

n. 33699/2017 r.g.a.c.



Tribunale di Napoli
8 SEZIONE CIVILE

Nella causa civile iscritta al n. r.g. 33699/2017

il Giudice dott. Rita Di Salvo,

a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 08/11/2018,
ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. Immacolata conveniva in giudizio l'A.O.U. Federico II di Napoli al fine di ottenere il risarcimento dei pretesi danni subiti in seguito al ricovero avvenuto in data 15/04/13 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli - area Oftalmologia di Urgenza e Patologia Retinica, con la diagnosi di ingresso: occhio destro pterigio gigante recidivato.

In tale occasione deduce la ricorrente che fu sottoposta ad intervento chirurgico di asportazione di pterigio in occhio destro ed in data 19/04/2013 veniva sottoposta ad intervento chirurgico di ricoprimento congiuntivale occhio destro; in data 22/04/13 veniva trasferita presso l'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, con la seguente diagnosi di ingresso: perforazione bulbare occhio destro; in data 30/04/13 veniva sottoposta ad intervento chirurgico di patch sclerocorneale e ricoprimento congiuntivale; in data 04/05/13 veniva dimessa.

Esponendo i predetti fatti la ricorrente aveva già promosso in data 31/12/15 depositava innanzi il Tribunale di Napoli, ricorso ex 696 bis c.p.c., num. R.G. 32939/15, nell'ambito del quale veniva espletata CTU, nel contraddittorio delle parti a cura dei Dottori Capone e Ferrannini che veniva prodotta ed acquisita nel presente giudizio.

Si costituiva anche nel presente giudizio l'A.O.U. Federico II di Napoli impugnando la domanda e chiedendone i. rigetto in quanto infondata in fatto ed in diritto.



Richiesti chiarimenti ai CCTTUU , la causa era riservata in decisione.

Non sussistendo dubbi circa la legittimazione delle parti ed il fatto storico, è possibile passare alla disanima della res controversa.

Invero, risulta dagli atti prodotti che la ricorrente Sig.ra Immacolata si ricoverava in data 15/04/13 presso il reparto di Oftalmologia dell'A.O.U. Federico II di Napoli, con diagnosi di "pterigio gigante recidivato in occhio destro" e veniva sottoposta ad intervento chirurgico di asportazione di pterigio in occhio destro previa sottoscrizione del consenso informato.

La stessa ricorrente era già stata precedentemente e per ben 4 volte sottoposta allo stesso intervento chirurgico presso altre strutture e da parte di altre equipe mediche.

In data 22/04/13 la ricorrente veniva trasferita presso l'Ospedale dei Pellegrini di Napoli dove, in data 30/04/13, veniva sottoposta ad un successivo intervento chirurgico di patch sclero-corneale e ricoprimento congiuntivale; tale trasferimento e la successiva operazione veniva eseguita presso il suddetto nosocomio solo perché unico idoneo ad eseguire tale tipo di intervento;

Il Collegio peritale all'esito dei propri accertamenti ha precisato che :

"Il trattamento di scelta per lo pterigio è quindi una precoce asportazione chirurgica, anche se i risultati sono raramente risolutivi e scarsamente soddisfacenti per il paziente. Il trattamento medico è limitato al controllo sintomatologico attraverso l'uso di lubrificanti oculari, vasocostrittori e blandi corticosteroidi. La rimozione dello pterigio raramente elimina i sintomi irritativi e non è mai considerabile come trattamento definitivo; l'incidenza della recidiva varia dal 60% al 90% a seconda delle zone geografiche ed a seconda della storia del paziente, essendo molto più probabile negli occhi già operati, negli pterigi doppi (nasale e temporale nello stesso occhio), negli pterigi carnosì (che non consentono la visualizzazione della sclera sottostante), nei soggetti di razza asiatica, africana, sudamericana. Molto spesso la recidiva è più aggressiva della patologia primaria; praticamente tutte le recidive postoperatorie si presentano entro un anno dall'intervento, più frequentemente tra le 6 e le 8 settimane dalla chirurgia. La base fisiopatologica dello pterigio recidivante sembra risiedere nella reazione fibrovascolare post-chirurgica: ad ogni intervento le cellule riprendono la loro Transizione Epitelio Mesenchimale e, come un tumore benigno, si riproducono in modo disordinato.

Orbene, da quanto fin qui detto, risulta pacifico che vi fosse indicazione chirurgica all'intervento di rimozione dello pterigio soprattutto alla luce dell'obiettività preoperatoria, estrapolata dalla c.c.



