

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte d'Appello di Palermo, Seconda Sezione Civile, composta da:

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1) Giuseppe Lupo         | Presidente                  |
| 2) Rita Paola Terramagra | Consigliere                 |
| 3) Agata Lombardo        | Giudice Ausiliario relatore |

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi riuniti iscritti ai nn. 1271/2016 e 1359/2016 r.g., promossi in grado di appello,

il primo

DA

INAIL - Istituto Nazionale per l'Assicurazione Infortuni sul Lavoro, in persona del legale rappresentante pro tempore, c.f. 01165400589; rappresentato e difeso dall'Avv. Salvatore Caccioppo ;

appellante

CONTRO

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore, p.iva 05841760829;

rappresentata e difesa dall'Avv. Giorgio Li Vigni;

Società Reale Mutua Assicurazioni, in persona del legale rappresentante pro tempore, p.iva 00875360018;

rappresentata e difesa dall' Avv. Antonino Aricò;

e

P. C., nata a *omissis* il *omissis*, c.f. *omissis*;

G. N., nato a *omissis* il *omissis*, c.f. *omissis*;

appellati non costituiti

e il secondo

DA

P. C., nata a *omissis* il *omissis*, c.f. *omissis*;

rappresentata e difesa dall'Avv. Francesco Paolo Cardullo;

appellante

CONTRO

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore, p.iva 05841760829;

rappresentata e difesa dall'Avv. Giorgio Li Vigni;

Società Reale Mutua Assicurazioni, in persona del legale rappresentante pro tempore, p.iva 00875360018;  
rappresentata e difesa dall' Avv. Antonino Aricò;

appellati

e

INAIL - Istituto nazionale per l'Assicurazione Infortuni sul Lavoro, in persona del legale rappresentante pro tempore, c.f. 01165400589;

G. N., nato a *omissis* il *omissis*, c.f. *omissis*;

appellati non costituiti

Conclusioni delle parti:

come da note depositate ai sensi dell'art. 83, comma 7, lett.h D.L. n.18/2020.

#### SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con sentenza del 9.5.2016, il Tribunale di Palermo, assunte le prove orali, espletata c.t.u. e disposto il rinnovo delle indagini tecniche, rigettava la domanda proposta, con atto di citazione notificato il 29.4.2005, da P. C. nei confronti dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n.6 di Palermo e del G. N., onde ottenere - nei limiti di quanto non coperto dalle prestazioni assicurative erogate dall'Inail - il risarcimento del danni patiti dall'attrice a causa dell'errato intervento chirurgico cui era stata sottoposta in data 31.3.2003 presso l'Ospedale "Enrico Albanese" di Palermo per la riduzione della lussazione del polso sinistro conseguente a un infortunio sul lavoro. Rigettava la domanda di surroga ex art. 1916 c.c. formulata dall'interveniente Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, mentre restava assorbita la domanda di garanzia svolta dall'A.U.S.L. nei confronti della Società Reale Mutua Assicurazioni, chiamata in causa quale assicuratore della responsabilità professionale medica. Compensava integralmente tra le parti le spese processuali, ponendo a carico dell'attrice quelle delle cc.tt.uu..

Avverso la sentenza ha interposto appello l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, con atto notificato tra il 31.5 e il 10.6.2016.

Si è costituita l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, succeduta alla soppressa Azienda Usl n.6, che ha chiesto il rigetto dell'impugnazione e riproposto la domanda di garanzia formulata in primo grado nei confronti della Soc. Reale Mutua Assicurazioni.

Costituitasi, detta Compagnia ha chiesto la conferma della sentenza.

Avverso la medesima sentenza, P. C., con atto di citazione notificato il 10.6.2016, ha interposto altro appello.

Si sono costituiti gli appellati, Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e Soc. Reale Mutua Assicurazioni, reiterando le difese svolte nell'altro procedimento.

Gli appelli, pendenti rispettivamente ai nn. 1271/2016 e 1359/2016 r.g., sono stati riuniti ex art. 335 c.p.c. all'udienza del 16.11.2016.

Precisate le conclusioni, la causa è stata posta in decisione all'udienza del 10.1.2020; quindi, ritenuta la necessità di rinnovare le indagini tecniche, è stata rimessa sul ruolo istruttorio, con ordinanza del 13.7.2020.

Sulle conclusioni rassegnate dalle parti, come riportate in epigrafe, la causa è stata posta in decisione, all'esito della trattazione scritta del 23.4.2021, con l'assegnazione dei termini di cui agli artt. 352 e 190 c.p.c..

## MOTIVI DELLA DECISIONE

Con l'unico motivo dell'appello principale e con il primo motivo dell'appello incidentale (così dovendosi qualificare l'impugnazione autonoma, successiva alla prima, proposta da P. C.), che si trattano congiuntamente in quanto connessi, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e P. C. lamentano l'erroneità della sentenza impugnata nella parte in cui il Tribunale – disattese le conclusioni cui era pervenuto il collegio peritale e facendo proprie le valutazioni del c.t.u. successivamente officiato della valutazione di correttezza della tecnica chirurgica adottata dal convenuto G. - ha rigettato la domanda di surrogazione ex art. 1916 c.c. e di risarcimento del danno c.d. "differenziale", rispettivamente svolte dalle predette parti, sul rilievo dell'insussistenza di nesso di causalità tra la limitazione funzionale da cui risulta affetta P. C. e l'intervento cui questa era stata sottoposta. La censura è fondata nei limiti di seguito esposti.

