N. R.G. 2072/2018

TRIBUNALE ORDINARIO di RIMINI

Sezione Unica CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. R.G. **2072/2018**

tra

Parte_1
Parte_2
Parte_3

ATTORE/I

e

Controparte_1
[...]

CONVENUTO/I

Oggi **19 aprile 2022** alle ore 9,15 innanzi alla Dr.ssa Ilaria Giambelli, sono comparsi:

Per *Parte_1* deceduto)
Per l'avv. e l'avv. (*C.F._1*)
Per *Parte_3* l'avv.
l'avv.
oggi sostituito dall'avv.
Controparte_1 l'avv. oggi sostituito dall'avv.
presente personalmente la parte *Parte_2* .

Il Giudice invita le parti a precisare le conclusioni.

Dopo breve discussione orale, durante la quali le parti si riportano alle proprie deduzioni ed eccezioni, il Giudice pronuncia come da sentenza *ex* art. 281 *sexies* c.p.c.

Il Giudice

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO di RIMINI

Sezione Unica CIVILE

Il Tribunale, in composizione monocratica nella persona del Giudice Dr.ssa Ilaria Giambelli ha pronunciato *ex* art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. R.G. **2072/2018** promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._2*), con il patrocinio dell'Avv. e dell'Avv. , elettivamente domiciliato in presso il difensore Avv.

(C.F. *C.F._3*), con il patrocinio dell'Avv. e dell'Avv. (*C.F._1*) , elettivamente domiciliato in presso il difensore Avv.

Parte_3 (C.F. *C.F._4*), con il patrocinio dell'Avv. e dell'Avv. , elettivamente domiciliato in Indirizzo Telematico presso il difensore Avv.

ATTORE/I

contro

(C.F.), con il patrocinio dell'Avv. elettivamente domiciliato in cap presso il difensore Avv.

(C.F. *C.F*), con il patrocinio dell'Avv. elettivamente domiciliato in cap presso il difensore Avv.

CONVENUTO/I

I procuratori delle parti hanno precisato le conclusioni riportandosi alle note conclusive depositate in via telematica.
La causa è stata iscritta a ruolo in data 29.09.2018 e, tenuto conto delle questioni trattate, decisa a seguito di discussione orale ex art. 281 *sexies* c.p.c., con la pronuncia immediata della sentenza.

Sentita l'esposizione dei difensori in ordine alle posizioni tutelate, il Giudice così provvede.

MOTIVI IN FATTO ED IN DIRITTO

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

Con ricorso ex art. 702 *bis* c.p.c. ritualmente notificato, *Parte_1* conveniva in giudizio *[...]* *CP_2* e il dott. *Controparte_3* in solido fra loro e ciascuno per il proprio titolo di responsabilità per sentirli condannare al risarcimento dei danni patiti a seguito del loro inadempimento e/o dal fatto illecito sorto in occasione ed in conseguenza del ricovero ospedaliero e dell'intervento chirurgico subiti dal sig. *Pt_1*

Si costituivano in giudizio *CP_2* e il dott. *Controparte_1* chiedendo la reiezione della domanda attorea ed eccependo altresì, stante la complessità della causa, la necessità di istruttoria.

Il Giudice, ritenuta la necessità di svolgere ulteriore istruttoria, disponeva il mutamento del rito con rinvio per l'ammissione dei mezzi di prova e disponendo l'acquisizione della CTU già svolta nel procedimento per ATP avente R.G. 4562/2016 e l'acquisizione presso la competente sede *Org_1* della documentazione attestante le somme corrisposte e/o da corrispondersi al ricorrente in conseguenza del sinistro.

In data 13.12.2021, stante il decesso del ricorrente, si costituivano in causa le eredi dello stesso, *Pt_3* *[...]* e *Parte_2* .

Espletati gli incombenti preliminari, la causa veniva istruita con l'escussione dei testi ammessi.

Infine, sulle conclusioni formulate dalle parti alla odierna udienza, la causa veniva decisa a seguito di discussione orale.

***

La controversia è senza alcun dubbio inquadrabile nella tematica della responsabilità di natura contrattuale.