017303 del 26/2/13, nella quale è descritto un visus ancora attestabile intorno ai 3-4/10 ed uno pterigio “invadente i due settori nasali con estensione fino quasi all'apice corneale”.

Nel caso di specie, sicuramente si configurano gli elementi per applicare l'art 2236 c.c. in quanto il Chirurgo è stato chiamato a risolvere un caso di particolare difficoltà alla luce dell'associazione di fattori importanti, quali pregresse chirurgie nella stessa sede e l'uso cronico di antimitotici, associati ad una condizione preesistente di cornea più sottile del normale; d'altronde, dal diario operatorio emergono elementi che mostrano un evidente difficoltà chirurgica nella sottigliezza dello stroma che può avere complicato l'intervento.

Come detto, a seguito di tale intervento eseguito presso l' A.O.U. Federico II di Napoli si è determinata una lesione corneale in occhio destro per cui si è dovuti ricorrere in data 19-4-2013 a ricoprimento congiuntivale e successivo trasferimento presso altro nosocomio (P.O. dei Pellegrini) per eseguire ricoprimento con patch corneo-sclerare....

La lesione corneale quale complicanza dell'intervento di pterigio recidivante rappresenta un evento avverso, o meglio una lesione iatrogena prevedibile ma, nel caso di specie, (stante la complessità del caso specifico) non evitabile e come tale non attribuibile ad un errore tecnico da parte dei chirurghi dell'AOU Federico II di Napoli.>>

I CC.TT.UU. quantificavano, in ogni caso, l'invalidità permanente riconducibile alla condotta dei sanitari nella percentuale del 4-5 %.

Nei successivi chiarimenti disposti nell'ambito della presente procedura i CCTTUU hanno ribadito che :

“la sig.ra è affetta da: esiti di dialisi corneale trattata con iridectomia e duplice intervento di ricoprimento congiuntivale con visus residuo corretto in occhio destro di 1/10, senza interessamento retinico.

Per procedere alla valutazione del danno provocato dall'evento iatrogeno, andrà considerato che il visus pre-operatorio all'occhio destro corretto era di 3-4/10. Quindi, secondo gli usuali barèmes medico-legali, l'IP pregressa da cui era affetta la ricorrente e che le sarebbe comunque residuata in caso di corretto trattamento sanitario all'occhio destro era di 13-14%. Allo stato, invece, presenta un visus di 1/10 – valutabile con la percentuale del 22%; orbene il danno differenziale sarebbe di 8-9%. Tuttavia il residuo visivo riscontrato nella paziente non è ascrivibile interamente ad una censurabile condotta dei sanitari dell'AOU Federico II di Napoli, ma è il risultato sia del danno iatrogeno che della patologia maculare e della cataratta secondaria da cui la paziente risulta essere affetta (come emerge dagli esami strumentali e dall'obiettività clinica rilevata alla visita peritale).



Pertanto, nell'ottica di dover dare un ruolo concausale a tali infermità e quale quota differenziale tra la IP pregressa e quella attuale, il danno iatrogeno, ascrivibile ad una censurabile condotta dei sanitari dell'AOU Federico II di Napoli, inteso come danno biologico e comprensivo delle ripercussioni sulla sfera socio-relazionale della ricorrente, può essere percentualizzato nella misura del 4-5%. Nello specifico si è preso come riferimento, con criterio analogico proporzionale, la voce relativa alla pseudoafachia monolaterale nell'adulto che secondo le Linee Guida SIMLA 2016 è valutabile con una percentuale fino al 5% . E' evidente, quindi che attribuendo alla cataratta secondaria ed alla maculopatia da cui la p. è affetta (per cause NON di natura iatrogena) una percentuale anche al di sotto del riferimento tabellare pari al 4%, la quota residua di danno iatrogeno è pari al 4-5%.”

All'esito degli accertamenti del Collegio peritale può ritenersi che, senza dubbio, nel caso di specie debba farsi applicazione del disposto di cui all'art. 2236 c.c., secondo cui “se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave.

Tale norma, seppur soggetta negli anni, a differenti interpretazioni ratione tempore, non è stata mai abrogata, e va interpretata alla luce degli artt. 5-7 della Legge n. 24/2017 (c.d. legge Gelli) per cui, non sussiste la responsabilità del medico, in assenza di condotte improntate a colpa grave, ed in presenza, come nel caso che occupa, di problemi tecnici di particolare difficoltà.

