REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Corte di Appello di Lecce – Sezione seconda civile

La Corte riunita in camera di consiglio e composta dai magistrati:

Dott. Antonio F. Esposito - Presidente rel.

Dott.ssa Consiglia Invitto - Consigliere

Dott. Giovanni Surdo - Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 56/2024 R.G., riservata in decisione all'udienza del 04.11.2025, introdotta da

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentato e difeso dall'avv. [redacted] (C.F. *C.F._2*);

APPELLANTE

contro

CP_1 (C.F. *P.IVA_1*), in persona del Presidente p.t. della *CP_2* Regionale, rappresentata e difesa dall'avv. [redacted] (C.F. *C.F._3*);

APPELLATA

Nonché contro

Controparte_3, in persona del Direttore Generale pro tempore della *Controparte_4*, in qualità di Commissario liquidatore, rappresentata e difesa dall' avv. [redacted] (C.F. *C.F._4*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

ALTRA APPELLATA

OGGETTO: appello avverso la sentenza n. 1716/2023 del Tribunale di Lecce, pubblicata il 07.06.2023.

Sulle note scritte depositate dalle parti in sostituzione dell'udienza del 4.11.2025 la causa è stata rimessa al Collegio per la decisione.

FATTO E DIRITTO

1.- Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* ha convenuto in giudizio dinanzi al Tribunale di Lecce la *CP_1* e il Direttore Generale *Cont* quale Commissario Liquidatore della ex *Cont* di *CP_3*, al fine di ottenere il risarcimento dei danni patiti da infezione per virus dell'Epatite C, a suo dire contratta nel corso di un intervento chirurgico di appendicectomia subito presso l'Ospedale "Santa [redacted] di *CP_3* in data 2.12.1976.

Sosteneva l'attore di essere stato ricoverato presso l'Ospedale di *CP_3* dal 2.12.1976 al 15.12.1976 e di non aver mai avuto problemi di salute prima del suddetto ricovero, né di aver eseguito cure odontoiatriche. Precisava che, a distanza di quaranta giorni dalle dimissioni, in data 27.01.1977, era costretto ad un nuovo ricovero presso la divisione malattie infettive dell'Ospedale di *CP_4* a causa di "*astenia ingravescente associata a vomito e nausea, cui si sovrapponeva comparsa di ittero ed ipertransaminasemia*". Veniva dimesso in data 19.2.1977 con la diagnosi "*Epatite Virale Itterigena*". In data 4.3.1977 veniva nuovamente ricoverato presso la medesima struttura di *CP_4* e dimesso in data 25.3.1977 con diagnosi "*Recidiva Epatitica*". Nell'Agosto del 1994 veniva ricoverato presso il Presidio Ospedaliero di *CP_3* per la cura di una ernia inguinale e, in tale occasione, l'Ospedale rilevava che il paziente aveva subito nel 1977 un ricovero per epatite, ma nulla diceva in riferimento alla epatite "C", sebbene fossero stati rilevati elevati valori di transaminasi. Soltanto nel 2009, a seguito di un nuovo ricovero presso l'Ospedale [redacted] di *CP_4*, veniva rilevata la positività al virus HCV, con la seguente diagnosi di dimissione: "*Ernia obliquo-esterna sn. recidiva. Ernia diretta a dx, HCV* ". In data 24.07.2009 era perfezionata la diagnosi di "Epatite Cronica da HCV in fase attiva", con sospetto di fibrosteatosi e il *Pt_1* si sottoponeva ad esame ago-bioptico epatico che in data

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

18.12.2009 confermava la presenza di "epatite portale e lobulare". In data 1.10.2014 l'attore inviava atto di costituzione in mora alla CP_6, rimasto privo di riscontro.

Costituitisi in giudizio con separate comparse, i convenuti CP_1 e Gestione Liquidatoria della cessata [redacted] eccepivano preliminarmente la prescrizione della domanda e chiedevano, nel merito, il rigetto della pretesa perché infondata.