Dall'identificazione della responsabilità oggetto di causa quale responsabilità contrattuale consegue che, ai fini del riparto dell'onere probatorio, il paziente danneggiato potrà limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o del contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e ad allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo invece a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (si vedano, *ex multis*, Cass., S.U., 11.01.2008, n. 577; Cass., 16.01.2009, n. 975; Cass., 12.12.2013, n. 27855; Cass., 26.02.2013, n. 4792; Cass., 20.10.2014 n. 22222; Cass., 20.10.2015, n. 21177, Cass 13.10.2017 n. 24073).

L'attore danneggiato è, dunque, esonerato dal provare la negligenza del sanitario, potendosi limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali *species* dell'inadempimento degli obblighi assunti con il contatto sociale ovvero con il contratto di spedalità (anche di recente Cass., sezione III, n. 26517 del 9.11.2017 ha ribadito che: "*in tema di responsabilità medica non è onere dell'attore provare la colpa del medico, ma è onere di quest'ultimo provare di avere tenuto una condotta diligente*").

A tale proposito va ricordato che "*il rapporto che si instaura tra paziente ... e casa di cura privata (o ente ospedaliero) ha fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 cod. civ., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti esser eanche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto" (Cass. 26/1/2006 n. 1698; Cass. 22/3/2007 n. 6945)1.

È noto che – secondo i principi che governano la responsabilità contrattuale – la struttura sanitaria convenuta in giudizio per ipotesi di malpractice è tenuta a fornire la prova liberatoria richiesta dall'art. 1218 c.c., con la conseguenza che il mancato raggiungimento di tale prova (compreso il mero dubbio sull'esattezza dell'adempimento) non può che ricadere a suo carico. Si veda ad esempio Cass. 12/12/2013 n. 27855, secondo la quale "*in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore deve provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia con l'allegazione di qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno"; Cass. 20/10/2015 n. 21177, secondo la quale "in tema di responsabilità per attività medico-chirurgica, l'attore deve provare l'esistenza del rapporto di cura, del danno e del nesso causale e solo allegare la colpa del medico, sul quale incombe l'onere di dimostrare che l'eventuale insuccesso dell'intervento, rispetto a quanto concordato o ragionevolmente attendibile, sia dipeso da causa a sé non imputabile"*.

Tanto premesso, occorre trattare del merito della domanda, dando atto delle conclusioni cui è pervenuto il CTU all'esito delle operazioni peritali nel procedimento per accertamento tecnico preventivo.

Nel caso in esame, infatti, la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria emerge chiaramente dalle considerazioni medico-legali contenute nella relazione del C.T.U. dott. *Persona_1* svolta nel procedimento per ATP avente RG 4562/2016 acquisita nel presente procedimento che, a pag. 31 riporta "tali evidenze, quindi, dimostrano a nostro avviso la responsabilità della struttura sanitaria per la comparsa di una infezione del sito chirurgico" e pag. 32 specifica che "nel caso di specie, sulla base dell'analisi della documentazione sanitaria, è possibile identificare un periodo di maggior danno biologico temporaneo attribuibile alle conseguenze dell'infezione, che si compendiava in necessità di eseguire ricovero in ambiente specialistico", per poi concludere affermando che "è lecito ritenere che il danno biologico permanente si strutturi dunque sull'embricazione di due componenti (…) Da un lato è infatti da considerarsi il danno biologico permanente, inemendabile, che sarebbe comunque esitato in assenza della complicanza di natura infettiva. Esso è stimabile in una percentuale pari al 10%; su questo danno si stratifica, a titolo di danno differenziale, il maggior danno biologico di natura iatrogena afferibile alle complicazioni infettive, al maggior deficit funzionale (…) in una percentuale dell'8%".

Inoltre, secondo quanto affermato dal CTU, i trattamenti a cui l'attore è stata sottoposto dovevano considerarsi routinari in relazione alla specializzazione dei medici coinvolti nonché delle disponibilità diagnostico-strumentali dell' *CP_2* di Rimini, e, pertanto, non può trovare applicazione, nel caso di specie, la limitazione della responsabilità alle sole ipotesi di dolo o colpa grave, prevista dall'art. 2236 c.c. nel caso di risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

Le conclusioni della relazione peritale devono essere condivise, in quanto rese all'esito di un esame completo e approfondito della documentazione sanitaria e motivate in maniera congrua e priva di vizi logici.

