REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Lecce, in persona del giudice dott. Mario Cigna, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile, in prima istanza, iscritta al n. 7443/20168 R.G.,

TRA

Parte_1

rappresentato e difeso dall'avv. [redacted]

ATTORI

CONTRO

CP_1

rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

CONVENUTA

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto notificato l'11-7-2016 *Parte_1* conveniva in giudizio dinanzi a questo Tribunale la *CP_1* per sentirla condannare al risarcimento dei danni, patrimoniali e non, quantificati in € 241.393,20, dallo stesso patiti in conseguenza del negligente ed imperito operato dei sanitari dell' *Controparte_2* .

Nello specifico, l'attore esponeva in punto di fatto che:

in data 20-1-2004, a seguito di una caduta accidentale da un'impalcatura avvenuta durante l'orario di lavoro, fu immediatamente trasportato presso l'Ospedale di *CP_2* , ove gli veniva diagnosticato una frattura completa, comminuta e scomposta della tibia e del perone destro, per la quale fu sottoposto ad intervento di riduzione e sintesi con placca, viti e fissatore esterno;

in data 30-6-2004, sempre presso il detto ospedale, veniva rimosso il fissatore esterno, ed il successivo 7-4-2005 venivano rimossi i mezzi di sintesi interni;

in data 27-12-2005, veniva nuovamente ricoverato per "osteomielite della tibia destra"; in detta occasione, i sanitari non effettuavano alcun esame specifico del secreto, ma solo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

esami ematici di routine, nonostante egli attore, in sede di anamnesi del paziente, aveva riferito la presenza di gemizio dopo la rimozione dei mezzi di sintesi;

la presenza dell'infezione, ormai tramutata in cronica, lo costringeva a rivolgersi alle cure del centro [redacted], in [redacted] ove, a seguito di intervento di *pulizia chirurgica del focolaio osteomielitico e del tramite fistoloso* (effettuato in data 15-12-2006), veniva riscontrata la positività allo *stafilococco aureo*;

seguivano ulteriori interventi (2007-2008), sino alla artrodesi tibio-tarsica, con esiti funzionali gravi e permanenti.

Deduceva, dunque, la responsabilità dei sanitari del presidio ospedaliero di *CP_2* per non aver tempestivamente diagnosticato, e quindi trattato, l'infezione contratta in sede di intervento di rimozione dei mezzi di sintesi interni, eseguito nell'aprile 2005.

Si costituiva l' *CP_1* eccependo, in via preliminare, la nullità della citazione per difetto delle conclusioni, volte alla richiesta di condanna dei sanitari dell' *CP_2* *[...]* e non dell'*Cont* convenuta (conclusioni poi meglio precisate in sede di memorie ex art. 183, comma 6, cpc); sempre in via preliminare, eccepiva la prescrizione decennale del diritto azionato (fatti causa avvenuti nel dicembre del 2005; azione esperita nel luglio 2016); nel merito, contestava la fondatezza della domanda attorea, nell'an e nel quantum, negando qualsivoglia responsabilità dei sanitari in ordine alle condotte contestate, e chiedeva, dunque, il rigetto della domanda.

Il giudizio veniva istruito documentalmente, nonché mediante consulenza medico-legale; precisate le conclusioni, all'udienza del 9-7-2025, veniva riservato per la decisione, con assegnazione dei termini di legge per il deposito di conclusionali e repliche (la cui decorrenza, su richiesta congiunta delle parti, veniva differita per due volte, prorogando, da ultimo, al 13-2-2026 il termine per le memorie conclusionali, ed al 5-3-2026 quello per le repliche).

MOTIVI DELLA DECISIONE

Va, in primo luogo, rigettata l'eccezione di prescrizione sollevata dalla *Cont* convenuta.