2.- Il Tribunale, istruita la causa tramite C.T.U., con sentenza n. 1716/2023 respingeva la domanda. Il primo giudice, qualificata l'azione come risarcimento del danno derivante da infezione nosocomiale, pur ritenendo raggiunta la prova del nesso eziologico tra il ricovero del 1976 e l'infezione, ha, invece, reputato non provata la condotta colposa dei sanitari. Posto, infatti, che il giudizio sulla colpa richiede una indagine da svolgersi ex ante, al momento del compimento della condotta rilevante, il giudice di prime cure ha affermato che non poteva essere richiesto ai sanitari un comportamento diverso da quello in concreto adottato, poiché non era esigibile, all'epoca dei fatti, l'adozione di prassi non generalizzate e non normativamente previste.

3.- Avverso detta sentenza Parte_1 ha proposto appello, con il quale, sulla base dei motivi che di seguito saranno esaminati, ha chiesto: - accertare e dichiarare che il Sig. Parte_1 contraeva il virus HCV in occasione del ricovero presso la Divisione di Chirurgia dell'Ospedale "S. [redacted] di CP_3 del Dicembre 1976, nel corso dell'intervento di appendicectomia ovvero nel corso delle successive medicazioni; - condannare, ai sensi dell'art. 1228 c.c., i convenuti al pagamento in favore del Sig. Parte_1 della somma di € 200.920,00, ovvero quella quantificata dal Consulente del Giudice di primo grado o ancora quell'altra somma maggiore o minore che sarà ritenuta di giustizia, a titolo di risarcimento di tutti i danni subiti dall'attore in conseguenza del contagio, il tutto oltre interessi e rivalutazione monetaria dalla maturazione e sino al soddisfo; - accertare e dichiarare che in occasione del ricovero del 1994 presso l'Ospedale "S. [redacted] di CP_3, i medici omettevano di diagnosticare l'epatite C all'attore e, per l'effetto, ai sensi dell'art. 1228 c.c. condannare i convenuti al pagamento della somma di € 58.000,00 ovvero quell'altra somma maggiore o minore che sarà ritenuta di giustizia, in favore del Sig. Parte_1 a titolo di risarcimento dei danni subiti a causa dell'omessa diagnosi, il tutto oltre interessi e rivalutazione monetaria dalla maturazione e sino al soddisfo.

Si è costituita in giudizio la CP_1, che ha contestato la fondatezza dell'appello, rilevando l'assenza di prova in ordine al nesso causale tra l'infezione da Epatite C e l'intervento chirurgico del 1976 e, in ogni caso, la mancata prova della condotta colposa del personale sanitario. Ha dedotto, inoltre, che la struttura sanitaria

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

ha adempiuto agli obblighi su di essa gravanti e che le complicazioni successive devono essere intese quale evoluzione eccezionale e imprevedibile.

Si è costituita anche la *Controparte_3*, che ha contestato la fondatezza dell'appello, rilevando quanto segue: - l'appellante non ha individuato lo specifico comportamento omissivo da cui sarebbe derivata la responsabilità della struttura; - all'epoca dei fatti non era nota l'infezione da Epatite C e non esisteva il test per l'HCV; - non era stato raggiunto l'utilizzo ubiquitario delle più moderne profilassi e, come rilevato dal ctu, non è possibile oggi conoscere la tecnologia in uso all'epoca a *CP_3*. Ha rilevato, inoltre, il difetto di prova in ordine al nesso causale tra intervento del 1976 e l'infezione. Infine, allo scopo di contestare il danno lamentato dall'appellante e derivante dall'omessa diagnosi del 1994, ha messo in rilievo che l'appellante medesimo non si è mai sottoposto alle cure specifiche, ragione per cui la malattia ha seguito il suo corso naturale.

All'udienza del 4.11.2025 la causa è stata rimessa al Collegio per la decisione ai sensi dell'art.352 c.p.c.

*****

3.1. -Con il primo motivo di appello, *Parte_1* censura la sentenza del Tribunale nella parte in cui afferma che, se può dirsi raggiunta la prova in ordine al nesso eziologico tra infezione e ricovero ospedaliero del 1976, lo stesso non può dirsi con riguardo alla prova della condotta colposa dei sanitari coinvolti.

