

Quadrimestrale di aggiornamento in Scienze Forensi

# La *Stampa* *Medica* *Europea*

Estratto dal n. 1 dell'anno XXX  
*Gennaio - Aprile 2010*

 EDIZIONI  
UNIVERSITARIE  
ROMANE

## Comportamento professionalmente adeguato: un caso di correzione chirurgica miopica

Susanna Agostini\*, Alessandro Eramo\*\*,  
Alessandro Feola\*, Luigi Tonino Marsella\*\*

### Abstract:

The incidence of myopia in Italy is about 41% and represents the most common refractive defect. The authors dwell on a case of a person who is undergoing refractive surgery to correct myopia, that does not lead to expected effects, and causes a variety of complications. Discussed the main features of disease and the main surgical approaches, we show the extremes of professional responsibility which was polluted by the conduct of health who practiced the intervention of surgical correction.

### Key words:

Myopia, professional liability.

### Riassunto:

L'incidenza della miopia in Italia è di circa il 41% e rappresenta il vizio refrattivo più diffuso. Gli autori si soffermano su un caso di un soggetto che si sottopone a intervento di chirurgia refrattiva per correggere la miopia, che però, non solo non conduce agli effetti sperati, ma provoca tutta una serie di complicanze. Discusse le principali caratteristiche della patologia in questione e i principali approcci chirurgici, si indicano gli estremi della responsabilità professionale dalla quale fu inquinata la condotta del sanitario che praticò l'intervento di correzione chirurgica.

### Parole chiave

Miopia, responsabilità professionale.

• *Stampa med. eur.* 30 (1): 9-16, 2010

La miopia è una patologia dell'occhio del gruppo dei difetti rifrattivi. L'incidenza della miopia in Italia è di circa il 41% e rappresenta il vizio refrattivo più diffuso; si esplicita in condizioni di rilasciamento massimo

dell'accomodazione, l'immagine di un punto posto all'infinito si ferma dietro la retina e su di essa viene a formarsi un cerchio di diffusione che rende l'immagine sfocata e ingrandita. In definitiva il miope vede l'im-

\* *Dipartimento di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Roma "Sapienza"*.

\*\* *Dipartimento di Sanità Pubblica e Biologia Cellulare dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*.

magine lontana sfocata e quella vicina a fuoco. Il primo intervento di chirurgia refrattiva risale al 1885, mentre i primi trattamenti sperimentali, eseguiti in laboratorio, si devono a Leendert Jan Laus, con le incisioni ed escisioni corneali, anche se si deve aspettare ben sessant'anni per avere il primo intervento di cheratotomia posteriore. La facilità con cui la popolazione di oggi si sottopone a questo tipo di intervento, ha portato conseguentemente ad un aumento sensibile del contenzioso sulla responsabilità professionale in ambito oculistico. Ed è per questo che si è voluto affrontare attraverso un caso pratico venuto alla nostra attenzione, i vari aspetti inerenti la responsabilità professionale oculistica e nello specifico relativamente al difetto refrattivo di miopia. La storia su cui argomenteremo riguarda il Signor T.G. un uomo di quarantacinque anni che per una miopia bilaterale con astigmatismo, decide di sottoporsi ad intervento di chirurgia refrattiva mediante tecnica LASIK. La sua storia clinica ha inizio il 23 febbraio 2001 con una visita oculista per sottoporsi ad intervento chirurgico poiché non sopporta l'uso delle lenti a contatto. Viene evidenziata una miopia di 8,25 diottrie in occhio destro e 7,75 in occhio sinistro, senza la presenza di alterazioni corneali morfologicamente degne di nota, l'unico dato che si considera di valutare con cautela è un diametro pupillare di 7mm. Un mese dopo, precisamente il 23 marzo 2001, presso una Casa di Cura Privata, il paziente si sottopone ad intervento di fotocheratectomia che non produce gli effetti sperati, infatti alcuni mesi dopo, il 1 ottobre 2001, il paziente a causa di difficoltà visive si rivolge ad altro specialista che rileva strie del lembo confezionato con la tecnica LASIK in occhio destro ed occhio sinistro ed una coroidosi miopica con atrofia peripupillare. Tale situazione provoca al paziente difficoltà visive maggiormente all'occhio sinistro