Non vi è dubbio, invero, che la responsabilità della struttura sanitaria (pubblica, convenzionata o privata) è di tipo contrattuale, scaturendo la stessa da un contratto atipico di "spedalità" o di "assistenza sanitaria" concluso (almeno "per fatta concludentia") tra il paziente e la struttura, attraverso l'accettazione del primo presso la seconda, natura contrattuale mai messa in dubbio dalla giurisprudenza (Cass. S.U.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

9556/2002 e 577/08), ed espressamente confermata anche dalla L. 2017 (cd. Legge Gelli-Bianco), che all'art. 7 precisa che "la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose"; di conseguenza, nella specie, l'azione proposta dall'attore nei confronti dell'*Cont* avente (come detto) natura contrattuale, è soggetta all'ordinario termine decennale, che decorre, secondo il consolidato principio affermato dalla S.C., "non già dal momento della verificazione materiale dell'evento lesivo, bensì da quello (che può non coincidere col primo) in cui il pregiudizio, alla stregua della diligenza esigibile all'uomo medio e del livello di conoscenze scientifiche proprie di un determinato contesto storico, possa essere astrattamente ricondotto alla condotta colposa o dolosa del sanitario" (v. Cass. 29859/2023).

Orbene, nel caso in esame, l'attore ha avuto per la prima volta conoscenza della diagnosi di osteomielite in data 27-12-2005 (come riconosciuto anche dalla stessa *Cont* convenuta) e il primo atto interruttivo della prescrizione è intervenuto in data 24-2-2025 (v. invito alla stipula della negoziazione assistita notificata alla *Cont*, cui è seguita ulteriore missiva a/r del 16-9-2025; conseguentemente, il diritto al risarcimento del danno non può ritenersi prescritto, non essendo decorso il previsto termine decennale.

Nel merito, la domanda è parzialmente fondata.

Va rilevato che, come noto, la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria comporta, in termini di onere probatorio, che il creditore danneggiato deve provare solo la fonte del suo credito (il contratto) ed allegare l'inadempimento, mentre sarà onere del debitore (medico e/o struttura sanitaria) provare di avere correttamente eseguito la propria prestazione (cioè di avere adempiuto) o, in alternativa, provare che "l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione determinata da causa a lui non imputabile" (art. 1218 cc); detto quadro probatorio deve essere poi completato con il giudizio sulla sussistenza del nesso di causa tra la prestazione del medico (o del sanitario), non conforme alle regole dell'arte, e l'evento dannoso (giudizio da compiersi secondo il criterio del "più probabile che non"), il cui onere è posto ancora una volta a carico del paziente, il quale deve quindi provare tanto l'evento lesivo e le conseguenze pregiudizievoli che ne siano derivate (c.d. causalità giuridica),

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

quanto il nesso di causalità fra quell'evento e la condotta del professionista nella sua materialità; una volta che il creditore abbia provato il nesso eziologico fra la condotta del debitore, nella sua materialità, e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, il debitore dovrà provare l'adempimento o dovrà provare che l'inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione a lui non imputabile.

Muovendo dai principi generali sopra richiamati, si osserva, anzitutto, che, nel caso di specie, risulta pacifica in atti e mai contestata l'esecuzione dei vari interventi presso l' *Controparte_2* , e, nello specifico, dell'intervento dell'aprile 2005 di rimozione dei mezzi di sintesi interni precedentemente apposti.

Quanto poi al dedotto inadempimento contrattuale, la consulenza medica a firma della dott.ssa *Persona_1* in esito all'esame della documentazione agli atti, ha accertato la ricorrenza di un rapporto causale diretto ed esclusivo tra il detto intervento e l'insorgenza dell'infezione batterica nosocomiale (osteomielite).