Il giudice di prime cure non avrebbe rilevato che l'Ospedale non ha mai dedotto o provato le eventuali misure di prevenzione adottate per ridurre l'insorgenza e la diffusione di eventuali infezioni nosocomiali. Ritiene, infatti, l'appellante che, all'epoca dei fatti, già esistevano fonti normative e protocolli che obbligavano le strutture sanitarie ad adottare profilassi tese ad evitare il diffondersi di eventuali infezioni. Cita, in proposito, le raccomandazioni scientifiche dei Centres of Diseases Control di Atlanta del 1970, con le quali si prevedevano sistemi di isolamento dei pazienti infetti per categorie e specifiche precauzioni da adottare in relazione alla specifica categoria interessata.

Obietta l'appellante che la struttura sanitaria non solo non ha provato di aver adottato tali misure, ma nulla ha dedotto sul punto. Specifica, inoltre, che, in base ad un consolidato orientamento giurisprudenziale, una volta che il danneggiato abbia provato il nesso causale, incombe sull'Ospedale l'onere di provare l'adozione di tutte le cautele prescritte o, comunque, la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

Ritiene, inoltre, l'appellante che, nel caso di specie, oltre alle linee guida internazionali, esistevano, in ogni caso, le buone pratiche clinico – assistenziali a cui le strutture ospedaliere dovevano attenersi.

3.2. - Con il secondo motivo di gravame, l'appellante lamenta che il primo giudice si sarebbe contraddetto, poiché, dapprima, ha affermato che, in base a quanto statuito dal ctu, all'epoca dei fatti, non erano note norme e prassi idonee al contenimento delle infezioni nosocomiali, mentre, in un secondo momento, ha posto in capo al Pt_1 l'onere di provare le condotte dei sanitari in contrasto con la prassi in uso all' [...] CP_7 . In tal modo, il giudice di prime cure avrebbe affermato implicitamente che una buona prassi, in realtà, esisteva a CP_3 e avrebbe gravato il danneggiato dell'onere di provare il fatto estintivo dell'obbligazione in capo ai sanitari. Tuttavia, secondo quanto stabilito dalla giurisprudenza di legittimità, ove sia dedotta la responsabilità da inadempimento del sanitario, in capo al danneggiato incombe l'onere di provare il nesso causale tra la condotta medica e l'insorgere o l'aggravamento della patologia, mentre grava sul sanitario l'obbligo di fornire la prova liberatoria indicando la causa che ha determinato l'impossibilità della prestazione.

3.3. - Con il terzo motivo, l'appellante lamenta la violazione dell'art. 112 c.p.c. in quanto il primo giudice avrebbe omesso di pronunciarsi e di motivare sulla domanda risarcitoria spiegata dall'attore e avente ad oggetto il risarcimento del danno derivante dalla mancata diagnosi di epatite in occasione del ricovero del 1994.

Nonostante in tale epoca fosse noto il virus HCV e nonostante fossero stati rilevati elevati valori di transaminasi per il Pt_1 , i sanitari dell'Ospedale di CP_3 non diagnosticavano l'epatite C. Soltanto nel 2009 il Pt_1 veniva a conoscenza di essere affetto da tale infezione. Egli, pertanto, non aveva potuto effettuare le proprie scelte di cura nel tentativo di rallentare o bloccare la replicazione del virus. Lamenta l'appellante che tale voce di danno, autonoma e separata rispetto al danno da contagio, non è stata esaminata dal primo giudice. Per di più, il consulente tecnico ha chiarito che durante il ricovero del 1994, in considerazione dei dati clinici emersi, i sanitari avrebbero dovuto già diagnosticare l'infezione e, così, il Pt_1 , presa conoscenza della malattia, avrebbe potuto iniziare le cure. Tale omessa diagnosi ha comportato, dunque, la lesione del diritto all'autodeterminazione del Pt_1 , e, quindi, la possibilità di effettuare libere scelte in relazione non solo alle cure, ma anche, più in generale, alle proprie attitudini psico-fisiche. In conseguenza di ciò, dunque, l'appellante chiede la liquidazione del suddetto danno secondo equità, quantificandolo, in ogni caso, in € 58.000,00.

***

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

4. Il primo e il secondo motivo di gravame possono essere esaminati congiuntamente, risultano fondati e meritano accoglimento.