Nello specifico, la Legge n. 24/2017 prevede la configurazione dell'intensità della colpa in relazione al rispetto o meno delle linee guida dell'arte o, in loro assenza, delle buone pratiche cliniche, per cui non può ritenersi in colpa grave, il medico che, in presenza di problemi tecnici di speciale difficoltà, si sia attenuto alle linee guida o esse mancando, alle buone pratiche cliniche-assistenziali, quali che siano stati i risultati dell'intervento chirurgico eseguito dallo stesso.

Pertanto, considerando l'indirizzo della giurisprudenza di legittimità secondo cui (Cass. 26 luglio 2017, n. 18392 spetta al creditore l'onere di provare il nesso di causalità fra l'azione o l'omissione del sanitario ed il danno di cui chiede il risarcimento, è la parte istante che deve dimostrare non solo il danno ma anche il nesso causale tra evento danno e condotta del convenuto.

A seguito degli accertamenti dei CCTTUU è merso che non vi è stato né dolo ma che la gestione pre-operatoria della paziente è stata superficiale e negligente (cfr pag. 18 della CTU) in quanto vi è stata “una sottostima delle complicazioni ad esso legate, nonostante l'elevata probabilità delle stesse di verificarsi”. Inoltre, la complicità è stata affrontata eseguendo una sutura sclerale ma si “ritiene



che sarebbe stato possibile, se non più corretto, procedere immediatamente ad un ricoprimento congiuntivale. Tecnica chirurgica più complicata, ma prevista e suggerita dall'odierna letteratura scientifica che nel caso di specie è stata effettuata a distanza di 4 giorni, purtroppo senza esito. Inoltre, nonostante tale tentativo si rendeva necessario trasferire la paziente presso altra struttura ove veniva apposto patch corneale" pag. 20 CTU laddove "in sola operatoria non erano presenti dispositivi atti a gestire un evento di tal genere, nonostante sia ormai consolidato dalla letteratura tutta, che un'eventuale lesione corneale avrebbe necessitato di un ricoprimento di congiuntiva autologa, di membrana amniotica, o di patch congiuntivale eterologo". (pag. 18 CTU)

(cfr Cassazione Civile, sentenza n. 6093 del 12 Marzo 2013).

Infine, vi è stata nemmeno lesione del cd consenso informato per come è stato documentato in atti e rilevato dal CTU in quanto alla ricorrente non fu fornito un "consenso personalizzato" relativo alla particolare complessità del caso e delle conseguenze, anche peggiorative, cui sarebbe incorsa sottoponendosi all'intervento che le avrebbe consentito di scegliere anche di non sottoporsi all'intervento e di proseguire con una terapia medica.

La domanda, pertanto, accolta nei limiti quantificati dai CTU.

Pertanto, all'attrice spetteranno le seguenti somme € 3.092,98 per D.B. al 4% aumentato per personalizzazione ad € 4092,98 oltre €1.000,00 per lesione del cd "consenso informato" equitativamente liquidato.

Sulle somme liquidate andranno poi calcolati gli interessi legali sulle somme spettanti per il risarcimento espresse all'attualità, dalla pubblicazione della sentenza al saldo, nonché sulla minor somma risultante dalla loro divisione per il coefficiente ISTAT corrispondente alla data del fatto, via via annualmente rivalutata sulla base degli stessi indici, con esclusione degli interessi sugli interessi legali, a far data dal giorno del fatto a quello delle pronuncia (cfr.sent. Trib. Na 2253/03, 3303/05).

Le spese della procedura seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.



Il Tribunale di Napoli, Ottava Sezione Civile definitivamente pronunciando sul ricorso proposto da Immacolata nei confronti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria FEDERICO II così provvede:

accoglie la domanda nei limiti di cui alla parte motiva e, per l'effetto, condanna l'A.O.U. FEDERICO II in persona del lrpt al pagamento in favore di IMMACOLATA della somma di € 5.092,98 oltre interessi come da parte motiva;
condanna la resistente al pagamento delle spese di lite del presente giudizio e del giudizio di ATP che liquida complessivamente in € 640,00 per spese e € 3458,00 per onorari oltre IVA e CPA come per legge con attribuzione all'Avv. Michele LIGUORI;
pone definitivamente a carico del resistente le spese della CTU di cui al separato decreto di liquidazione.

Si comunichi.

Napoli, 22 novembre 2018

Il Giudice
(dott. Rita Di Salvo)