Più specificatamente, il CTU ha affermato che *"l'infezione nosocomiale, oggetto di indagine, è causalmente riferibile, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione, all'intervento chirurgico del 7-4-2005 effettuato presso l'Ospedale di* [redacted] *(...). Nel caso in esame (...) è possibile ammettere che durante l'intervento chirurgico di rimozione dei mezzi di sintesi il sito operatorio poté essere infettato da una mancata/inidonea sterilità dei mezzi operatori e/o della sala operatoria, da un difetto nelle procedure di filtraggio dell'aria della sala operatoria, ovvero dall'introduzione di materiali e/o dall'uso di strumentazione contaminata da un agente eziologico, che determinò l'insorgenza di un focolaio settico chirurgico di natura iatrogena"*; quindi, ha accertato che, durante detto intervento, *"nonostante l'attuazione di adeguata profilassi antibiotica, il sito chirurgico è stato infettato dallo Staphylococcus Aureus che ha determinato l'insorgenza di un focolaio settico a livello del terzo distale della gamba destra. Tale evento qualificabile come infezione nosocomiale – se per un verso è rapportabile alla responsabilità oggettiva dell'Ente ospedaliero (...) - per altro verso è correlabile ad una condotta sanitaria negligente, identificabile in un ritardo nell'attuazione di terapia antibiotica mirata che poté essere somministrata solo all'esito dell'antibiogramma, ottenuto dopo un esame colturale tardivamente eseguito (dicembre 2005) dopo 7 mesi circa dal primo riscontro di*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

secrezione dalla ferita chirurgica (maggio 2005)"; tale ritardo, ha specificato il CTU, ha favorito la cronicizzazione dell'infezione e ha, dunque, determinato l'aggravamento progressivo delle condizioni cliniche dell'attore, fino alla comparsa di osteomielite cronica evolutiva; ha dunque concluso: *"le cure successive al secondo ricovero, causalmente riferibili all'infezione nosocomiale, non possono ricondursi alle lesioni traumatiche riportate ove queste fossero state adeguatamente trattate. Il successivo iter clinico, infatti, conferma tale tesi dal momento che il sig.* CP_3 *è stato sottoposto ad interventi diagnostici-terapeutici volti ad emendare le complicanze della infezione nosocomiale (osteomielite) in soggetto con stabilità della frattura peronale e tibiale. La disamina di tali eventi evidenzia la gravità ed entità della sovrainfezione batterica che, nonostante l'esecuzione di trattamenti medico chirurgici ripetuti periodicamente, è stata causa del perpetuarsi dell'infezione e della sua diffusione per contiguità ai tessuti e alle strutture molli viciniore con coinvolgimento della sottoastragalica. Si è instaurata in sintesi una concatenazione di eventi patologici tutti in capo alla primaria infezione del sito chirurgico avvenuta nell'aprile 2005. Catena di eventi che ha determinato postumi funzionali e danni estetici più gravi rispetto a quelli che si sarebbero potuti prospettare inizialmente dalle sole lesioni fratturative subite dal paziente, ove queste fossero state adeguatamente trattate unitamente ad alterazione della qualità di vita nelle ordinarie mansioni".*

Orbene, con riferimento alla accertata riconducibilità causale dell'infezione all'intervento eseguito nell'aprile 2005, si condividono le conclusioni cui è pervenuto il CTU, in quanto rese nel pieno soddisfacimento di tutti i criteri medico legali di giudizio (v. al riguardo Cass. 6836/2023, secondo cui "in tema di infezioni nosocomiali, l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria dev'essere effettuato sulla base dei criteri temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione della patologia), topografico (correlato all'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute eziologicamente rilevanti, da valutarsi secondo il criterio della cd. probabilità prevalente) e clinico (in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, dev'essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria"); né, d'altra parte, la convenuta ha assolto al proprio onere probatorio, essendosi limitata

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

semplicemente a dedurre di aver agito nel rispetto dei protocolli scientifici avendo adottato tutte le misure utili e necessarie per una corretta sanificazione del sito chirurgico (v. Cass. 5490/2023, secondo cui "in tema di risarcimento dei danni subiti in conseguenza di infezione cd. nosocomiale, grava sul soggetto danneggiato la prova della diretta riconducibilità causale dell'infezione alla prestazione sanitaria; una volta assolto dal paziente, anche a mezzo di presunzioni, l'onere probatorio relativo al nesso causale, incombe sulla struttura sanitaria, al fine di esimersi da ogni responsabilità per i danni patiti dal paziente, l'onere di fornire la prova della specifica causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, intesa, quest'ultima, non già, riduttivamente, quale mera astratta predisposizione di presidi sanitari potenzialmente idonei a scongiurare il rischio di infezioni nosocomiali a carico dei pazienti, bensì come impossibilità in concreto dell'esatta esecuzione della prestazione di protezione direttamente e immediatamente riferibile al singolo paziente interessato"); impossibilità in concreto non dedotta, e tanto meno dimostrata ,dall'*Cont* nel caso in questione.