Il Tribunale ha ritenuto provato dall'appellante il nesso causale tra l'intervento chirurgico del 1976 e l'infezione da epatite C. Il predetto nesso è stato peraltro accertato anche nella consulenza tecnica. Quanto, invece, alla condotta colposa dei sanitari dell' Controparte_7 , il primo giudice ha affermato che la stessa non appare configurabile perché all'epoca non era noto il virus dell'epatite C, con la conseguenza che i sanitari non avrebbero potuto tenere un comportamento diverso da quello in concreto adottato e che, in ogni caso, il Pt_1 non avrebbe dedotto alcuna condotta omissiva degli stessi sanitari.

Giova rammentare che, in tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse (Cass. n. 16900/2023). Inoltre, in tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di un'infezione contratta in ambiente ospedaliero, la prova della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi (compreso quello soggettivo) della responsabilità - nella specie di natura extracontrattuale - della struttura sanitaria, che grava sul soggetto danneggiato, può essere fornita, in ossequio al principio della vicinanza della prova, anche con il ricorso alle presunzioni semplici, in difetto di predisposizione (o anche solo di produzione in giudizio), da parte della struttura sanitaria, della documentazione relativa all'adozione di tutte le misure utili alla prevenzione del contagio (Cass. n. 35062/2024, che ha precisato che, nel caso delle infezioni nosocomiali, l'addossare alla struttura sanitaria la prova 'liberatoria' sulla adozione delle misure atte a prevenire il contagio non comporta un'inversione dell'onere di prova, in violazione del disposto dagli artt. 2697 e 2043 c.c. (o, per altro verso, una impropria applicazione dell'art. 1218 c.c.), ma deve essere inteso come onere di prova 'contraria' volto a contrastare la valenza e l'efficacia probatoria delle anzidette presunzioni che già operano in favore dell'attore in punto di dimostrazione degli elementi costitutivi della fattispecie di responsabilità aquiliana).

Orbene, nel giudizio di primo grado è stato fornita dal Pt_1 la prova della contrazione dell'infezione presso l'Ospedale di CP_3 ed è stato accertato il nesso causale tra l'intervento chirurgico e l'insorgere dell'infezione. In proposito, infatti, il primo giudice ha affermato: *"(…) può dirsi raggiunta la prova del nesso causale tra infezione e ricovero del 1976 (cfr. p. 9 della CTU in atti)"* e nella C.T.U. si legge: *"(…) lo stretto legame cronologico tra ricovero ed epatite itterica rende plausibile il nesso causale."*, nonché *"(…) il periodo di incubazione nelle forme itteriche sintomatiche calza*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

perfettamente con la latenza tra intervento e manifestazioni presentate dal Pt_1 *."* (pag. 7).

Acclarata la contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero e la sussistenza del nesso causale, la struttura sanitaria avrebbe dovuto dare prova di aver messo in atto tutte le misure possibili per evitare o, quantomeno, limitare il rischio dell'insorgenza di una infezione nosocomiale.

Il primo giudice, in accordo con le difese della CP_1 e della ex Cont tuttavia, ha ritenuto non raggiunta la prova della condotta colposa della struttura, in quanto, in virtù di un giudizio ex ante, non si poteva richiedere ai sanitari un comportamento diverso da quello in concreto adottato, stante l'assenza di specifici protocolli e prassi ospedaliere.

La CP_1 e la ex Cont non hanno tuttavia né allegato, né tantomeno provato di aver adottato alcuna misura, ma si sono limitate ad affermare che la struttura sanitaria avrebbe adempiuto ai suoi obblighi, con la conseguenza che le successive complicazioni sono da ritenersi una evoluzione eccezionale e imprevedibile.

La decisione adottata sul punto dal primo giudice non appare condivisibile per i motivi che di seguito indicati.

Avendo il Pt_1 dimostrato la contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero ed il nesso causale, deve anzitutto escludersi che gravi sul paziente l'obbligo di individuare lo specifico comportamento omissivo dei sanitari. Spetta, invece, ai sanitari medesimi fornire la prova di aver posto in essere tutte le misure necessarie nel corso dell'intervento chirurgico e nelle fasi successive allo stesso. Pertanto, non coglie nel segno quanto sostenuto al riguardo dalla difesa della Gestione Liquidatoria ex Cont Sul punto, infatti, il consulente tecnico ha precisato che, trattandosi di ICA, vale a dire di infezioni correlate all'assistenza, queste "*possono essere contratte in sala operatoria ovvero durante le manovre assistenziali: non si fa distinzione"* (Cfr. pag. 9 C.T.U.).