con comparsa di aloni e difficoltà nella guida notturna come il paziente stesso riferisce durante una nuova visita effettuata l'8 ottobre 2001 presso una struttura di Milano. Durante la suddetta visita viene evidenziato: «... segmento anteriore OS: esiti di Lasik; presenza di pieghe profonde del lembo in particolare nella zona centrale ... segmento anteriore OD: esiti di Lasik; presenza di pieghe profonde del lembo in particolare nella zona centrale ...». Dunque lo specialista consiglia al paziente un intervento di ridistensione del lembo corneale con un eventuale trattamento del difetto refrattivo residuo. Successivamente il paziente si reca da altri specialisti in diverse strutture che tuttavia confermano la diagnosi. In data 30 ottobre 2001 si procede quindi ad intervento per trattare le pieghe all'occhio sinistro. Nonostante l'intervento la sintomatologia non regredisce, così il Signor T.G. in data 24 ottobre 2001 si sottopone a nuova visita oculistica da altro specialista che obiettivava in entrambi gli occhi: «... la presenza di un lembo LASIK a cerniera superiore ben centrato sull'apertura pupillare, con qualche stria verticale...» inoltre procede ad indagini strumentali: l'esame topografico della cornea, mette in risalto un'area di appiattimento centrale di circa 5 mm di diametro, decisamente inferiore al diametro pupillare scotopico e mesopico del paziente che risulta essere superiore a 7.5 mm, e con un potere diottrico di circa 35-36 diottrie. Quindi, davanti a questo quadro lo specialista certifica che: «... la sintomatologia risulta provocata dall'appiattimento corneale generato dalla chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri (misurabile in circa 5 mm di diametro, come evidenziato dalla topografia corneale), area di appiattimento decisamente inferiore al diametro pupillare scotopico e mesopico del paziente (superiore a 7.5 mm, come evidenziato dalla pupillometria dinamica) ...». Il trattamento e la

terapia della miopia prevede l'impiego di lenti correttive e la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri, con la chirurgia si viene a modificare il potere refrattivo di un occhio per ottenere una migliore acuità visiva senza l'ausilio di occhiali o lenti, riducendo o annullando del tutto i difetti refrattivi<sup>1</sup>. Con l'introduzione del laser in medicina vi è stata una significativa svolta in quest'ambito chirurgico nel senso di una minore invasività e maggior riproducibilità delle tecniche chirurgiche con tempi di recupero post-operatori più rapidi<sup>2</sup>. Sotto il termine «Laser»<sup>3</sup> sono racchiuse numerose apparecchiature utilizzate in diversi campi scientifici. La scienza medica è uno dei campi di applicazione e all'interno della stessa abbiamo diversi tipi di laser con applicazioni differenti. I laser ad eccimeri sono laser pulsanti a 193 nm e il meccanismo alla base del loro funzionamento è l'ablazione fotochimica o fotodecomposizione ablativa, con il quale si asportano molecole della superficie corneale esposta<sup>4</sup>. La caratteristica principale che

<sup>1</sup> La chirurgia refrattiva nasce nel 1885, quando un chirurgo norvegese, H. Schiøtz, praticò per la prima volta delle incisioni sulla cornea per correggere l'astigmatismo. La moderna chirurgia refrattiva ebbe inizio con le sperimentazioni del professor Tsutomu Sato della Juntendo University di Tokyo con una serie di interventi sulla superficie anteriore e posteriore della cornea con incisioni radiali.(1935-1940).

<sup>2</sup> Il laser venne impiegato per la prima volta nella chirurgia refrattiva nel 1983 dallo statunitense S. Trokel che per primo propose l'uso del laser a eccimeri.

<sup>3</sup> LASER è l'acronimo di *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*.

