



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI TERMINI IMERESE
SEZIONE CIVILE

nella persona del giudice monocratico dott.ssa Federica Bonsangue ha pronunciato la seguente
SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 135 del ruolo generale per gli affari contenziosi civili dell'anno 2021, vertente

TRA

Parte_1 (C.F. *C.F._1*) nato a Bagheria (PA) in data 11 luglio 1955 ed elettivamente domiciliato in Palermo, via delle Croci n. 2/G, presso lo studio dell'avv. Bonanno Giulio, che lo rappresenta e difende giusta procura alle liti in atti (*Email_1*);

Attore

E

Controparte_1

(P.IVA *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliato in Palermo, via M. D'Azeglio n. 5, presso lo studio dell'avv. Spagnolo Santo, che lo rappresenta e difende giusta procura alle liti in atti (*Email_2*);

Convenuto

OGGETTO: responsabilità sanitaria.

Motivi della decisione

1. Fatti controversi

Con atto di citazione ritualmente notificato, *Parte_1* ha convenuto in giudizio il [...] *Controparte_1* rappresentando che in data 7 giugno 2018 era stato sottoposto nella detta struttura ad un intervento di "facoemulsificazione

con impianto di lente in camera posteriore” all’esito del quale aveva riportato “*un glaucoma iatrogeno di una retinopatia su base infettiva*” con irreversibile danno alla vista.

Ritenuta la responsabilità dei sanitari della suddetta clinica in ordine all’evento occorsogli, l’attore ha chiesto la condanna della controparte al risarcimento del danno non patrimoniale (biologico, morale ed esistenziale) e di quello patrimoniale, con il favore delle spese di lite.

Si è costituita in giudizio la struttura convenuta la quale, contestando integralmente le ragioni avversarie, ha escluso ogni forma di responsabilità a suo carico per i danni lamentati dall’attore, deducendo la correttezza dell’operato dei propri sanitari sia durante l’intervento, sia nelle fasi *pre* e *post* operatorie e di aver fornito al paziente tutte le informazioni relative all’intervento e ai maggiori rischi dallo stesso derivanti tenuto conto dello stato di salute generale e oculare dell’attore.

Sulla scorta di tali rilievi ha, quindi, chiesto il rigetto della domanda avversaria o, in subordine, di ridurre il risarcimento *ex art.* 1227, comma 2 c.c.

La causa è stata istruita documentalmente e mediante consulenza tecnica d’ufficio; sostituito per ragioni d’ufficio il giudice designato, la causa è stata posta in decisione all’udienza del 289 maggio 2025.

2. Merito della lite.

Preliminarmente, va dato atto del verificarsi della condizione di procedibilità di cui all’art. 5, comma 1, d.lgs. 28/2010, stante l’esperimento *ante causam* (con esito negativo) del procedimento di mediazione obbligatoria previsto dall’art. 8 della l. 24/2017 (cfr. produzione di parte attrice - verbale negativo per mancata adesione della controparte del 13.01.2021).

In punto di diritto, la domanda di parte attrice va inquadrata nella responsabilità contrattuale *ex art.* 1218 c.c.; nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell’opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni — esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario — e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti.

Infatti, a norma dell’art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell’opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, sicché neppure rileva la circostanza che il medico che ha eseguito l’intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell’organizzazione

aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass. civ., n. 13593/07; Cass. civ., n. 1698/06), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (*rectius*, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, Cass. civ., n. 6756/01; Cass. civ., n. 1516/07; Cass., Sez. Un., n. 9556/2002).

La responsabilità che deriva dall'esplicazione dell'attività del terzo riposa sul principio *cuius commoda et eius incommoda* o, più precisamente, nell'appropriazione o avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore derivano.

La struttura sanitaria è tenuta a rispondere secondo le regole della responsabilità contrattuale per l'inadempimento delle obbligazioni assunte verso il paziente.

Nel quadro della pretesa risarcitoria, il paziente non può limitarsi ad allegare un inadempimento, quale che esso sia, ma deve dedurre l'esistenza di una inadempienza astrattamente efficiente alla produzione del danno; incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari.

Nel caso in cui il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura sanitaria, provare a contrario, l'impossibilità della prestazione per causa non imputabile, in quanto l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (cfr. di recente Cass. civ. n. 5808/2023).

Con riferimento, poi, al profilo concernente l'accertamento del nesso causale tra condotta del medico o della struttura sanitaria ed evento dannoso, va ricordato che tale valutazione, in sede civile, pur ispirandosi ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 c.p. presenta tuttavia notevoli differenze in relazione al regime probatorio applicabile, stante la diversità dei valori in gioco tra responsabilità penale e responsabilità civile.

L'accertamento dell'esistenza del nesso causale deve essere compiuto secondo il criterio del "più probabile che non": *"In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui*

agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 16123 del 08/07/2010, Cass. civ. S.U. 11.1.08 n. 576; 29.2.2016 n. 3893; 22.2.2016 n. 3428).

Alla luce di tali principi va esaminata la fattispecie sottoposta al Tribunale.

Dall'esame dell'atto di citazione si evince come siano due i profili di inadempimento dedotti dalla parte attrice, con riferimento alle obbligazioni assunte dalla convenuta struttura sanitaria e posti in relazione causale con l'attuale condizione patologica dell'attore, e cioè il non aver effettuato una corretta valutazione della condizione specifica in cui versava il paziente, in quanto soggetto affetto da diabete, e il non aver curato correttamente l'infezione intraoculare emersa nella fase *post* operatoria (cfr. p. 2 dell'atto di citazione).