In ordine, invece, al ritardo diagnostico-terapeutico della detta infezione, addebitato dal CTU ai sanitari dell'ospedale di *CP_2* , occorre rilevare che, dalla ricostruzione della storia clinica del *CP_3* , per come emerge dalla documentazione in atti, e per come riportata dallo stesso CTU nell'elaborato peritale (v. pag. 2-3-4), emerge che l'attore, a seguito della dimissione ospedaliera dell'8-4-2026, ha eseguito solo due accessi presso il citato ospedale (nelle date del 22-4-2005 e del 2-5-2005), al fine di eseguire le dovute medicazioni; successivamente, dall'11-5-2005 (data in cui per la prima volta è stata riscontrata l'esistenza di una secrezione della ferita chirurgica), e sino alla data del ricovero in ospedale del 27-12-2005, il *CP_3* ha effettuato periodici controlli in visita solo presso la competente sede Inail (avendo l'attore attivato la procedura di infortunio in itinere); dalla detta documentazione, peraltro, risulta che in occasione delle visite ambulatoriali INAIL gli è stato prescritto di eseguire le necessarie medicazioni presso l'ospedale di *CP_2* (v. certificati INAIL da maggio ad agosto 2005 recanti la dicitura "*Prossima medicazione H di* *CP_2* "); ciononostante, l'attore si è rivolto alle cure dei sanitari ospedalieri solo nel dicembre 2005, così di fatto impedendo agli stessi di attivarsi tempestivamente con i dovuti approfondimenti diagnostici.

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

Pertanto, contrariamente a quanto affermato dal CTU in sede di risposta alle osservazioni in merito formulate dall'*Cont* convenuta (la quale ha declinato ogni responsabilità dei propri sanitari sull'assunto che, nel periodo in questione, il *CP_3* non fosse stato preso in carico assistenziale dal presidio ospedaliero, bensì, per l'appunto, esclusivamente da Inail), non vi è alcuna prova in atti - né documentale, tantomeno orale - di un "parallelismo", in detto lasso temporale, dell'assistenza prestata in favore dell'attore tra l' *CP_2* e il detto Ente; con la conseguenza che - discostandosi questo Tribunale dalle conclusioni in merito rese dallo stesso CTU - alcun ritardo diagnostico e/o terapeutico può addebitarsi alla *Cont* convenuta, dovendosi, invece, affermare che detto ritardo è da imputarsi allo stesso *CP_3* che, con la sua condotta negligente, ha concorso -ex art. 1227 cc- all'aggravamento dell'infezione nosocomiale contratta.

In definitiva, sulla scorta delle argomentazioni innanzi esposte, può, dunque, affermarsi la concorrente responsabilità, nella misura del 50% ciascuno, della *Cont* (per la contrazione dell'infezione) e dello stesso attore (per il ritardato accesso alle cure ospedaliere), nella causazione del maggior danno da quest'ultimo subito.

Venendo al quantum debeatur, con particolare riferimento al danno non patrimoniale, il CTU dopo aver specificato che le lesioni fratturative, ove fossero state adeguatamente trattate e non fossero state complicate da alcun processo osteomielitico, avrebbero determinato un danno biologico quantificabile nella misura non inferiore all'8% (danno che sarebbe comunque residuato dalla caduta, anche in assenza del ravvisato errore medico), ha accertato, nella specie, un danno biologico attuale complessivo non inferiore al 28%; il CTU ha poi (erroneamente) proceduto alla differenza aritmetica tra diversi gradi di invalidità accertati, così riconoscendo un danno biologico differenziale non inferiore al 20%; invero, per come meglio si argomenterà nel prosieguo, nelle ipotesi di danno differenziale, come nella specie, ai fini della sua liquidazione, una volta accertato il grado di invalidità permanente effettivo della vittima, e quello che avrebbe presentato se il sinistro non si fosse verificato, non bisogna sottrarre *sic et simpliciter* le due percentuali riscontrate, bensì occorre trasformarle in denaro e poi sottrarre dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata quello relativo al grado di invalidità che sarebbe comunque residuato al danneggiato (v., da ultimo Cass. 4680/2025, secondo cui, "*La liquidazione del danno biologico cd. differenziale* -