<sup>4</sup> Il termine eccimeri deriva dalla contrazione di «*Excited Dimer*» ossia «dimero eccitato» dove dimero sta per il tipo di composto chimico eccitato da scariche elettriche. La quantità di stroma che il laser riesce ad asportare è

rende questo tipo di laser perfetto per la chirurgia refrattiva, è la sua capacità di comportarsi come un «bisturi» dividendo i componenti che costituiscono la materia senza effetti per le zone vicine alla parte fotoablata. Le tecniche laser attualmente più utilizzate sono: PRK, LASIK, LASEK ed EPILASIK, che riescono a trattare con successo la miopia, l'ipermetropia e l'astigmatismo. La cheratectomia foto refrattiva (PRK) è stata la prima tecnica utilizzata per ottenere l'emmetropia seguita poco dopo, dallo sviluppo della laser- *in situ keratomileusis* (LASIK) che ha in parte sostituito la PRK per la sua capacità di diminuire il dolore oculare post- operatorio e il più veloce ripristino della visione. Prima di procedere all'intervento di chirurgia refrattiva momento di fondamentale importanza, per la riuscita dell'intervento e per ridurre le complicanze, importante è la selezione del paziente. Le indagini preliminari che sono le stesse per le varie tecniche di chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri, comprendono l'esame dei rapporti fra bulbo oculare, palpebre e orbita poiché la conformazione orbitaria può essere un ostacolo per l'utilizzo del microcheratomo<sup>5</sup>. La cheratometria risulta utilissima per valutare il grado di astigmatismo corneale in particolar modo in relazione con la topografia; la topografia corneale computerizzata è necessaria non solo per escludere un cheratocono o presenza di deformazioni corneali ma anche per la scelta della strategia operatoria più idonea, poiché permette una precisa analisi dei diversi raggi di curvatura corneali alle diverse distanze dal centro ottico. È fondamentale eseguire un esame oftalmologico standard con misura-

di circa 0.25 micron per impulso di energia (spot laser).

<sup>5</sup> Pazienti con bulbo infossato o con rima palpebrale ridotta sono più idonei per una PRK che per la LASIK.

zione dell'acuità visiva naturale. La biometria permette di ottenere ulteriori informazioni sulla lunghezza del bulbo e quindi anche sull'entità del difetto diottrico. Molto importante tra le indagini preliminari è la pupillometria da effettuarsi sempre in condizioni meso-scoptiche. Bisogna adeguatamente avvertire i pazienti giovani con pupilla piuttosto ampia, della possibilità di avere dopo trattamento sensazioni di «glare»<sup>6</sup>, aloni e problemi nella guida notturna. L'esame biomicroscopico è molto utile per valutare l'entità del film lacrimale precomeale, l'assenza di anomalie congiuntivali, lo stato della cornea, dell'iride, del cristallino e del vitreo. Un accurato esame del fondo oculare deve essere sempre effettuato per escludere patologie retiniche preesistenti. Infatti, la suzione provocata dal microcheratomo durante la LASIK, crea un transitorio ma elevato aumento della pressione endobulbare che può recare danni alla retina se vi è predisposizione. Per la selezione del paziente è inoltre importante la tonometria, cioè la misurazione del tono oculare e la pachimetria, la misura dello spessore corneale che è fondamentale nell'indicazione al trattamento e per la scelta del tipo di chirurgia<sup>7</sup>. Altri importanti esami preliminari sono l'esame ortottico per valutare la motilità oculare e la visione binoculare, la valutazione della dominanza ocu-

<sup>6</sup> Termine anglosassone utilizzato in oculistica per definire l'abbagliamento.

<sup>7</sup> Uno spessore inferiore a 350 micron non permette un intervento di Lasik. La Pachimetria consente di calcolare la quantità di tessuto da asportare per non creare indebolimento della struttura corneale. Viene considerato abbastanza sicuro uno spessore residuo corneale di almeno 300 micron. Per la misurazione ancora più precisa dello spessore corneale si utilizza la microscopia confocale ad alta risoluzione. Consente una misurazione inferiore a 5 micron.