Come noto, il rapporto che si instaura tra paziente e struttura sanitaria, pubblica o privata, trova la sua fonte nel contratto atipico c.d. di ospedalità, concluso tra le parti, per *facta concludentia*, con la mera accettazione del malato presso la struttura stessa. Si tratta di 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 o emergenze. Ne consegue che la responsabilità dell'ente ospedaliero (o della casa di cura) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c. all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico o, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e l'organizzazione aziendale.

Dalla suddetta qualificazione in termini di responsabilità contrattuale - ora cristallizzata nella legge 8.3.2017 n. 24, c.d. Gelli- Bianco - discende l'applicazione, tra l'altro, del regime giuridico dettato in materia di distribuzione dell'onere probatorio.

In particolare, il paziente danneggiato deve fornire la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale e dimostrare il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie, e la condotta del sanitario, mentre è onere della parte debitrice provare, ove il creditore abbia assolto al proprio onere probatorio, che una causa imprevedibile e inevitabile ha reso impossibile l'esatta esecuzione della prestazione (*ex multis*, da ultimo, Cass.civ. 11.11.2019, n.28992). In relazione al nesso di causalità - avvertita l'insufficienza del tradizionale recepimento, in sede civile, dell'elaborazione penalistica della nozione di causalità fondata sugli artt. 40 e 41 c.p. quali disposizioni di applicazione universale - le Sezioni Unite della Suprema Corte, già con la sentenza n. 576 dell'11.1.2008, evidenziando che l'illecito civile ha una struttura diversa dall'illecito penale, per il quale occorre accertare se la condotta umana ha prodotto l'evento che costituisce il fatto-reato, hanno affermato che in tema di responsabilità civile tale verifica è insufficiente, poichè occorre accertare anche se da quella lesione sono derivate conseguenze pregiudizievoli. In detto ambito, difatti, la lesione dell'interesse protetto non costituisce il danno, ma la causa del danno. Ne consegue la necessità dell'accertamento di due nessi di causalità, il primo relativo al rapporto tra la condotta illecita e la lesione dell'interesse (causalità materiale) e quello, successivo, tra la lesione dell'interesse e il danno risarcibile (causalità giuridica). Per la causalità materiale, in ambito civilistico e sul piano della prova, opera il criterio della preponderanza dell'evidenza ovvero del "più probabile che non" (Cass. S.U. 11 gennaio 2008, n. 581).

Per la causalità giuridica, occorre fare riferimento alla regola stabilita dall'art. 1223 c.c., che consente il risarcimento dei soli danni che siano conseguenza immediata e diretta dell'illecito. Il filtro dell'art. 1223 c.c. prevede la risarcibilità della sola causalità immediata e diretta, da valutare sulla base dei medesimi parametri

della preponderanza dell'evidenza. Nella specie, incontestato il rapporto contrattuale, la causalità materiale, elemento costitutivo del diritto a far valere la responsabilità per l'inadempimento del rapporto curativo, può dirsi definitivamente accertata dalle indagini tecniche disposte in questo grado, alla stregua dello standard gnoseologico del "più probabile che non". Ha accertato, infatti, il c.t.u., dr. Vincenzo Rigoglioso - le cui conclusioni la Corte fa proprie per il rigore scientifico degli accertamenti, l'esame attento e puntuale della documentazione medica in atti, la metodologia applicata e la pertinenza e il rigore logico delle argomentazioni svolte anche in risposta ai rilievi di parte - che P. C., all'epoca del ricovero presso l'Ospedale "Enrico Albanese" di Palermo non era affetta dalla deformità di Madelung alla quale è seguito l'intervento chirurgico di Sauvè-Kapandji, tecnica operatoria non necessaria né opportuna e causa esclusiva delle limitazioni funzionali residue alla paziente. In particolare, ha chiarito l'esperto come i danni lamentati dalla perizianda costituiscano l'esito finale della condotta negligente e imperita del G., che eseguì quell'intervento, e conseguenza diretta dell'omissione di approfondimenti clinici, di errori diagnostici e terapeutici, dell'errato trattamento post-operatorio. Ha accertato, ancora, il consulente tecnico dell'ufficio che gli esiti residuati, ed accertati al polso sinistro della sig.ra P. non sono conseguenza dei mancati cicli di fisioterapia ....che non poteva essere eseguita per mancanza di accertamenti radiologici adeguati a rendere edotti i fisioterapisti sulla lesione da trattare, e ha escluso, altresì, l'incidenza causale del trattamento chirurgico effettuato successivamente dai sanitari dell'Ospedale Galeazzi di Milano.