Tanto chiarito, occorre rilevare che le appellate non hanno provato e neppure dedotto di aver posto in essere i necessari accorgimenti e le misure per prevenire l'insorgere dell'infezione. In proposito, pur avendo il ctu rilevato che all'epoca dei fatti non era nota l'epatite C, non esisteva il test per l'HCV e non era stato raggiunto "*l'utilizzo assoluto e ubiquitario della moderne tecnologie di sterilizzazione",* lo stesso ha affermato che: "*Nel 1976 il virus dell'epatite C non era stato isolato (i primi test per individuarne l'anticorpo sono del 1988) per cui le forme da esso cagionate venivano indicate come epatite "non A e non B" o semplicemente itterigene o itteriche. Era nota, tuttavia, l'epatite B e gli accorgimenti da adottare erano i medesimi.*" Da tale ultima affermazione, dunque, è possibile trarre la seguente conclusione: pur non esistendo profilassi specifiche per l'epatite C, esistevano, tuttavia, accorgimenti e prassi da

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

utilizzare nelle ipotesi note di epatite B e questi, in base a quanto stabilito dal ctu, erano i medesimi.

Inoltre, come segnalato dall'appellante, a livello mondiale, già negli anni Settanta era noto il fenomeno delle infezioni nosocomiali ed erano stati adottati i protocolli di Atlanta che prevedevano un sistema di isolamento per categorie di pazienti in caso di sospetta o documentata infezione. Per di più, il Consiglio d'Europa, già a partire dal 1971, aveva emanato numerose raccomandazioni ai Governi in merito al problema delle infezioni nosocomiali e, ancora prima, la Legge n. 132 del 1968 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera", all'art. 19, prevedeva i requisiti che gli ospedali dovevano possedere: un servizio di accettazione, fornito di necessari servizi per l'igiene personale dei malati e locali adeguati per l'osservazione dei ricoverati; idonei locali di degenza distinti a seconda della natura delle prestazioni; locali separati per l'isolamento e la cura degli ammalati di forme diffusive; servizi di disinfezione, lavanderia, guardaroba, bagni, cucina, dispensa.

Da quanto innanzi esposto, deriva, quindi, che le strutture ospedaliere, pur in assenza di specifiche linee guida in materia di infezioni nosocomiali, dovevano, in ogni caso, attenersi a buone prassi che, già in quegli anni, erano proprie di una organizzazione ospedaliera che, seppur non ancora dotata delle attuali tecnologie, doveva garantire la corretta cura dei pazienti e un livello minimo di adeguate condizioni igienico – sanitarie. Sul punto anche la C.T.U. ha confermato che "*Il riferimento era la buona prassi legata alle indicazioni della letteratura ed alla organizzazione del blocco operatorio variabile da ospedale ad ospedale*".

La mancata conoscenza del virus dell'Epatite C, dunque, così come l'assenza di linee guida specifiche per le infezioni nosocomiali, non appare una causa da sola sufficiente ad escludere che i sanitari dell'epoca avrebbero dovuto approntare quantomeno le più basilari misure di prevenzione per garantire la sicurezza delle cure e circoscrivere la diffusione delle infezioni nosocomiali in generale. In accordo a tanto, dunque, ne consegue che le appellate avrebbero dovuto indicare, al fine di andare esenti da responsabilità, tutte le misure adottate all'epoca in osservanza delle buone prassi che erano comunque note e diffuse e che costituivano il minimo esigibile all'interno di una struttura ospedaliera. Anche perché, come già osservato in precedenza, lo stesso ctu ha affermato che all'epoca era nota l'epatite B e gli accorgimenti da prendere erano i medesimi.