lare soprattutto nel caso di trattamenti monolaterali e la microscopia endoteliale speculare che permette di valutare le condizioni dell'endotelio che possono portare controindicazione all'utilizzo della LASIK. Quest'ultima è la tecnica di chirurgia refrattiva utilizzata nel caso da noi esposto. Essa consiste nel creare un lembo di tessuto corneale al di sotto del quale viene effettuato il trattamento di fotoablazione. Il taglio nella parte più superficiale della cornea viene praticato con il microcheratomo<sup>8</sup>. La tecnica LASIK dura circa 5-8 minuti; prima dell'inizio dell'intervento vengono impostati sul laser l'ametropia da trattare e le zone o la zona ottica su cui si deve intervenire. Si procede con l'istillazione di anestetico per via topica e si prepara l'occhio con l'applicazione di un telino sul bordo della palpebra. Dopo aver aperto il più possibile le palpebre per esporre il bulbo con l'apposizione del blefarostato, si procede alla marcatura per costituire un riferimento per il corretto allineamento del *flap* al termine della procedura. A questo punto si applica l'anello di suzione. Dall'anello protrude la parte della cornea che va sottoposta alla cheratectomia. Il diametro del lembo sarà determinato dalle dimensioni dell'anello di suzione<sup>9</sup>. Durante tale procedura il paziente perde per pochi secondi la visione avvertendo un senso di pressione. Si procede quindi alla creazione del lembo corneale con il mi-

<sup>8</sup> Inizialmente il microcheratomo veniva utilizzato sia per creare il lembo superficiale che per effettuare il taglio stromale refrattivo fino ad arrivare alla tecnica attuale che prevede la creazione del lembo a cerniera al di sotto del quale viene effettuata la correzione refrattiva con il laser ad eccimeri.

<sup>9</sup> Le dimensioni utilizzate generalmente sono di 8.5 o 9.5mm e sono scelte in base al diametro corneale. Per cornee ampie si sceglie 9.5mm mentre per le più piccole si preferisce l'utilizzo dell'8.5 mm.

crocheratomo che verrà fermato a 4/5 del taglio lasciando una parte di cornea aderente al sottostante stroma. Lo spessore del lembo varai tra i 120 e i 180 micron e minore sarà lo spessore corneale che abbiamo a disposizione e più sarà necessario prestare attenzione a non assottigliare il letto stromale che sorregge la cornea. Si sceglie generalmente uno spessore di 160 micron capace di assicurare una buona resistenza del *flap*<sup>10</sup>. A questo punto si espone la superficie da trattare ribaltando il lembo precedentemente confezionato, si verifica il corretto allineamento dell'occhio rispetto alla mira di fissazione del laser e il centraggio rispetto all'apertura pupillare e si inizia la fotoablazione. Nel caso di una perdita di allineamento o di eccessivi movimenti dell'occhio è necessario interrompere il trattamento che può essere ripreso solo dopo aver ristabilito una corretta posizione. Al termine del trattamento foto ablativo si riposiziona il lembo. Le indicazioni alla LASIK sono abbastanza simili a quelle per la PRK e la scelta della tecnica da utilizzare è affidata all'esperienza del chirurgo. Contribuiscono ad influire sulla decisione il tipo di ametropia, la LASIK sembra infatti garantire un miglior risultato nelle ipermetropie, la conformazione dell'occhio e la pachimetria in quanto in presenza di una cornea sottile si preferisce intervenire con la PRK per garantire maggior risparmio di tessuto strutturalmente valido. È inoltre importante prima di procedere all'intervento, che vi sia stabilità refrattiva così come è

<sup>10</sup> Per ottenere una buona qualità del lembo il microcheratomo rappresenta lo strumento di fondamentale importanza. Esso può agire con avanzamento automatico o manuale e il suo movimento può essere a traslazione o rotazione. La qualità del taglio è fortemente influenzata dalla qualità della lama utilizzata che ha una velocità di oscillazione che varia da 2000 a 20.000 rotazioni al minuto.

importante decidere in base alle caratteristiche morfologiche della cornea: lo spessore del *flap*, la correzione da impostare, le dimensioni della zona di trattamento, la profondità dell'ablazione e lo spessore del letto stromale che resta dopo il trattamento<sup>11</sup>. Dopo la procedura è importante raccomandare al paziente di non strofinare gli occhi e durante il primo controllo effettuato ad un giorno dall'intervento è consigliabile valutare la refrazione, l'acuità visiva naturale e corretta e documentare la presenza di alterazioni epiteliali, la corretta posizione del *flap* e la presenza di strie che nel caso costituiscano un problema per la corretta visione, andranno rimosse entro i primi 7-15 giorni. Le strie possono essere a carico del *flap* che in base alla sede e l'aspetto possono interferire sulla corretta prestazione visiva<sup>12</sup>. Le complicanze intraoperatorie della LASIK sono la formazione di un *flap* troppo sottile a causa di una suzione non corretta o per il cattivo movimento della lama. In tal caso è preferibile rimandare il trattamento di almeno tre mesi e ripetere il taglio per non rischiare la formazione di strie. Un'altra complicanza intraoperatoria a carico del *flap* può essere la lacerazione nella sua parte centrale che accade in caso di cornee con eccessiva curvatura. Anche in tal caso sarà opportuno interrompere la procedura e rimandare il trattamento dopo qualche mese. Molto spesso al passaggio del microcheratomo possono crearsi