A fronte della suddetta CTU, parte convenuta *CP_2* non ha allegato alcuna valida prova contraria atta a contestare le risultanze mediche e documentali allegate alla stessa; quanto alla specifica responsabilità del dott. *Controparte_1* nello specifico nulla dice la CTU sulla responsabilità specifica dello stesso nella causazione dell'infezione, essendo la stessa ricondotta in una generale "non ottimale gestione della catena profilattica e gestionale cui è tenuto, per obbligo contrattuale, l'ente

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

ospedaliero” (pag. 30 CTU).

Si ritiene dunque provata la corresponsabilità dell’ *CP_2* e dell’ente ospedaliero in generale nella causazione dell’evento lesivo finale per cui è causa, nelle percentuali indicate nella CTU stessa e sopra indicate e pertanto, alla luce delle argomentazioni sopra svolte, deve essere dichiarata la responsabilità dei convenuti per i danni riportati dall’attore in conseguenza della non corretta esecuzione della prestazione sanitaria, dovendosi ritenere che, se il trattamento delle lesioni fosse stato eseguito secondo le *leges artis*, verosimilmente il paziente avrebbe riportato dei postumi permanenti di entità meno grave rispetto a quelli riscontrati.

Una volta accertato l’inadempimento dei convenuti, occorre ora individuare le conseguenze dannose che ad esso possono essere ricondotte.

Il CTU ha evidenziato che “*Nel caso di specie, sulla base dell'analisi della documentazione sanitaria, è possibile identificare un periodo di maggior danno biologico temporaneo attribuibile alle conseguenze dell'infezione, che si compendiava in necessità di eseguire ricovero in ambiente specialistico (Divisione di Malattie Infettive), subire intervento di toilette chirurgica con asportazione dei tessuti necrotici e di due sequestri ossei, eseguire terapia medica mirata, ritardare il carico in esiti di ritardo di consolidazione della frattura. Tale lasso di tempo può essere equamente stimato in: - giorni 10 (dieci) di danno biologico temporaneo assoluto (100%); - giorni 45 (quarantacinque) di danno biologico temporaneo al 75%; - giorni 90 (novanta) di danno biologico temporaneo al 50%. (...)Secondo quanto sopra argomentato, è lecito ritenere che il danno biologico permanente, relativamente al distretto anatomico de quo, si strutturi dunque sull'embricazione di due componenti. Da un lato è infatti da considerarsi il danno biologico permanente, inemendabile, che sarebbe comunque esitato in assenza della complicanza di natura infettiva. Esso è stimabile, tenuto conto delle casistiche di riferimento relative all'outcome in casi consimili ed in particolar modo della prevedibilità di esiti non incoraggianti, a fronte della scomposizione e della marcata frammentazione del focolaio fratturativo in questione, in una percentuale pari al 10 (dieci)%. Su questo danno si stratifica, a titolo di danno differenziale, il maggior danno biologico di pertinenza iatrogena afferibile alle complicanze infettive, al maggior deficit funzionale dovuto alla complicanza osteomielitica ed alla compartecipazione del processo infettivo nella genesi dell'atrofia di Sudeck. Per questa voce di danno è possibile riconoscere, sulla base dei riferimenti dei principali baremes medico legali, una percentuale pari al 8 (otto)%. Questi otto punti percentuali devono ovviamente essere intesi come quelli compresi dal decimo al diciottesimo punto percentuale dell'integrità psico-fisica complessiva del Sig. *Pt_1* Ne consegue che il danno biologico permanente, globalmente inteso, appare stimabile in misura pari al 18 (diciotto)%”.*

Anche la stima dei danni effettuata in sede di accertamento tecnico preventivo deve essere recepita.

La quantificazione del danno alla salute deve avvenire con un criterio differenziale, dal momento che, nella determinazione del grado di invalidità permanente, devono escludersi quei postumi che si sarebbero comunque manifestati, anche in assenza dell’errore medico.