Al lume di tali conclusioni, deve ritenersi acclarata la responsabilità dell'Azienda Sanitaria e del medico dipendente N. G., non potendosi ricondurre il danno alla persona lamentato dalla paziente ad evento impreveduto e imprevedibile o a una causa non imputabile al predetto sanitario.

Di tale danno i predetti appellati sono chiamati a rispondere in via solidale.

In generale, la quantificazione del danno iatrogeno, cioè del pregiudizio alla salute causato, come nella specie, da colpa di un sanitario, che ha per effetto l'aggravamento di una lesione già esistente, a sua volta ascrivibile a colpa di un terzo o a cause naturali, deve avvenire con un criterio differenziale, dal momento che, nella determinazione del grado di invalidità permanente, vanno esclusi quei postumi che si sarebbero comunque manifestati, anche in assenza dell'errore medico. Tale differenza, secondo i predetti criteri, dovrà essere calcolata non sul grado di invalidità permanente, ma sui relativi valori monetari, in particolare sottraendo, dal risarcimento dovuto per il danno effettivamente residuo in corpore, il valore monetario dell'invalidità che sarebbe comunque residua in caso di cure correttamente eseguite (Cass.civ. 31.5.2018 n.13765).

Nel caso in esame, alla luce della c.t.u., tale danno va individuato nella differenza tra il danno da invalidità permanente nella misura del 10%, effettivamente residuo, e il danno da invalidità permanente nella misura del 2%, corrispondente agli esiti normalmente attendibili da un idoneo trattamento della lesione del legamento triangolare con relativa lussazione radio ulnare distale (RUD), quale patita da P. C. : il maggior danno provocato dall'errata gestione della lesione può essere quantificato in un corrispettivo pari all' 8% (così le conclusioni del c.t.u.).

Il tecnico dell'ufficio ha accertato che l'errore medico ha determinato il prolungamento del periodo di inabilità temporanea assoluta di circa 60 giorni, un periodo di inabilità temporanea parziale al 75% pari a circa 120 giorni, un periodo di inabilità temporanea parziale al 50% pari a circa 50

giorni ed un periodo di inabilità temporanea parziale al 25% pari a circa 60 giorni , rispetto ai 40 giorni di I.T.A. e ai 30 giorni I.T.P. al 50% conseguenti all'esecuzione del corretto trattamento incruento o chirurgico della lussazione. Su questa base si può ora procedere, congiuntamente, all'esame della domanda di liquidazione del cd. danno differenziale, costituito dalla differenza tra il danno risarcibile in sede civilistica e l'importo già corrisposto dall'INAIL a P. C. per il patito infortunio, e della questione dei limiti entro i quali l'assicuratore sociale può surrogarsi nei diritti dell'assistito verso il responsabile del danno. Al riguardo, pacifico il principio secondo cui la diversità strutturale e funzionale tra l'erogazione INAIL ex art. 13 D. Lgs.