Pertanto, non avendo le appellate allegato e provato le misure adottate per evitare il contagio, sussiste la responsabilità della struttura sanitaria.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

Tanto chiarito in ordine all'*an* della responsabilità, occorre esaminare la domanda con cui l'appellante ha chiesto il risarcimento di tutti i danni subiti per effetto del contagio.

Il consulente tecnico ha accertato che: - "*L'epatite C di cui è affetto* Parte_1 *[...] è correlabile al ricovero occorso in occasione dell'intervento di appendicectomia avvenuto il 02.12.1976 presso l'Ospedale "Santa* [redacted] *di* CP_3 "; -"*Il danneggiato ha avuto contezza che l'infezione contratta fosse correlabile al ricovero del 1976 solo nel 2009*"; - "*L'epatite C diagnosticata nel 2009 è correlabile alla diagnosi di epatite virale itterigena formulata nella cartella clinica del 19.02.1977*"; - "*Il danno biologico attualmente è calcolabile nella misura del quindici per cento*".

Pertanto, a titolo di danno non patrimoniale, in considerazione della percentuale di invalidità permanente pari al 15% e dell'età del danneggiato (anni 26) al momento della contrazione dell'infezione, sulla base delle più aggiornate Tabelle di Milano (2024), va riconosciuta in favore del Pt_1 la somma complessiva di € 55.218,00.

Come espressamente spiegato nella relazione di presentazione delle tabelle qui adottate, il valore del punto comprende la liquidazione congiunta del danno non patrimoniale conseguente a lesione permanente dell'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale, sia nei suoi profili anatomo-funzionali e relazionali medi e peculiari dell'entità della lesione, e del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di sofferenza soggettiva, in via di presunzione in relazione ad un dato tipo di lesione. Le tabelle prevedono, altresì, percentuali di aumento per consentire la personalizzazione della liquidazione in presenza di peculiarità, allegate e provate, anche in via presuntiva, dal danneggiato relativi, ancora una volta, agli aspetti anatomo-funzionali e relazionali ovvero agli aspetti di sofferenza soggettiva.

A giudizio della Corte, l'importo sopra indicato deve ritenersi congruo, in quanto non appaiono sussistenti, nel caso di specie, né tantomeno sono stati allegati, specifici elementi che possano indurre a quantificare il danno non patrimoniale di natura permanente subito dall'appellante in misura superiore ai valori monetari medi indicati nelle citate tabelle.

Sulla somma in precedenza indicata, determinata all'attualità, vanno computati gli interessi legali sulla somma devalutata alla data del fatto (2.12.1976) ed annualmente rivalutata fino alla data della presente decisione.

5. - Il terzo motivo di appello è infondato e non merita accoglimento.

La consulenza tecnica ha accertato che "*l'epatite C sì poteva essere diagnosticata in occasione del ricovero in* CP_3 *del 1994",* specificando, tuttavia, che "*In*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