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

rilevante qualora l'evento risulti riconducibile alla concomitanza di una causa naturale e di una condotta umana, ovvero quando una menomazione preesistente aggravi i postumi della causa iatrogena o, incidendo negativamente su questi, aggravi la situazione del soggetto leso - va effettuata, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., sottraendo, in termini di range risarcibile, dalla percentuale complessiva del danno interamente ascritta all'agente sul piano della causalità materiale, la percentuale di danno non imputabile all'errore medico, poiché, stante la progressione geometrica e non aritmetica del punto tabellare di invalidità, il risultato di tale operazione risulterà inevitabilmente superiore a quello relativo allo stesso valore percentuale ove calcolato dal punto 0 al punto d'invalidità aritmeticamente corrispondente alla sottrazione, come accadrebbe in caso di frazionamento della causalità materiale"; (v. anche Cass 20894/2024, 26851/2023 e 26117/2021); pertanto, nella specie, si terrà conto unicamente delle percentuali indicate dal CTU nella misura del 28% (danno biologico complessivo) e dell'8% (danno biologico che sarebbe residuato se le lesioni fratturative non fossero state complicate da alcun processo infettivo), come peraltro confermato anche in sede di chiarimenti, ove il detto consulente ha precisato che la valutazione degli esiti invalidanti non può essere ricondotta alla mera limitazione articolare residuata dal trauma fratturativo, ma deve necessariamente tener conto dell'osteomielite ancora 'attiva', quale patologia cronicizzata (resistente ai trattamenti) che integra di per sé una menomazione permanente, idonea a giustificare e rendere pienamente congrua l'entità percentuale attribuita.

Ed ancora, il CTU ha poi accertato in capo all'attore un disturbo post-traumatico da stress (nello specifico, disagio fisico per lesione da caduta e, soprattutto, sofferenza psichica conseguente all'insorgenza dell'infezione in questione), riconoscendo per dette conseguenze un ulteriore danno biologico nella misura del 12%.

Orbene, al riguardo, giova ricordare che, come noto, il danno non patrimoniale costituisce un modello unitario, del quale le singole categorie elaborate dalla giurisprudenza (danno morale, danno esistenziale, danno biologico) hanno solo una mera valenza descrittiva (Cass. SS.UU. nn. 26972, 26973, 26974, 26975 del 2008), e, sebbene ai fini della sua liquidazione occorre tenere conto di tutte le possibili

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

manifestazioni di tale danno, occorre però evitare di incorrere nella artificiosa duplicazione delle poste risarcitorie.

Muovendo da tali premesse, si osserva che le tabelle di Milano – cui il Tribunale ritiene di far ricorso per la liquidazione del danno (Cass. 38077/2021; Cass. 2539/2024) - prevedono la liquidazione congiunta sia del danno non patrimoniale conseguente alla "*lesione permanente all'integrità psico- fisica della persona suscettibile di accertamento medico legale*" nei suoi risvolti anatomo–funzionali e relazionali medi, sia del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di *"dolore*" e *"sofferenza soggettiva"*; evidente, dunque, che il disagio e la sofferenza psichica accertata dal ctu in capo all'attore (danno post-traumatico da stress), quali conseguenze dell'evento lesivo per cui è causa, sono già considerate nella liquidazione del danno non patrimoniale previsto dalle dette tabelle e non possono pertanto essere risarcite come ulteriore ed autonomo danno biologico.