N.38/2000 e il risarcimento del danno secondo i criteri civilistici non consente di ritenere che le somme versate dall'assicuratore sociale possano considerarsi integralmente soddisfattive del pregiudizio subito dal soggetto infortunato o ammalato (ex multis, Cass.civ. 23.6.2021, n. 17967), chiarisce la Suprema Corte che, al fine del calcolo del risarcimento effettivamente spettante al lavoratore, il giudice, dopo aver liquidato il danno aquiliano, deve procedere alla decurtazione da tale danno dell'indennizzo erogato dall'INAIL secondo un criterio di "poste omogenee", tenendo presente che detto indennizzo ristora unicamente il danno biologico permanente e non altri pregiudizi che compongono la nozione, pur unitaria, di danno non patrimoniale (Cass.civ. 2.4.2019 n.9112). Pertanto, precisa ancora la Cassazione, occorre, nel caso concreto, dapprima distinguere il danno non patrimoniale dal danno patrimoniale, comparando quest'ultimo alla quota INAIL rapportata alla retribuzione e alla capacità lavorativa specifica dell'assicurato; con riferimento al danno non patrimoniale, dall'importo liquidato a titolo di danno vanno poi espunte le voci escluse dalla copertura assicurativa (danno morale e danno biologico temporaneo) e quindi detrarre dall'importo così ricavato il valore capitale della sola quota della rendita INAIL destinata a ristorare il danno biologico permanente; più precisamente: "a) l'indennizzo per danno biologico permanente pagato dall'INAIL alla vittima di lesioni personali va detratto dal credito aquiliano per danno biologico permanente, vantato dalla vittima nei confronti del terzo responsabile, al netto della personalizzazione e del danno morale; b) nel caso di indennizzo sotto forma di rendita, la detrazione deve avvenire sottraendo dal credito civilistico il cumulo dei ratei già riscossi e del valore capitale della rendita ancora da erogare, al netto dell'aliquota di rendita destinata al ristoro del danno patrimoniale; c) il danno c.d. iatrogeno (e cioè l'aggravamento, per imperizia del medico, di postumi che comunque sarebbero residuati, ma in minor misura) va liquidato monetizzando il grado complessivo di invalidità permanente accertato in corpore; monetizzando il grado verosimile di invalidità permanente che sarebbe comunque residuato all'infortunio anche in assenza dell'errore medico; detraendo il secondo importo dal primo; d) nel caso in cui la vittima di un danno iatrogeno abbia percepito un indennizzo dall'INAIL, il credito residuo della vittima nei confronti del responsabile va determinato sottraendo dal risarcimento dovuto per danno iatrogeno solo l'eventuale eccedenza dell'indennizzo INAIL rispetto al controvalore monetario del danno-base (cioè il danno che comunque si sarebbe verificato anche in assenza dell'illecito)" (Cass.civ. 27.9.2021, n.26117 ). Al fine di procedere secondo i surrichiamati criteri di diritto, dovendosi innanzitutto quantificare il danno iatrogeno patito da P. C., ritiene la Corte di far applicazione delle "tabelle" elaborate dal Tribunale di Roma, il cui utilizzo appare, nel caso concreto, preferibile a quelle predisposte dal Tribunale di Milano. Sebbene ai criteri indicati da tali ultime tabelle sia da riconoscere valenza di parametro di conformità alle disposizioni di legge contenute negli artt. 1226 e 2056 c.c. e di riscontro e verifica della liquidazione diversa alla quale si sia pervenuti (da ultimo, Cass.civ. 2.12.2021 n.38077), ben può il giudice adottare le tabelle in uso presso altro ufficio giudiziario, pur essendo tenuto, in questo caso, a dare ragione della diversa scelta (Cass., n. 25164 / 2020;Cass., ord. n. 8508/2020; Cass.,ord. n. 17018 /2018). Le Tabelle di Milano, elaborate successivamente alle pronunzie delle Sezioni Unite del 2008, determinano il valore finale del punto utile al calcolo del danno biologico da invalidità permanente tenendo conto di tutte le componenti non patrimoniali, compresa quella già qualificata in termini di "danno morale", laddove le tabelle romane indicano il "danno biologico puro", con esclusione della quota di danno morale (prevedendo per la liquidazione di tale voce una forbice percentuale progressiva a scaglioni di dieci punti in dieci punti, sicché a ogni punto di invalidità è riferibile il valore finale e onnicomprensivo del ristoro, secondo i parametri oggettivi dell'età e dei postumi). È allora evidente come - dovendosi procedere alla liquidazione del danno aquiliano e quindi alla decurtazione da tale danno dell'indennizzo erogato dall'INAIL secondo un criterio di "poste omogenee" - torni utile l'applicazione di tali ultime tabelle che, prevedendo poste separate relative al danno morale e biologico, consentono di detrarre da quest'ultimo il valore capitale del danno biologico compreso nel trattamento INAIL. Tanto chiarito, passando alla liquidazione del danno iatrogeno da inabilità permanente riportato da P. C., alla luce delle conclusioni del c.t.u., dall'importo astrattamente liquidabile - in via di equità e sulla base delle tabelle elaborate dal Tribunale di Roma nell'edizione aggiornata all'anno 2019 - per una lesione dell'integrità fisica pari al 10% subita da un soggetto, come l'appellante, di anni 41 al tempo dell'evento lesivo (cioè € 17.931,20) va detratta la somma astrattamente collegata ad

un'invalidità complessiva del 2% (cioè € 2.032,21), corrispondente alla menomazione che sarebbe comunque residua alla paziente in relazione agli esiti della lussazione del polso, pervenendosi così all'importo di € 15.898,99. Quanto al danno da inabilità temporanea, sulla scorta del valore attuale del punto base di € 110,60 indicato dalle citate Tabelle, esso va determinato nel complessivo importo di € 21.014,00 ed esattamente, € 6.636,00 per I.T.A.; € 9.954,00 per I.T.P. al 75%; € 2.765,00 per I.T.P. al 50% ed € 1.659,00 per I.T.P. al 25%.

Le anzidette somme vanno, poi, incrementate dalla liquidazione del danno morale cagionato a P. C., la quale, in considerazione della prolungata immobilizzazione dell'arto e della necessità di un ulteriore intervento chirurgico riconducibili all'errore medico, ha certamente vissuto sofferenze, disagi, condizionamenti relazionali e di vita, anche avuto riguardo alla sua età al tempo del fatto e all'inaspettato peggioramento delle condizioni di vita (si trovava in ospedale per una semplice lussazione al polso emendabile, come chiarisce il c.t.u., anche con l'applicazione di apparecchio gessato). Tale posta risarcitoria, ritiene la Corte, può determinarsi in misura pari al 10% del danno biologico permanente, tenuto conto della forbice tabellarmente prevista per lo scaglione in questione – 5%-20% –, cioè in € 1.589,90 (10% di 15.898,99).

L'appellante ha inoltre sostenuto spese per complessivi € 854,57.

Non è riconoscibile, invece, la pretesa personalizzazione della liquidazione del danno da invalidità permanente conseguente alla lesione della cenestesi lavorativa.