Tale differenza dovrà essere calcolata non sul grado di invalidità permanente, ma sui relativi valori monetari, in particolare sottraendo, dal risarcimento dovuto per il danno effettivamente residuato in *corpore*, il valore monetario dell'invalidità che sarebbe comunque residuata in caso di tempestiva cura (in termini Cassazione civile sez. III, 31.05.2018, n.13765).

L’operazione sopra illustrata si giustifica in quanto il valore monetario del punto di invalidità cresce più che proporzionalmente rispetto al crescere dell’invalidità. Pertanto, se il calcolo del danno differenziale avvenisse sottraendo dal grado percentuale di invalidità permanente effettivamente residuato il grado percentuale di invalidità permanente che sarebbe residuato in assenza di colpa del medico, la conversione in termini monetari della lesione alla salute avverrebbe senza tenere conto che il

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

surplus di invalidità ascrivibile all'intervento del medico si è innestato non su una situazione di validità preesistente, ma su una situazione già compromessa.

Nel caso di specie, il danno iatrogeno deve essere quantificato, sulla base delle conclusioni raggiunte dalla CTU, nella differenza tra il danno da invalidità permanente nella misura del 18%, pari al danno effettivamente residuato, e il danno da invalidità permanente che sarebbe comunque residuata in assenza di colpa dei medici, individuata dal CTU nella misura dell'8%.

In punto di *quantum*, la liquidazione del danno deve essere effettuata facendo applicazione delle tabelle dell'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano del 2021, rielaborate a seguito della sentenza delle Sezioni Unite dell'11.11.2008.

Vista l'età del danneggiato al momento del fatto (49 anni), il danno deve essere quantificato nella somma di € 24.941,00, pari alla differenza tra il danno da invalidità permanente nella misura del 18% (€ 42.023,00) e il danno da invalidità permanente nella misura del 10% (€ 17.082,00).

Il danno non patrimoniale conseguente alla ritenuta invalidità temporanea va liquidato come segue:

Invalidità temporanea totale	€ 990,00
Invalidità temporanea parziale al 75%	€ 3.341,25
Invalidità temporanea parziale al 50%	€ 4.455,00
Totale danno biologico temporaneo	€ 8.786,25

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Quanto alla presunta personalizzazione del danno richiesta da parte attrice, la stessa non è fondata né è stata adeguatamente provata neppure tramite l'istruttoria per testi.

Come è noto, infatti, il danno biologico, rappresentato dall'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato, è liquidato con il metodo c.d. tabellare in relazione a un "barème" medico legale che esprime in misura percentuale la sintesi di tutte le conseguenze ordinarie che una determinata menomazione presumibilmente riverbera sullo svolgimento delle attività comuni ad ogni persona. Esso può essere incrementato in via di "*personalizzazione*" in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate e provate dal danneggiato, le quali rendano il danno subito più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da lesioni personali dello stesso grado sofferte da persone della stessa età e condizione di salute (Cass. Civ. Sez. III, ordinanza n. 27482 del 30/10/2018).

Parte attrice avrebbe dovuto individuare specifiche circostanze che incidano su aspetti "eccezionali" e non semplicemente quotidiani della vita tali, per caratteristiche, dimensione od intensità ed in relazione alle proprie particolari condizioni di vita, da porli al di fuori delle conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età. Nella specie, nessuna

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

circostanza specifica ed eccezionale, atta a supportare la personalizzazione nei termini richiesti risulta dimostrata, posto che una parte dei pregiudizi descritti, attengono ad elementi non eccezionali, considerata l'età dell'attore, e ad attività quotidiane.

