; **11)** che non erano pertanto censurabili le scelte chirurgiche adottate dai sanitari nel caso di specie: praticare dapprima una chirurgia sclerale per poi passare a quella vitreale; **12)** che l'adesione retinica ottenuta all'esito della retinotomia esclude dunque la

sussistenza delle conseguenze lesive allegate dall'attore; **13)** che l'insuccesso delle tecniche sclerali in un primo tempo prudentemente adottate era strettamente connesso con le gravi patologie preesistenti del paziente;

che In forza delle considerazioni che precedono, le domande attoree devono essere rigettate;

che sussistono giusti motivi, da individuare nel complesso iter terapeutico nel quale il XXXX è rimasto coinvolto, per compensare per intero tra le parti le spese processuali da ciascuna di esse anticipate;

che le spese di consulenza tecnica d'ufficio devono essere definitivamente poste a carico del XXXX, con condanna di quest'ultimo a rimborsare quanto dalle altre parti a tale titolo eventualmente anticipato; che la sentenza è esecutiva per legge (art. 282 c.p.c.).

P. Q. M.

1. rigetta le domande proposte da XXXX nei confronti **dell' AZIENDA OSPEDALIERA YYYY e dell' AZIENDA OSPEDALIERA;**
2. compensa per intero tra le parti le spese processuali da ciascuna di esse anticipate;
3. pone le spese di consulenza tecnica d'ufficio, liquidate con decreto del giudice istruttore del ----- interamente a carico di XXXX, con condanna di quest'ultimo a rimborsare alle altre parti quanto da ciascuna di esse a tale titolo effettivamente anticipato.

Così deciso in Terni, il 19 febbraio 2010

Il giudice designato

(-----)