In definitiva, nella specie, parzialmente condividendo le conclusioni della CTU nei limiti innanzi esposti, deve ritenersi che il *CP_3* abbia riportato un danno biologico permanente per le sole lesioni fratturative da caduta pari all'8%, un danno biologico complessivo pari al 28%, oltre ad un danno da invalidità temporanea, per come riconosciuta in perizia, pari a ITT di 180 gg, ITP di 180 gg al 50% e di 18 mesi al 30%.

Venendo alla liquidazione -necessariamente equitativa- del detto danno, alla luce dei detti principi, al fine di determinare il danno risarcibile in questa sede (cd. danno differenziale), deve innanzi tutto procedersi (come detto) alla monetizzazione della percentuale di invalidità permanente complessivamente accertata (28%), per poi sottrarre da tale importo il valore monetario della invalidità che sarebbe in ogni caso residuata al danneggiato anche nel caso di cure diligenti (8%).

Pertanto, in applicazione delle citate Tabelle di Milano, considerata l'età del *CP_3* al momento del sinistro (anni 46), si ritiene equo liquidare, a titolo di danno puramente biologico, la somma come di seguito determinata:

Danno biologico per IP al 28% = € 103.458,00

Danno biologico per IP all'8%= € 14.037,00

Danno biologico iatrogeno differenziale = € 103.458,00 (28%) - € 17.547,00 (8%) = **€ 89.421,00.**

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

A detta somma va aggiunto il danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di "dolore" o “sofferenza soggettiva" (da ritenersi sussistente, atteso l’aggravamento e l’entità dei postumi), pari ad **€ 42.011,00** (ovverosia € 45.521,00 per componente morale al 40% - € 3.510,00 per componente morale all’8%).

Va, in ultimo, aggiunto il danno biologico da temporanea (ITT di 180 gg, ITP di 180 gg al 50% e di 18 mesi al 30%), che viene liquidato in **€ 49.680,00**; il tutto per complessivi **€ 181.112,00** a titolo di danno non patrimoniale, in assenza di allegate e provate “conseguenze anomali o del tutto peculiari” (cd. personalizzazione: conf. Cass. 34793/2021; Cass. 5868/2021; Cass. 28988/2019).

In ordine poi al dedotto danno patrimoniale, vanno riconosciute come dovute le spese sostenute dall’attore, documentate agli atti e ritenute dalla CTU congrue ed in nesso causale con i fatti per cui è causa; spese pari complessivamente ad € 596,11 (peraltro, non specificamente contestate).

Dette somme, in ragione del riconosciuto concorso paritario delle parti (50% *Cont* e 50% *CP_3*), nella causazione del maggior danno subito dallo stesso attore, devono intendersi dimezzate, e quindi pari complessivamente ad euro 90.854,00, di cui euro 44.710,50 a titolo di danno biologico permanente differenziale, euro 21.005,50 a titolo di danno morale, euro 24.840,00 a titolo di danno biologico temporaneo, ed € 298,05 a titolo di danno patrimoniale.

A questo punto, essendo pacifico, tra le parti, che il *CP_3* ha già ricevuto un ristoro da parte di INAIL, avendo riportato un infortunio in itinere, deve procedersi al calcolo del credito risarcitorio residuo allo stesso spettante, in base ai criteri indicati da S.C. 26117/2021, secondo cui ““*In tema di responsabilità medica, nell’ipotesi in cui il danneggiato abbia subìto, in seguito a cure incongrue causate dall’imperizia dei sanitari, l’aggravamento dei postumi di lesioni personali riportate in conseguenza di un infortunio sul lavoro (...), la liquidazione del danno derivante dal predetto aggravamento (cd. “danno iatrogeno differenziale”) va operata, per un verso, secondo il criterio per cui l’indennizzo per danno biologico permanente erogato dall’INAIL a causa dell’infortunio, va detratto dal credito aquiliano per danno biologico permanente vantato dalla vittima nei confronti del terzo responsabile, al netto della personalizzazione del danno morale e, per altro verso, secondo il criterio per cui, ove l’indennizzo sia stato erogato sotto forma di rendita, la detrazione deve avvenire*