Ed invero, si rende necessario ricordare come, con riguardo alla liquidazione del danno non patrimoniale, la giurisprudenza di legittimità si è oramai consolidata nel ritenere che – ai fini della c.d. "personalizzazione" del danno – debbano essere valorizzate e valutate dal giudice le specifiche circostanze di fatto, peculiari al caso sottoposto ad esame e tali da consentire il superamento delle conseguenze 'ordinarie' già previste e compensate dalla liquidazione forfettizzata del danno non patrimoniale assicurata dai meccanismi tabellari; da queste ultime distinguendosi, appunto, in virtù di una singolare esperienza di vita individuale "*caratterizzata da aspetti legati alle dinamiche emotive della vita interiore o all'uso del corpo e valorizzazione dei relativi aspetti funzionali",* così come messi in luce dalle risultanze argomentative e probatorie obiettivamente emerse ad esito del dibattito processuale (cfr. Cass. civ., sez. III, 6 luglio 2017 – 21 settembre 2017, n. 21939). In sostanza, le esigenze di personalizzazione del risarcimento del danno devono muovere da circostanze diverse da quelle che sono diretta e naturale conseguenza del danno biologico, ossia circostanze definite in più occasioni "*specifiche ed eccezionali*" che rendono il danno concreto più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età e come tali, quindi, idonee a giustificare un incremento giudiziale delle somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione (cfr. Cass. civ., sez. III, 7 novembre 2014, n. 23778; Cass. civ., sez. III, 18 novembre 2014, n. 24471).

In applicazione di tali principi, di recente, la Suprema Corte ha precisato e ribadito il suo orientamento laddove – al fine di riconoscere un aumento risarcitorio per lesione alla salute – opera una distinzione tra le conseguenze dannose che possono inevitabilmente determinarsi, inquadrandole in due gruppi differenti. Infatti, si afferma che "*le conseguenze della menomazione, sul piano della loro incidenza sulla vita quotidiana e sugli aspetti "dinamicorelazionali", che sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito il medesimo tipo di lesione, non giustificano alcun aumento del risarcimento di base previsto per il danno non patrimoniale. Al contrario, le conseguenze della menomazione che non sono generali ed inevitabili per tutti coloro che abbiano patito quel tipo di lesione, ma sono state patite solo dal singolo danneggiato nel caso specifico, a causa delle peculiarità del caso concreto, giustificano un aumento del risarcimento di base del danno biologico*" (Cass. civ., sez. 3, ord. 27 marzo 2018, n. 7513).

Nell'ottica dell'incremento risarcitorio, non rileva quale aspetto dinamico-relazionale della vita della vittima sia stato effettivamente compromesso, rileva, invece, la straordinarietà e non ordinarietà di quella/e conseguenza/e, perché solo in tal caso essa non sarà ricompresa nel pregiudizio espresso dal grado percentuale di invalidità permanente individuato dal CTU. Tuttavia, come sottolinea la Corte nella summenzionata ordinanza, ai fini della personalizzazione del danno non patrimoniale, non risulta sufficiente l'apprezzamento di circostanze solo asseritamente personalizzanti e nemmeno lo è l'enunciazione generica, astratta o ipotetica dell'eccezionalità delle conseguenze dannose del caso di specie (cfr. Cass. civ., sez. 3, 18 novembre 2014, n. 24471), al contrario, occorre un'opportuna articolazione analitica delle singole voci attraverso la valorizzazione dei profili di concreta riferibilità e inerenza alla personale, specifica e irripetibile esperienza di vita della vittima; infatti, «*le circostanze di fatto che giustificano la personalizzazione del risarcimento del danno non patrimoniale integrano un "fatto costitutivo" della pretesa, e devono essere allegate in modo circostanziato e provate dall'attore»* con ogni mezzo di prova consentito, compresa l'allegazione del notorio, delle massime di comune esperienza e delle presunzioni semplici (già ritenuto con la nota sentenza pronunciata da Sez. U., 11 novembre 2008, n. 26972). Dunque, fornire la prova concreta dell'effettivo (e maggior) pregiudizio sofferto dalla vittima – in sé meritevole di una tutela risarcitoria aggiuntiva rispetto a quanto già contemplato dalla liquidazione tabellare – è condizione indispensabile per procedere alla liquidazione

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

di eventuali conseguenze dannose peculiari, scongiurando il rischio di dare vita ad inammissibili duplicazioni risarcitorie.

Ebbene, alla luce dei principi che precedono, nel caso in esame, non è possibile riconoscere a parte attrice alcun grado percentuale di personalizzazione sul danno non patrimoniale, atteso che nulla in tal senso è stato allegato dallo stessa.