Il danno da lesione della cenestesi lavorativa, risolvendosi nella maggiore usura, fatica e difficoltà nello svolgimento dell'attività lavorativa, cioè, in una compromissione dell'integrità psico-fisica non incidente, neanche sotto il profilo delle opportunità, sul reddito della persona offesa, va risarcito, onnicomprensivamente, quale danno alla salute (ex plurimis, Cass. civ. ord., 22.5.2018, n. 12572). Solo qualora sia dimostrato che le lesioni fisiche hanno inciso – oltre che sulla capacità lavorativa generica (risarcita, come detto, come danno biologico, areriduale) – sulla capacità di lavoro specifica, cioè sulla capacità di produrre in concreto un reddito da lavoro, detto danno, di natura patrimoniale,

sarà risarcibile come lucro cessante. Occorrerà, dunque, a tal fine, che sia concretamente accertato che nel danneggiato, a seguito delle lesioni, residui una minore capacità di svolgere il proprio o anche un diverso lavoro, purché confacente alle sue attitudini, condizioni personali e ambientali, idoneo a produrre un reddito. Il c.t.u. ha ritenuto che i postumi reliquati a P. C. abbiano solo inciso in termini di maggiore disagio, fatica e usura nell'espletamento dell'attività lavorativa (gli esiti accertati rendono più usurante qualsiasi attività lavorativa manuale che la sig.ra P. possa svolgere che necessiti dei movimenti di prono-supinazione dell'avambraccio sinistro). Deve escludersi, dunque, che spetti alla predetta appellante il risarcimento del danno patrimoniale corrispondente alla lesione della capacità lavorativa permanente, come voce autonoma dal danno biologico. Del pari, non è riconoscibile "un appesantimento" del risarcimento del danno biologico, in via di personalizzazione.

Secondo l'insegnamento della Suprema Corte, il grado di invalidità permanente indicato da un "barème" medico legale esprime in misura percentuale la sintesi di tutte le conseguenze ordinarie che una determinata menomazione si presume riverberi sullo svolgimento delle attività comuni ad ogni persona; in particolare, spiega la Cassazione, le conseguenze possono distinguersi in due gruppi: quelle necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare grado di invalidità e quelle peculiari del caso concreto che abbiano reso il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto ai casi consimili; soltanto in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali allegate dal danneggiato, che rendano il danno più grave rispetto alle conseguenze ordinarie derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età, è consentito al giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione (ex multis, (Cass.civ. 9.7.2019 n.18328 ).

Nel caso di specie, P. C. – che ha riportato postumi permanenti nella percentuale complessiva del 10%,

appena superiore al tetto delle c.d. micro permanenti – non ha dimostrato alcuna conseguenza peculiare che debba essere risarcita aumentando adeguatamente la stima del danno biologico come sopra operata. Va, infine, escluso che alla quantificazione del risarcimento possa concorrere il danno da mancata acquisizione di consenso informato. La questione è stata affrontata dal primo giudice, che ha ritenuto non censurabile la condotta dei convenuti sul rilievo che era stato documentalmente dimostrato il rilascio di valido consenso e che non era stata offerta la prova che la paziente non si sarebbe sottoposta all'intervento correttamente effettuato, ove debitamente informata in via preventiva. Lamenta l'appellante incidentale l'erroneità di tale decisione e contesta la ritualità della produzione del documento in questione, peraltro sconosciuto. Assume che, corretto o meno il trattamento sanitario, dall'omessa o inesatta informazione sorge in ogni caso il diritto della paziente al risarcimento del danno all'autodeterminazione e alla libertà di accettare o rifiutare il trattamento stesso. Il motivo è infondato. In materia di responsabilità sanitaria, l'inadempimento dell'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente assume diversa rilevanza causale a seconda che sia dedotta la lesione del diritto alla salute o la violazione del diritto all'autodeterminazione: nel primo caso, l'incidenza eziologica del deficit informativo sul risultato pregiudizievole dell'atto terapeutico, correttamente eseguito, dipende dall'opzione che il paziente avrebbe esercitato se fosse stato

adeguatamente informato ed è configurabile soltanto in caso di presunto dissenso, con la conseguenza che l'allegazione dei fatti dimostrativi di tale scelta costituisce parte integrante dell'onus probandi - gravante sul danneggiato – della relazione causale tra inadempimento ed evento danno; nel secondo caso, invece, l'omessa o insufficiente informazione preventiva evidenzia "ex se" una relazione causale diretta con la compromissione dell'interesse all'autonoma valutazione dei rischi e dei benefici del trattamento sanitario (da ultimo, Cass.civ. 14.10.2021, n.28042). Ciò, tuttavia, non esonera il danneggiato da ogni attività assertiva e probatoria, essendo indispensabile che egli allegghi specificamente quali altri pregiudizi, diversi dal danno alla salute, siano eventualmente derivati, non essendo configurabili danni risarcibili "in re ipsa" (Cass.civ. ord. 23.3.2021 n.8163; Cass. civ. ord. 4.11.2020, n. 24471; Cass.civ. 11.11.2019 n. 28985; Cass. civ. 22.8.2018, n. 20885; Cass.civ. 31.1.2018, n. 2369; Cass.civ. 16.2.2016 n. 2998). Nella specie, pur dovendosi, quantomeno, ritenere accertata la mancata informazione della paziente in occasione delle visite dei giorni 24.6.2003, 22.7.2003 e 19.8.2003 (cfr. "Conclusioni" c.t.u.), P. C. non ha allegato quali sono state le conseguenze dannose derivate, e tanto impedisce di accogliere la pretesa risarcitoria.