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

sottraendo dal credito civilistico il cumulo dei ratei già riscossi e del valore capitale della rendita ancora da erogare, al netto dell'aliquota destinata al ristoro del danno patrimoniale;(...). Il credito residuo vantato verso il responsabile dalla vittima che abbia percepito un indennizzo dall'INAIL va determinato, infine, sottraendo dal risarcimento per "danno iatrogeno" solo l'eventuale eccedenza dell'indennizzo INAIL rispetto al controvalore monetario del danno-base, cioè del danno che comunque si sarebbe verificato anche in assenza dell'illecito".

Per meglio comprendere le modalità di calcolo, ed in particolare in che conto debbano essere considerati i relativi indennizzi INAIL al momento della liquidazione del danno civilistico,

è utile, di seguito, riportare quanto precisato in merito dalla S.C. nella citata sentenza:

"A tal fine è bene ricordare quali pregiudizi siano indennizzati dall'INAIL, per poi esaminare in che conto debbano essere tenuti i relativi indennizzi al momento della liquidazione del danno differenziale.

6.1. Nel caso di infortunio non mortale, l'INAIL esegue in favore della vittima quattro prestazioni principali:

a) eroga una somma di denaro a titolo di ristoro del danno biologico permanente (art. 13 d. Igs. 23.2.2000 n. 38); tale importo viene liquidato in forma di capitale per le invalidità comprese tra il 6 e il 16%, ed in forma di rendita per le invalidità superiori;

b) eroga una somma di denaro a titolo di ristoro del danno (patrimoniale) da perdita della capacità di lavoro; tale danno è presunto juris et de jure nel caso di invalidità eccedenti il 16%, e viene indennizzato attraverso una maggiorazione della rendita dovuta per il danno biologico permanente (art. 13, comma 2, lettera (b), d. Igs. 38/2000 (...);

c) eroga una indennità giornaliera per il periodo di assenza dal lavoro, commisurata alla retribuzione e decorrente dal quarto giorno di assenza (art. 68 d.p.r. 1124/65, cit.);

d) si accolla le spese di cura, di riabilitazione e per gli apparecchi protesici (art. 66 d.p.r. 1124/65).

L'INAIL, dunque, non indennizza il danno biologico temporaneo, non accorda alcuna "personalizzazione" dell'indennizzo per tenere conto delle specificità del caso concreto, non indennizza i pregiudizi non patrimoniali non aventi fondamento medico-legale (ovvero i pregiudizi morali)".

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

Tanto premesso, come sopra chiarito, con riferimento al criterio da utilizzare nel caso (quale quello di specie) in cui il fatto illecito abbia solo aggravato un danno che, sia pure in misura minore, comunque si sarebbe verificato, occorrerà dunque: *"a) stabilire la misura del danno-base e quella dell'aggravamento; b) determinare il complessivo indennizzo dovuto dall'Inali, sommando i ratei di rendita già percepiti e capitalizzando la rendita futura, al netto dell'incremento per danno patrimoniale; c) verificare se l'indennizzo totale sub (b) sia inferiore o superiore al danno base. Nel primo caso, il responsabile dell'aggravamento sarà obbligato a risarcire quest'ultimo per intero; nel secondo caso il responsabile dell'aggravamento sarà tenuto a risarcire quel che resta sottraendo dall'aggravamento la differenza tra l'indennizzo Inail e il danno-base".*

Orbene, nel caso in esame, tenendo conto dei detti criteri, va detto che:

a) l'indennizzo erogato ed erogando dall'INAIL al *CP_3* , a titolo di indennizzo per danno biologico, ammonta ad € 167.810,81 (ovverosia, euro 87.692,94 per valore capitale rendita futura ed € 80.117,87 per ratei già riscossi dal 6-4-2004 al 31-10-2025; v. prospetto Inail allegato dall'attore);

b) il danno-base (inabilità permanente dell'8%) è pari ad euro 14.037,00

c) l'indennizzo INAIL è dunque maggiore del danno base di euro 150.263,81;

d) l'aggravamento imputabile esclusivamente alla responsabilità della *Cont* nella misura del 50% per come accertato, ammonta ad euro 44.710,50.