Posto che l'onere della allegazione della prova resta a carico di parte attrice, sulla base di quanto dedotto e allegato nell'atto introduttivo, nessuna documentazione prodotta sembra evidenziare circostanze di fatto straordinarie, così come nessuna particolare attività concretamente riferibile al danneggiato risulta essere stata pregiudicata in modo specifico dai postumi permanenti dell'evento lesivo, se non nella misura in cui una determinata attività sia normalmente pregiudicata ad altro soggetto che sia incorso nelle medesime conseguenze lesive; condizione quest'ultima non idonea, come già visto, a giustificare un incremento risarcitorio del danno non patrimoniale di base.

Quanto al danno patrimoniale, non può essere riconosciuto il danno da lesione alla capacità lavorativa specifica richiesto dall'attore.

Per orientamento costante della giurisprudenza di legittimità, infatti, il danno alla capacità lavorativa specifica rappresenta un danno patrimoniale e, pertanto, "*l'accertamento dell'esistenza di postumi permanenti incidenti sulla capacità lavorativa specifica non comporta l'automatico obbligo di risarcimento del danno patrimoniale da parte del danneggiante, dovendo comunque il soggetto leso dimostrare, in concreto, lo svolgimento di un'attività produttiva di reddito e la diminuzione o il mancato conseguimento di questo in conseguenza del fatto dannoso*" (Cass. 15238/2014).

Nel caso di specie, nulla è stato adeguatamente dimostrato da parte dell'attore quanto alla diminuzione dei propri redditi da lavoro in conseguenza dell'evento dannoso.

Su tali conclusioni, è necessario concentrarsi sulle indennità corrisposte dall' *Org_1* .

A tale proposito, nel caso di specie al sig. *Pt_1* da parte dell' *Org_1* è stata riconosciuta una rendita a titolo di risarcimento del danno biologico permanente ai sensi del d.lgs. 38/2000 e di ristoro del danno patrimoniale, oltre all'indennità temporanea per assenza dal lavoro e al rimborso delle spese specificate nel "dettaglio prestazioni" datato 20.05.2019 e depositato il 7.06.2019.

Contrariamente a quanto asserito da parte attrice, tuttavia, la relazione di visita medica per l'accertamento della menomazione dell'integrità psicofisica del *Pt_1* è datata 3.02.2016, data nella quale le condizioni fisiche dell'attore erano già consolidate anche a seguito dell'infezione riportata in corso di ricovero ospedaliero e dunque valutabili complessivamente in sede di visita medica da parte del medico legale, a nulla rilevando che a detta data non fosse stata ancora radicata la presente causa.

Dunque, la valutazione del medico legale dell' *Org_1* comprendeva necessariamente le condizioni fisiche globali del *Pt_1* non emergendo in alcun punto della valutazione un discrimine fra il danno causato dal sinistro lavorativo e quella causato dalla struttura ospedaliera.

Come è noto, l' *Org_1* non indennizza unicamente il danno morale (in quanto pregiudizio non patrimoniale non avente fondamento medico legale), il danno biologico temporaneo, la c.d. personalizzazione del danno in relazione alla specificità del danno concreto.

Al riguardo, occorre premettere che, come affermato dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, chiamate a dirimere il contrasto giurisprudenziale rilevato in diverse questioni in materia di *compensatio lucri cum damno*, "*L'importo della rendita per l'inabilità permanente, corrisposta dall'Org_1 per l'infortunio "in itinere" occorso al lavoratore, va detratto dall'ammontare del risarcimento dovuto, allo stesso titolo, al danneggiato da parte del terzo responsabile del fatto illecito, in quanto essa soddisfa, neutralizzandola in parte, la medesima perdita al cui integrale ristoro mira la*

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

disciplina della responsabilità risarcitoria del terzo al quale sia addebitabile l'infortunio, salvo il diritto del lavoratore di agire nei confronti del danneggiante per ottenere l'eventuale differenza tra il danno subìto e quello indennizzato" (Cass., S.U., 12566/2018).