In conclusione, il danno "civilistico" complessivamente patito P. C., ammonta alla complessiva somma di € 39.357,46 (€ 15.898,99 per I.P.; € 21.014,00 per I.T.; € 1.589,90 per danno morale; € 854,57 per spese). Ciò posto, deve rilevarsi che 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. lgs. 23.2.2000 n. 38); tale importo viene liquidato in forma di capitale per le invalidità comprese tra il 6% e il 16%, e 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.lgs. 38/2000, secondo cui: "le menomazioni di grado pari o superiore al 16 per cento danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita (...) commisurata (...) alla retribuzione dell'assicurato (...) per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali"); la maggiorazione è calcolata moltiplicando la retribuzione del danneggiato per un coefficiente stabilito dall'Allegato 6 al d.m. 12.7.2000; 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 e i pregiudizi non patrimoniali non aventi fondamento medico-legale, ovvero i pregiudizi morali (Cass.civ. 27.9.2021, n.26117). Con riguardo al caso in esame, si trae dal prospetto del "costo dell'infortunio" allegato dall'appellante principale (prospetto, che per pacifica giurisprudenza, costituisce prova privilegiata dell'indennità corrisposta dall'INAIL al lavoratore, quale atto amministrativo assistito dalla relativa presunzione di legittimità: Cass., ord. n. 13587 del 21/05/2019) che P.

C. è stata indennizzata per complessivi € 73.184,30, e precisamente: 1) per inabilità temporanea : € 11.024,49; 2) valore capitale (rendita): € 55.851,89; 3) ratei rendita pagati : € 5.183,57; 4) interessi: € 114,83; 5) visita specialistica : € 18,59; 6) prestazioni protesiche : € 288,00; 7) rimborso spese viaggio : € 222,49; 8) visite accertamento postumi : € 154,95; 9) certificazioni medico legali € 15,49. Sussiste, perciò, in astratto il diritto di surroga dell'INAIL entro il limite costituito dall'ammontare del risarcimento che sarebbe dovuto dal responsabile all'infortunato secondo le norme generali sui danni da fatto illecito. Per un verso, difatti, l'ente gestore dell'assicurazione sociale non può esercitare l'azione surrogatoria con pregiudizio del diritto dell'assistito al risarcimento di danni alla persona non altrimenti risarciti, e per l'altro, il diritto di surroga dell'ente assicuratore trova limite nell'ammontare della somma che il responsabile deve all'assicurato per danni, sicché detto ente non può chiedere al responsabile del danno le somme erogate al danneggiato, per contratto di natura pubblica o privata, quando esse eccedano l'ammontare del danno liquidato (Cass. 27.4.1995, n. 4642). Conseguentemente, il giudice deve calcolare il danno civilistico in relazione alla percentuale riconosciuta dal consulente tecnico d'ufficio, che costituisce, appunto, il limite massimo del diritto di regresso dell'INAIL, senza entrare nel merito della valutazione effettuata dall'Istituto a mezzo dei suoi sanitari ai fini del danno infortunistico, stabilendo, quindi, se l'importo richiesto dall'Istituto stesso rientri o meno nel predetto limite (in termini, ex multis, Cass.civ. 2.10.2019 n.24627). In relazione al danno "differenziale" reclamato da P. C., va dato atto che l'indennizzo liquidato dall'INAIL, ex D.M. 38/2000, a titolo di danno biologico (costituito dalla relativa quota del valore capitale della rendita e della quota dei ratei già versati) per un grado di invalidità permanente del 22% – più del doppio di quello stimato dal c.t.u. – appare, all'evidenza, integralmente satisfattivo del risarcimento, quantificato come sopra in € 15.898,99, spettante alla predetta per tale posta di danno. E nei predetti limiti, specularmente, deve riconoscersi il diritto di surroga dell'Inail. Per quanto riguarda il risarcimento del danno biologico temporaneo, esso in nessun caso potrà essere ridotto per fatto dell'intervento dell'assicuratore sociale, dal momento che l'Inail non indennizza questo tipo di pregiudizio (Cass. n.17407/2016), così come non indennizza il danno morale, del pari non coperto dalla prestazione assicurativa. Residua spazio, dunque, per l'autonoma risarcibilità di dette voci in favore di P. C., cui va riconosciuta, giusta quanto sopra esposto, la somma di € 21.014,00 a titolo di inabilità temporanea e di € 1.589,90 per il danno morale, oltre agli interessi legali da calcolarsi sull'importo di € 22.603,90 complessivamente liquidato ai valori monetari attuali, devalutato alla data della malpractice (31.3.2002) e di poi via via rivalutato dal verificarsi dell'evento di danno alla data della liquidazione, secondo il criterio indicato da Cass.Civ. Sez. Un. 17.2.1995 n.1712; oltre agli interessi legali sulla somma così quantificata dalla data della presente pronuncia al soddisfo. Completando l'esame della domanda surrogatoria, per quanto attiene al danno patrimoniale da riduzione permanente della capacità di guadagno - che l'INAIL, come detto, indennizza, a prescindere da qualsiasi prova della sua sussistenza, sol che l'invalidità causata dall'infortunio superi il 16% - è pacifico nella giurisprudenza di legittimità che il relativo indennizzo assicurativo possa essere detratto dal risarcimento aquiliano solo se la vittima abbia effettivamente patito un pregiudizio di questo tipo. Negli altri casi, l'indennizzo resta acquisito alla vittima, ma non potrà essere defalcato dal credito risarcitorio di quest'ultima per altre voci di danno, nè potrà dar luogo a surrogazione: se infatti la vittima non ha patito alcuna riduzione della capacità di guadagno, non vanta il relativo credito verso il responsabile, e se quel diritto non esiste, non può nemmeno trasferirsi all'INAIL (Cass. n.17407/2016 cit.). Costituendo, infatti la surrogazione dell'INAIL, nei confronti del terzo responsabile, ai sensi dell'art. 1916 c.c., una ipotesi di successione a titolo particolare dell'ente nei diritti di cui il lavoratore era titolare verso l'autore del danno, ove l'INAIL domandi in via rivalsa la rifusione della rendita erogata ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, art. 74, allegando che - attraverso di essa - ha indennizzato il danno patrimoniale subito dal lavoratore e consistente nella ridotta capacità di guadagno, l'assicuratore sociale ha l'onere di provare in concreto il reale danno patrimoniale futuro subito dal danneggiato, non potendosi a tal fine presumere una corrispondenza necessaria tra la riduzione dell'attitudine al lavoro, di cui al D.P.R. n. 1124 del 1965, art. 74, e la riduzione della capacità di guadagno dell'infortunato (Cass., n.13651/1999). Per tali ragioni, atteso che la menomazione riportata da P. C. non ha determinato una lesione permanente della capacità lavorativa specifica, nulla può essere riconosciuto all'INAIL a siffatto titolo. Non altrettanto può dirsi per le somme