Ne consegue che la domanda di risarcimento del danno iatrogeno differenziale formulata dall'attore deve essere respinta, essendo l'importo di cui alla lettera c) maggiore di quello di cui alla lettera d).

L'unica voce di danno non patrimoniale risarcibile è quindi quella relativa al danno morale, pari ad euro 21.005,50; va, inoltre, risarcito il danno biologico da inabilità temporanea, liquidato, come detto, in euro 24.840,00, e il danno patrimoniale pari ad euro d € 298,05.

Le somme riconosciute sono liquidate all'attualità, e non sono quindi soggette ad ulteriore rivalutazione; spettano invece gli interessi, atteso che la rivalutazione monetaria e gli interessi sulla somma liquidata assolvono funzioni diverse, poiché la prima mira a ripristinare la situazione patrimoniale del danneggiato quale era anteriormente al fatto generatore del danno e a porlo nelle condizioni in cui si sarebbe trovato se l'evento non si fosse verificato, mentre i secondi hanno natura compensativa,

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

con la conseguenza che le due misure sono giuridicamente compatibili e pertanto debbono essere corrisposti anche gli interessi, potendosi agevolmente presumersi che il tempestivo pagamento avrebbe consentito remunerativi investimenti (conformi, tra le tante, Cass. 22607/2016; 18654/2018, 3173/2016); detti interessi vanno determinati, in mancanza di prova di un ulteriore danno, al tasso legale sulla somma come annualmente rivalutata a decorrere dalla data del sinistro, e quindi dal 7-4-2005, sino alla data della presente sentenza (Cass. S.U. 1712/1995; v., tra le tante successive, Cass. 5503/2003; Cass. 1193771997; Cass, 15823/2005); in altre parole, ai fini del calcolo degli interessi, le somme di cui sopra, aggiornate all'attualità, devono essere, secondo i coefficienti in uso, dapprima riportate al valore effettivo corrente al momento del sinistro (c.d. devalutazione), e sulla somma così ottenuta, vanno calcolati anno per anno (cioè con rivalutazione della somma anno dopo anno) gli interessi legali. Sulla complessiva somma come determinata, divenendo - con la presente sentenza - l'obbligazione di valuta, vanno poi applicati gli interessi legali dalla data di pubblicazione della presente sentenza sino all'effettivo soddisfo.

In considerazione del parziale accoglimento della domanda, le spese di lite vengono compensate tra le parti nella misura del 50%; il restante 50% è posto a carico della *[...]* *CP_1* e vengono liquidate come da dispositivo.

Le spese di CTU, nella misura già liquidata con separato decreto, sono poste definitivamente a carico della convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale di Lecce, Sezione Prima Civile, in composizione monocratica, in persona del dott. Mario Cigna, definitivamente pronunziando sulla domanda proposta, con atto 11-7-2016, da *Parte_2* , nei confronti di *CP_1* così provvede:

accoglie parzialmente la domanda attorea e, per l'effetto, condanna la *CP_1* al pagamento della complessiva somma di euro 46.143,55, di cui euro 21.005,50 a titolo di danno morale, euro 24.840,00 a titolo di danno biologico da inabilità temporanea ed euro 298,05 a titolo di danno patrimoniale; oltre interessi legali per come indicato in parte motiva;

compensa le spese di lite tra le parti nella misura del 50%;

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766

condanna l' *CP_1* a rifondere il restante 50% delle spese di lite in favore dell'attore, che si liquidano in complessivi euro 3.808,00, oltre € 759,00per spese vive, oltre rimborso forfettario delle spese generali e accessori come per legge;

pone definitivamente a carico della *CP_1* le spese di CTU

Lecce, 27-3-2026

Il Giudice

Dott. Mario Cigna

La presente sentenza è stata redatta su bozza predisposta dal funzionario dell'Ufficio del Processo, dott.ssa [redacted]

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-766