In particolare, le Sezioni Unite con la pronuncia citata hanno affermato che "*In altri termini, il risarcimento deve coprire tutto il danno cagionato, ma non può oltrepassarlo, non potendo costituire fonte di arricchimento del danneggiato, il quale deve invece essere collocato nella stessa curva di indifferenza in cui si sarebbe trovato se non avesse subito l'illecito: come l'ammontare del risarcimento non può superare quello del danno effettivamente prodotto, così occorre tener conto degli eventuali effetti vantaggiosi che il fatto dannoso ha provocato a favore del danneggiato, calcolando le poste positive in diminuzione del risarcimento. (...) occorre in primo luogo considerare che, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, la rendita* Org_1 *costituisce una prestazione economica a contenuto indennitario erogata in funzione di copertura del pregiudizio (l'inabilità permanente generica, assoluta o parziale, e, a seguito della riforma apportata dal d.lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, anche il danno alla salute) occorso al lavoratore in caso di infortunio sulle vie del lavoro. Indubbiamente il ristoro del danno coperto dall'assicurazione obbligatoria può presentare delle differenze nei valori monetari rispetto al danno civilistico (Cass., Sez. lav., 11 gennaio 2016, n. 208; Cass., Sez. lav., 10 aprile 2017, n. 9166). Nondimeno, la rendita corrisposta dall'*Org_1 *soddisfa, neutralizzandola in parte, la medesima perdita al cui integrale ristoro mira la disciplina della responsabilità risarcitoria del terzo, autore del fatto illecito, al quale sia addebitabile l'infortunio in itinere subito dal lavoratore. 5.1. - D'altra parte, il sistema normativo prevede un meccanismo di riequilibrio idoneo a garantire che il terzo responsabile dell'infortunio sulle vie del lavoro, estraneo al rapporto assicurativo, sia collateralmente obbligato a restituire all'*Org_1 *l'importo corrispondente al valore della rendita per inabilità permanente costituita in favore del lavoratore assicurato. Difatti, l'art. 1916 cod. civ. dispone che l'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso il terzo danneggiante. Tale disposizione si applica, per espressa previsione, «anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali», estendendosi così il diritto di surrogazione agli enti esercenti le assicurazioni sociali (cfr. Cass., Sez. U., 16 aprile 1997, n. 3288). Il diritto di surrogazione stabilito a favore dell'assicuratore comporta, per effetto del pagamento dell'indennità, una sostituzione personale ope legis di detto assicuratore all'assicurato-danneggiato nei diritti di quest'ultimo verso il terzo responsabile del danno (Cass., Sez. III, 16 gennaio 1985, n. 99). (...) 5.3. - La surrogazione, mentre consente dall'istituto di recuperare dal terzo responsabile le spese sostenute per le prestazioni assicurative erogate al lavoratore danneggiato, impedisce a costui di cumulare, per lo stesso danno, la somma già riscossa a titolo di rendita assicurativa con l'intero importo del risarcimento del danno dovutogli dal terzo, e di conseguire così due volte la riparazione del medesimo pregiudizio subito. Pertanto, le somme che il danneggiato si sia visto liquidare dall'*Org_1 *a titolo di rendita per l'inabilità permanente vanno detratte dall'ammontare dovuto, allo stesso titolo, dal responsabile al predetto danneggiato".*

L'importo ricevuto dall'attore a titolo di indennizzo *Org_1* andrà, quindi, detratto dall'ammontare a lui dovuto a titolo di risarcimento, in quanto la condotta dei sanitari ha avuto un apporto causale nella determinazione del complessivo danno alla salute.

Proprio per tale motivo, tuttavia, l'importo riconosciuto da *Org_1* non può essere interamente scomputato dall'ammontare del risarcimento dovuto dall' *Parte_4* atteso che l'indennizzo è stato riconosciuto per il danno totale riportato dall'attore, comprensivo quindi dalla percentuale che comunque sarebbe residuate dall'infortunio sul lavoro, anche in mancanza di errore medico.

Allo stesso modo, andranno escluse le somme percepite dall'attore a titolo diverso dall'indennizzo del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

danno biologico, trattandosi appunto di somme volte a riparare pregiudizi diversi.