pagate dall'INAIL a titolo di indennità giornaliera e di anticipazione delle spese mediche ex artt. 68 e 86 D.P.R. n. 1124/1965. Con tali importi l'assicuratore sociale indennizza non già danni presunti, ma pregiudizi concreti e reali: rispettivamente, il lucro cessante da perdita della retribuzione e il danno emergente rappresentato dalla necessità per la vittima di curarsi; se dunque la vittima dell' illecito, in conseguenza di questo, è stata costretta ad assentarsi dal lavoro e a curarsi, essa ha acquisito un credito risarcitorio nei confronti del responsabile, credito che, per effetto della percezione dell'indennizzo, da parte dell'INAIL, si trasferisce in capo a quest'ultimo, ai sensi dell' art. 1916 c.c., con la conseguenza che, per le somme pagate a titolo di inabilità temporanea l'INAIL ha sempre diritto di surrogarsi, perchè la corresponsione di quegli indennizzi non potrebbe avvenire se non in presenza di una assenza dal lavoro e di una necessità di cura, e dunque di fatti costituenti danni civilisticamente rilevanti, dei quali la vittima ha diritto di essere risarcita (Cass.civ. 11.5.2021 n.12435 che richiama in motivazione Cass. 12.2.2018 n.3296). È appena il caso di rilevare che il diritto di surroga per dette indennità prescinde dalla percentuale d'inabilità riscontrata dall'ausiliario, dal momento che la prestazione lavorativa è da considerarsi inibita durante tutto lo stato di malattia a prescindere dalla incidenza invalidante delle lesioni. Tuttavia, l'importo di € 11.024,49, liquidato dall'INAIL a titolo di indennità temporanea non appare congruo rispetto a quanto accertato dal c.t.u., che ha determinato una durata complessiva della malattia, prima della stabilizzazione dei postumi, addebitabile all'errore medico, di giorni 290 giorni (60 gg. ITA;120 gg. di ITP al 75%; 50 gg. al 50%; 60 gg. al 25%). L'indennità temporanea è stata, invece, erogata per 358 giorni, risultando così, di fatto, in esso ricompreso il periodo di malattia pari a 70 giorni (40 di ITA e 30 di ITP al 50%) che, come chiarisce lo stesso c.t.u., sarebbe derivato a P. C., in dipendenza dell'infortunio occorso, anche nel caso di corretto trattamento sanitario. Il rimborso dell'indennità temporanea, quindi, va limitato all'importo di € 8.930,45, calcolato in rapporto a 290 giorni di malattia accertati dal c.t.u.. In definitiva, va dichiarato il diritto di surroga dell'INAIL limitatamente alla somma di € 15.898,99 con riguardo al danno biologico già liquidato a P. C.; per € 854,57 a titolo di danno patrimoniale da spese mediche; per € 8.930,45 in relazione al danno da lesione temporanea della capacità lavorativa specifica; per complessivi € 25.684,01. Il credito dell'Inail per il rimborso delle prestazioni eseguite a favore dell'infortunato verso il terzo autore del danno è credito di valore, (Cass. civ. 11.5.2021, n.12435), sicché sulla predetta somma, devalutata alla data dell'illecito, spettano gli interessi al saggio legale contestualmente alla progressiva rivalutazione periodica delle somme secondo gli indici Istat e fino alla data del deposito della presente sentenza (Cass. Civ. Sez.Un. n.1712/95 cit.), da cui decorrono gli interessi legali fino all'effettivo soddisfo. Al pagamento della predetta somma e di quella di € 22.603,90 dovuta a P. C., con rivalutazione e interessi, vanno condannati in solido l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e il dott. N. G.. Va accolta la domanda di manleva formulata dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo nei confronti della Società Reale Mutua Assicurazioni.