<sup>11</sup> Al fine di ottenere un buon risultato è opportuno sincerarsi della presenza di adeguate condizioni della stanza che ospita il laser, in particolar modo temperatura e umidità e che si eseguano test necessari alla verifica della qualità ottiche e la corretta energia.

<sup>12</sup> Il *flap* può presentarsi edematoso anche a distanza di una settimana o bi può essere una cheratite puntata superficiale per la condizione di secchezza oculare che si protrae spesso per mesi dopo l'intervento.

delle disepitelizzazioni che possono arrivare al distacco quasi totale dell'epitelio<sup>13</sup>. Questa complicanza non prevede l'interruzione del trattamento in quanto la consistenza del *flap* resta invariata. Il sanguinamento che può verificarsi per il passaggio del microcheratomo sui vasi limbari è un'altra complicanza postoperatoria. Vi sono poi delle complicanze legate al cattivo funzionamento del laser o in una impostazione della correzione sbagliata. Per prevenirle è opportuno controllare periodicamente il laser ed eseguire tutti i test prima di ogni procedura verificando quindi la corretta energia, l'omogeneità del fascio e temperatura ed umidità della stanza. Le complicanze postoperatorie possono essere suddivise in precoci e tardive. Tra le precoci vi sono la presenza di strie del *flap* determinate da errato allineamento del *flap* dopo riposizionamento della stesso, da dislocazione nel postoperatorio, nel caso di un *flap* troppo sottile e per eccessive manipolazioni per la difficoltà del riposizionamento<sup>14</sup>. Nell'arco delle prime 24 ore vi può essere la dislocazione del *flap* poiché questo non ha ancora completamente aderito allo stroma. In questi casi si deve riposizionare tempestivamente il *flap* per evitare che diventi edematoso e quindi più difficile da riposizionare. Altre importanti complicanze postoperatorie precoci sono le infezioni rare e ad eziologia variabile e la cheratite lamellare diffusa, un'infiammazione dell'interfaccia ad eziologia sconosciuta che ha come fattore predispo-

<sup>13</sup> Sono molto frequenti in cornee con storia di erosioni epiteliali recidivanti, con distrofie della membrana basale o per l'eccessivo uso di anestetico prima del trattamento che induce tossicità.

<sup>14</sup> Nella correzione delle ametropie elevate la formazione di strie avviene perché il *flap* si distende sul letto stromale con maggiore difficoltà.

nente le disepitelizzazioni<sup>15</sup>. Si manifesta con la comparsa di fini granuli grigi che si raccolgono al centro dalla periferia. Insorge generalmente durante le prime 72 ore postoperatorie e può determinare un astigmatismo irregolare e una diminuzione dell'acuità visiva. È importante, inoltre, valutare tramite topografia corneale il corretto centraggio del trattamento poiché un eccessivo decentramento può comportare diminuzione dell'acuità visiva. Tra le complicanze postoperatorie tardive vi può essere un'ipocorrezione, un'iper-correzione o una regressione del difetto refrattivo. In tal caso sarà consigliabile aspettare qualche mese prima di intervenire nuovamente per essere sicuri di una maggiore stabilità refrattiva. Possibili complicanze tardive possono essere le epitelizzazioni dell'interfaccia che nel caso in cui interessino la zona centrale possono determinare diminuzione dell'acuità visiva o astigmatismi irregolari. È consigliabile in questo caso asportarle risolvendo il *flap* pulendo l'interfaccia. Rara, ma altrettanto importante complicanza legata alla tecnica LASIK, è la formazione all'interno della parte fotoablata, di zone con maggior curvatura. Altra importante complicanza è la cheratectasia. Si manifesta a distanza di tempo variabile dopo la LASIK ed è caratterizzata da diminuzione dell'acuità visiva naturale e corretta ed astigmatismo irregolare. La topografia corneale può presentare una zona di aumento di curvatura generalmente localizzato inferiormente o al centro della zona ablata. Le cause sono dovute o ad un eccessivo assottigliamento della cornea e del letto stromale che si sfianca o per la presenza di cheratocono non diagnosticato. È ormai sancito dalla letteratura scientifica che la prevedibilità, la stabi-