Alla luce della recente sentenza Cassazione n. 26117 del 27 settembre 2021, nel caso di danno differenziale iatrogeno, come nel caso qui in esame, ai fini del calcolo della somma effettivamente dovuta, è necessario "*determinare il complessivo indennizzo dovuto dall'Org_ sommando i ratei di rendita già percepiti e capitalizzando la rendita futura, al netto dell'incremento per danno patrimoniale; 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, sarà tenuto a risarcire quel che resta sottraendo dall'aggravamento la differenza tra l'indennizzo Org_ e il danno-base*".

Detto calcolo andrà compiuto "*previa monetizzazione dell'invalidità, e dunque sugli importi monetari, e non sulle percentuali di invalidità, come ritenne erroneamente il primo giudice, pur avendo sostanzialmente intuito quale fosse il calcolo corretto). Il risarcimento del danno iatrogeno, in particolare, non va quantificato sottraendo il grado percentuale di invalidità idealmente ascrivibile all'errore medico, dal grado percentuale di invalidità complessiva effettivamente residuato; va invece determinato monetizzando l'una e l'altra invalidità, e sottraendo dal controvalore monetario della seconda il controvalore monetario dell'invalidità che comunque sarebbe residuata all'infortunio anche nel caso di diligenti cure*".

In conclusione, occorre considerare che, sommando l'importo liquidato a titolo di danno biologico permanente nel presente giudizio (€ 24.941,00) a quanto liquidato dall' Org_1 allo stesso titolo (pari alla somma delle voci riportate nel prospetto Org_1 nella colonna del danno biologico di € 20.071,50 fino alla data del 20.05.2019, valore capitale della rendita calcolato a detta data euro 87.206,69), l'attore andrebbe a percepire più del valore liquidabile secondo le tabelle milanesi per un'invalidità permanente nella misura del 18% (€ 42.023,00) e ciò contrasterebbe con i principi regolatori del risarcimento del danno enunciati dalla sentenza delle Sezioni Unite 12566/2018.

Difatti "*i pagamenti effettuati dall'assicuratore sociale (Org_1) riducono il credito risarcitorio della vittima del fatto illecito nei confronti del responsabile, se l'indennizzo ha lo scopo di ristorare il medesimo pregiudizio del quale il danneggiato chiede di essere risarcito*" (*Cass. S.U. 12566/2018*).

Dal calcolo della rendita Org_1 rimangono tuttavia escluse, come correttamente evidenziato dall'attore, le somme per il danno biologico temporaneo, già quantificate sopra in euro 8.786,25; su tale somma, andranno corrisposti la rivalutazione secondo gli indici ISTAT di categoria dalla data del sinistro alla presente pronuncia, e gli interessi legali, questi ultimi da calcolarsi sulle somme rivalutate anno per anno a decorrere dal sinistro (cfr. in termini Cass. SU 1712/95) fino alla presente decisione.

A seguito della liquidazione qui operata il debito di valore si converte in debito di valuta e su di esso dovranno computarsi gli interessi moratori *ex lege*.

La liquidazione delle spese legali segue la soccombenza, secondo i parametri adeguati all'effettiva quantificazione del danno.

PQM

Il Tribunale, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta dalle eredi di Parte_1 nei confronti di CP_2 e Controparte_1 ogni contraria domanda, istanza ed eccezione disattesa e respinta :

- in parziale accoglimento della domanda, accerta e dichiara la responsabilità dei convenuti solidalmente per i danni subiti da parte attrice e, per l'effetto, li condanna al pagamento a favore di Parte_3 e Parte_2 quali eredi di Parte_1 della somma di € 8.786,25, oltre

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698

rivalutazione e interessi legali come in motivazione;

- condanna parte convenuta al pagamento delle spese di lite nei confronti di parte attrice, che liquida in € 4.835,00 ,oltre , I.V.A. , C.P.A. e rimborso spese documentate come per legge.

Sentenza resa *ex* articolo 281 *sexies* c.p.c., pubblicata mediante allegazione al verbale.

Rimini, 19 aprile 2022

Il Giudice
dott.a Ilaria Giambelli

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-698