L'odierna appellata, ha difatti, dimostrato il titolo della pretesa, producendo in primo grado la polizza assicurativa n.40766 intrattenuta con la Compagnia terza chiamata a garanzia della R.C. professionale medica, sulla cui operatività nessuna eccezione o contestazione è stata mossa dall'Assicuratore. La Soc. reale Mutua di Assicurazioni dovrà essere pertanto condannata a tenere indenne e manlevare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo da ogni somma che quest'ultima sarà tenuta a corrispondere a P. C. e INAIL, a titolo di capitale, interessi, rivalutazione e spese.

Tenuto conto dell'esito complessivo del giudizio, nel rapporto tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, N. G. e le parti appellanti, stante la soccombenza reciproca da rinvenirsi nella significativa riduzione del petitum, ritiene la Corte che sussistano i presupposti per compensare nella misura di 1/3 le spese di lite di entrambi i gradi del giudizio, che si liquidano nell'intero, sulla base del criterio del decisum (Cass. civ. 21.2.2021, n.1123), quanto al primo grado in complessivi € 2.738,00, e quanto al presente grado in complessivi € 3.118,00 oltre rimborso spese forfettarie, C.P.A. e I.V.A.; con condanna dei predetti appellati al pagamento, in solido, della restante parte, in favore di ciascuna parte appellante.

Le spese di lite di entrambi i gradi di giudizio, vanno invece compensate nel rapporto tra l'Azienda Sanitaria

Provinciale di Palermo e la Soc. Reale Mutua Assicurazioni, avendo detta Società non contrastato la domanda di garanzia svolta dall'assicurata.

Le spese delle cc.tt.uu., come liquidate in atti, sono poste definitivamente a carico dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e di G. N. in solido tra loro.

#### PQM

La Corte, definitivamente pronunciando, nel contraddittorio delle parti, in parziale accoglimento degli appelli riuniti iscritti ai nn. 1271/2016 e 1359/2016 proposti, il primo, con atto notificato tra il 31.5 e il 10.6.2016, da INAIL - Istituto nazionale per l'Assicurazione Infortuni sul Lavoro, in persona del legale rappresentante pro tempore, contro Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore, G. N., Reale Mutua Assicurazioni, in persona del legale rappresentante pro tempore, e P. C. e il secondo, da quest'ultima, con atto notificato il 10.6.2016 nei confronti dei predetti Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, G. N., Reale Mutua Assicurazioni e Inail, in persona del legale rappresentante pro tempore, avverso la sentenza del Tribunale di Palermo n. 2555 del 9.5.2016, in riforma della sentenza appellata:

- condanna l'Azienda Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore e G. N., in solido tra loro, al pagamento, in favore dell'INAIL, della complessiva somma di € 25.684,01 erogata a titolo di prestazioni assicurative a P. C., oltre accessori da computarsi come in parte motiva; - condanna l'Azienda Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, in persona del legale rappresentante pro tempore e G. N., in solido tra loro, al pagamento, in favore di P. C., della somma di € 22.603,90, a titolo di risarcimento del danno differenziale subito in conseguenza dell'infortunio sul lavoro occorso in data 17.3.2003, oltre accessori da computarsi come in parte motiva; - accoglie la domanda di garanzia svolta dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo nei confronti della società Reale Mutua Assicurazioni e, per l'effetto, condanna quest'ultima a tenere indenne l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo da quanto da questa dovuto a INAIL e P. C. per gli anzidetti titoli e spese processuali, nei limiti del massimale della polizza n.40766;

compensa, nel rapporto tra gli appellanti e l'Azienda Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e G. N., nella misura di 1/3 le spese di lite di entrambi i gradi del giudizio, che liquida nell'intero, quanto al primo grado in complessivi € 2.738,00, e quanto al presente grado in complessivi € 3.118,00, oltre rimborso spese forfettarie, C.P.A. e I.V.A.; e condanna i predetti appellati al pagamento, in solido tra loro, della restante parte, in favore di ciascuna parte appellante;

compensa le spese di lite di entrambi i gradi di giudizio tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e Reale Mutua Assicurazioni;

pone le spese delle cc.tt.uu. definitivamente a carico dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e di G. N. in solido tra loro.

Così deciso in Palermo il 7.12.2021 nella Camera di Consiglio della Seconda Sezione della Corte d'Appello

Il Giudice est.

Agata Lombardo

Il Presidente

Giuseppe Lupo