<sup>15</sup> Sono probabili responsabili della cheratite lamellare diffusa, anche detta Sabbia del Sahara, le lame, i secreti ghiandolari e il motore del microcheratomo.

lità e la sicurezza sono i tre fattori necessari per il successo di ogni intervento di chirurgia refrattiva. Questi possono essere raggiunti sia con tecnica RK che con LASIK, ma nonostante il grande successo riportato da quest'ultima, si possono generare a seguito dell'intervento sintomi che rendono la visione non soddisfacente, come nel nostro caso, e che non sono correlabili alla bassa acuità visiva, come più volte ribadito precedentemente, e che sono rappresentati principalmente da: ridotta sensibilità al contrasto, visione annebbiata e aloni. Tra la genesi dei problemi su menzionati, sono da prendere in seria considerazione, il decentramento della zona ottica di ablazione, la presenza di aree di trattamento e di non trattamento nella stessa zona ottica di ablazione, ma anche la presenza di *haze* o di fenomeni cicatriziali. Esiste inoltre un'altra causa di scarso apprezzamento degli esiti del trattamento laser ad eccimeri che è rappresentata dal disagio visivo che si manifesta in condizioni scotopiche, e come nel caso *de quo*, è rappresentato dall'avere un diametro pupillare maggiore di quello della zona di ablazione. Per ovviare a questo inconveniente, generalmente si impiega una zona di ablazione maggiore del diametro pupillare, ma nel nostro caso essendo il diametro pupillare già abbastanza grande (7 mm), non si può ovviare con tale metodica, ma si sarebbe dovuto scegliere altra soluzione chirurgica e non certo la tecnica LASIK. Inoltre poiché la profondità di ablazione aumenta linearmente con l'aumentare delle diottrie da trattare ed esponenzialmente con il diametro della zona ottica, come abbiamo precedentemente esposto, la sicurezza di un risultato refrattivo diminuiscono esponenzialmente, non permettendo al paziente neanche di sottoporsi ad ulteriore intervento, poiché lo spessore corneale non è più disponibile. Secondo dottrina medico-legale ed acclarata giurisprudenza, la presta-

zione del medico, fatte salve le ben note eccezioni dello specialista in chirurgia plastica nonché dell'odontoiatra, appartiene alla categoria delle «obbligazioni di mezzi», distinguendo queste ultime dalle «obbligazioni di risultato», avendo come oggetto le une solo il comportamento professionalmente adeguato, le altre il risultato che il creditore ha diritto di conseguire. Seguendo questo indirizzo, l'obbligazione del medico consisterebbe nel porre in essere un comportamento professionalmente congruo al caso, espressione della diligenza che lo standard medio di riferimento richiede, non essendo obbligato invece a far conseguire un risultato consistente nella guarigione che sarebbe solo in parte causalmente correlata alla prestazione richiesta. Seguendo però le indicazioni fornite da C.M. Bianca circa l'inopportunità di ritenere esistenti delle categorie di obbligazioni che non tendano ad un risultato, laddove invece in tutte le obbligazioni si individua un risultato inteso come momento conclusivo della prestazione che lo caratterizza<sup>16</sup>, nel caso della professione medica il risultato sarebbe *l'operazione chirurgica esattamente eseguita, la corretta diagnosi della patologia in atto, la prescrizione della terapia adeguata*. Dello stesso tenore la Suprema Corte di Cassazione<sup>17</sup> la quale sostiene che «... sebbene la prestazione d'opera professionale si risolva in prestazione di mezzi, e non di risultato, tuttavia in situazioni involgenti l'impiego di specifiche e squisite nozioni tecniche il professionista deve porre in essere i mezzi concettuali ed operativi che, in vista dell'opera da realizzare, appaiono idonei ad assicurare quel risultato che il com-

<sup>16</sup> Bianca C.M., *Inadempimento delle obbligazioni* in Comm. del Cod. Civ. Scialoja e Branca, art. 1218-1219 Bologna-Roma, 1993, pag. 30.