considerazione del fatto che il Pt_1 non ha aderito ad alcuna cura specifica, l'anticipo della conoscenza della patologia non ha modificato in maniera significativa il decorso della malattia. Ancora oggi, in cui abbiamo una cura (DDA) a basso impatto ed a elevatissime probabilità di successo (prossime al 100%), il Pt_1 non ha inteso aderire al protocollo oramai disponibile da alcuni anni". Il ctu, inoltre, ha chiarito che nel 1994 esisteva la terapia con Interferone a cui seguì, verso la fine degli anni Novanta, l'associazione con Ribavirina e poi quella con Interferone Peghilato + Ribavirina, con la precisazione che tali terapie nei casi come quello del Pt_1 , vale a dire genotipo 1b, avevano una percentuale di successo pari a circa il 30% e comportavano anche una serie di effetti collaterali. Ne consegue, quindi, che il Pt_1 , seppur avesse avuto conoscenza della patologia nel 1994, non avrebbe potuto in ogni caso scegliere terapie idonee a ridurre significativamente la patologia da cui era affetto. Per di più, come osservato dal consulente, l'appellante, anche dopo la scoperta della patologia, avvenuta nel 2009, non si è mai sottoposto alle cure specifiche previste, le quali, a partire dal 2014\2015, con l'introduzione dei nuovi antivirali i cosiddetti DDA, consentono di ottenere "*l'eradicazione del genotipo 1b in percentuali elevatissime, vicine alla totalità dei casi trattati"* e risultano a basso impatto sulla salute generale del paziente. Pertanto, aderendo alle conclusioni della ctu che risultano congruamente e logicamente motivate, si può ritenere che: "*l'anticipo della diagnosi al 1994, di fatto è da ritenere di valenza non sostanziale in quanto la malattia ha seguito la sua storia naturale*". Pur dovendo dare atto del consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità in virtù del quale la lesione del bene salute si distingue dalla lesione del diritto ad autodeterminarsi, con conseguenti differenze sul piano del fondamento logico – giuridico, nonché sul piano probatorio (Cfr. Cass. n. 10423/2019), non può ritenersi, nella specie, sussistente la lesione del diritto all'autodeterminazione del Pt_1 , in considerazione del fatto che lo stesso non ha fornito la prova dei pregiudizi concretamente subiti, limitandosi a lamentare la lesione in sé e per sé. La giurisprudenza, infatti, ha chiarito che "*la violazione "dell'obbligo di informazione sussistente nei confronti del paziente può assumere rilievo a fini risarcitori - anche in assenza di un danno alla salute o in presenza di un danno alla salute non ricollegabile alla lesione del diritto all'informazione - a condizione che sia allegata e provata, da parte dell'attore, l'esistenza di pregiudizi non patrimoniali derivanti dalla violazione del diritto fondamentale alla autodeterminazione in sé considerato*" (Cfr. Cass. n. 10423/2019; 34435/2023).

6. In conclusione, l'appello deve essere accolto nei termini di cui in motivazione.

Quanto al regolamento delle spese dell'intero giudizio, da effettuarsi in relazione all'esito complessivo della lite, occorre, da una parte, rilevare che gli appellati risultano soccombenti con riguardo ai primi due motivi di gravame, mentre il terzo motivo, concernente il profilo del risarcimento del danno derivante dalla lesione del diritto

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

all'autodeterminazione, è risultato infondato, con soccombenza sul punto dell'appellante. Si deve, inoltre, considerare che la domanda con cui il *Pt_1* ha chiesto il risarcimento di tutti i danni subiti in conseguenza del contagio è stata accolta in misura inferiore rispetto alla somma richiesta.

Ciò posto, la Corte ritiene congruo disporre la compensazione delle spese del doppio grado di giudizio nella misura di un terzo, con condanna degli appellati al pagamento della restante parte negli importi liquidati in dispositivo.

Per le stesse ragioni, le spese della C.T.U. espletata in primo grado vanno poste a carico degli appellati nella misura di due terzi ed a carico dell'appellante per il restante terzo.

P.Q.M.

La Corte, decidendo sull'appello proposto da *Parte_1* nei confronti di *CP_1* e Gestione Liquidatoria *CP_3* di *CP_3*, avverso la sentenza del Tribunale di Lecce n. 1716/2023 del 07.06.2023, così provvede:

1. accoglie l'appello nei termini di cui in motivazione e, per l'effetto, in riforma dell'impugnata sentenza, condanna *Controparte_8* *[...]* di *CP_3* in solido al pagamento in favore di *Parte_1* della somma di € 55.218,00, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, oltre interessi legali sulla somma devalutata alla data del fatto (2.12.1976) ed annualmente rivalutata fino alla data della presente decisione;
2. condanna *CP_1* e Gestione Liquidatoria *CP_3* di *CP_3* in solido al pagamento in favore di *Parte_1* dei due terzi delle spese di entrambi i gradi del giudizio, che liquida, nell'intero, in € 7.000,00 per il primo grado ed in € 7.000,00 per il presente grado, oltre esborsi, rimborso forfetario, IVA e CAP come per legge;
3. compensa tra le parti il residuo terzo;
4. pone definitivamente le spese della C.T.U. per due terzi a carico di *[...]* *Controparte_8* *CP_3* di *CP_3* e per un terzo a carico di *Parte_1* *[...]*.

Così deciso in Lecce, nella camera di consiglio del 2.12.2025

Il Presidente est.

dott. Antonio F. Esposito

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-567

La presente sentenza è stata redatta su bozza predisposta dal magistrato ordinario in tirocinio dott.ssa [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it