<sup>17</sup> Cassazione civile, II sez., 21 giugno 1983, n. 4245.

mittente e proponente si ripromette dall'esatto e corretto adempimento dell'incarico, con la conseguente valutazione del suo comportamento alla stregua della *diligentia quam in concreto*...». Secondo la responsabilità aquiliana, la riparazione del danno ingiusto si intende quello che è a carico dell'autore del fatto, in quanto è lesa un interesse legittimo ovvero un diritto soggettivo della vittima. Nel momento in cui, tale tutela viene meno, ossia la «situazione di malattia rimane invariata», anzi aggravata, laddove è stato causato un danno peggiore, e «la guarigione» viene impedita da negligente prestazione sanitaria, in tal caso ci si trova di fronte ad una lesione del diritto alla salute che determina un «danno ingiusto» e quindi protetto dall'art. 2043 c.c. Tutto ciò indipendentemente dal rapporto intercorso, vuoi di natura contrattuale o extracontrattuale, laddove il criterio di giudizio deve essere espresso in termini di diligenza, prudenza e perizia, al di là delle stereotipate e teoriche disquisizioni sul diritto, la sostanza del concetto di colpa, da cui l'obbligo risarcitorio, non viene modificata. Quindi in definitiva, possiamo considerare l'operato del chirurgo, nell'applicazione dell'intervento, carente di diligenza e

prudenza, nonché imperito per aver scelto un intervento chirurgico non idoneo alla patologia da trattare così come si presentava nel nostro caso, nonostante il mezzo appropriato e di facile esecuzione e per non aver raggiunto non solo un risultato idoneo, ma per aver bensì peggiorato lo stato visivo del paziente. Il Sanitario non solo non fu in grado di tenere un comportamento congruo al caso, venendo così meno alla diligenza che connota le obbligazioni di mezzo e di risultato, ma siffatta condotta fu altresì causalmente responsabile del danno visivo del T.G., non essendo stati posti in essere i mezzi «concettuali ed operativi» che erano idonei a scongiurare l'impossibilità di una, seppur minima, guarigione. In definitiva si può affermare che si trattò di colpa professionale assunto che, il globale approccio chirurgico-terapeutico-assistenziale mostra una negligente gestione del caso, per non aver fatto scelte corrette di mezzi e di comportamento, aderenti alla letteratura, alla pratica ed in rapporto alle necessità del caso concreto; vi fu negligenza, inoltre, poiché non venne seguito con il massimo interesse e la cura più meticolosa l'assistito in tutte le fasi del rapporto professionale, scadendo nella trascuratezza.

#### Riferimenti bibliografici

- BAGGIO S.: *La Responsabilità della Struttura Sanitaria*, Trattati a cura di Paolo Cendon, Giuffrè Editore, Milano 2008.
- BIANCA C.M.: *Inadempimento delle obbligazioni* in Comm. del Cod. Civ. Scialoja e Branca, art. 1218-1219 Bologna-Roma, 1993, pag. 30.
- BUCCI M.C.: *Oftalmologia*, Società Editrice Universo, Roma 1993.
- DE ROSA G.: *Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri*, *Momento medico*, Salerno 2006.
- FIORI A., MARCHETTI D.: *Medicina Legale della Responsabilità medica*, Giuffrè Editore, Milano 2009.
- LIUZZI L., BARTOLI F.: *Manuale di Oftalmologia*, Minerva Medica, Torino 2002.
- MACCHIARELLI L., ARBARELLO P., DI LUCA N.M., FEOLA T.: *Medicina Legale*, II edizione, Minerva Medica, Torino 2005.
- MCLEOD S.D., MCDONNELL P.J.: *Oftalmologia Clinica Del Nord America, Chirurgia Refrattiva*, Verduci Editore, Roma 2001.
- PUCCINI C.: *Istituzioni di Medicina Legale*, Editrice Ambrosiana, Milano 2003