La c.t.u. espletata nell'ambito del presente giudizio, affidata ai dott.ri **Persona_1** (medico legale) e **Persona_2** (oculista) ha esaminato l'operato dei medici della struttura convenuta alla luce delle linee guida *ratione temporis* vigenti per verificare – anche grazie all'esame della documentazione medica e della cartella clinica del paziente - la sussistenza o meno di comportamenti connotati da negligenza, imprudenza o imperizia ascrivibili ai predetti sanitari nonché l'esistenza di un nesso di causalità tra i comportamenti medesimi e il danno riportato dall'attore.

Orbene, dall'esame della documentazione medica in atti emerge che **Parte_I** all'epoca sessantaduenne, a causa di una cataratta senile in OD, il 7 giugno 2018 era stato sottoposto ad

un intervento presso la struttura sanitaria convenuta per la rimozione chirurgica del cristallino opaco e per l'impianto di una lente artificiale.

Ne seguirono plurimi controlli, anche tenuto conto delle complicazioni sorte a distanza di quattro giorni dall'intervento chirurgico (11 giugno 2018), poi diagnosticate come endoftalmite, e di una recrudescenza dell'episodio uveitico (10 luglio 2018) trattate dai sanitari con la somministrazione di una terapia medica ad ampio spettro.

Successivamente, il 20 luglio 2018 l'attore aveva eseguito un controllo presso l'Ospedale Civico di Palermo all'esito del quale gli era stata diagnosticata una TASS per cui veniva confermata la terapia locale e prescritta una terapia generale (cfr. produzione di parte attrice- cartella clinica).

Stante la persistenza delle criticità *post* operatorie, il 7 agosto 2018 il paziente era stato inviato presso una diversa struttura ospedaliera ove veniva sottoposto dapprima ad intervento di "*vitrectomia e espianto IOL*" e, successivamente, attesa la recidiva dell'endoftalmite, ad un intervento di revisione di vitrectomia con espianto della lentina intraoculare IOL apposta durante l'intervento di cataratta (cfr. produzione di parte attrice- referti Azienda Ospedaliera V. Sofia CTO).

Ora, i consulenti hanno riscontrato nell'attore "*OD: afachia chirurgica ed esiti di vitrectomia in esiti di endoftalmite post operatoria OS: astigmatismo ipermetropico composto e retinopatia ipertensiva II stadio KW*".

L'attore "*è andato incontro a una endoftalmite post chirurgica, a seguito di intervento di facoemulsificazione per cataratta senile in OD, per cui è stato successivamente sottoposto ad intervento di vitrectomia e espianto IOL. Ulteriore recidiva dell'endoftalmite ha necessitato di un secondo intervento di revisione di vitrectomia con espianto della lentina intraoculare IOL apposta durante l'intervento per cataratta*".

Con riferimento al primo segmento di asserito inadempimento allegato dall'attore, va esclusa la riconducibilità dell'insorta endoftalmite all'atto chirurgico compiuto dai medici della struttura convenuta, essendo la patologia sorta in data 11 giugno 2018, a distanza di 4 giorni dall'intervento.

Secondo i nominati consulenti, infatti, l'intervento effettuato dai sanitari è stato eseguito secondo regola, non avendo gli stessi ravvisato profili di negligenza, imprudenza o imperizia nelle condotte poste in essere dai clinici del centro; la struttura convenuta ha, "*peraltro [...]*

dimostrato di aver posto in essere tutte le possibili misure di asepsi nel controllo delle infezioni nosocomiali e dalla sua, il medico ha posto (così come descritto dall'atto operatorio) tutte le possibili precauzioni per evitare l'insorgenza dell'endofthalmite post- chirurgica" (cfr. p. 12 della consulenza tecnica d'ufficio).

La causa della endofthalmite è rimasta, tuttavia, in parte ignota poiché "non sono state eseguite prove infettivologiche tali da identificare l'agente patogeno, elemento che avrebbe potuto aiutare a rispondere meglio al quesito in relazione proprio alla tipologia di agente infettivo, qualora presente".

Tuttavia, tenuto conto delle misure adottate dalla struttura convenuta, potrebbe anche essere dovuta "ad anomala condotta del paziente per almeno il 55% della responsabilità o di coloro i quali lo hanno medicato che probabilmente possono non avere tenuto in debito conto le misure di asepsi (es. lavaggio delle mani prima di effettuare la medicazione dei colliri). Infatti l'endofthalmite non è stata di insorgenza immediata ma a quattro gg dall'evento chirurgico".

Sussiste, invece, una responsabilità dei medici della struttura convenuta con riferimento al secondo segmento di inadempimento allegato dall'attore poiché, una volta riscontrata l'endofthalmite, i sanitari della struttura non hanno inviato il paziente ad eseguire una vitrectomia urgente con esame colturale che, ove effettuata, avrebbe "attenuato (almeno del 75% in assenza di complicanze legate alla vitrectomia) il danno oculare instauratosi, posto che in caso di CP_2 si sarebbe eliminata la componente autoimmune e in caso di endofthalmite infettiva si sarebbe rilevata una antibiotico terapia ad hoc" (cfr. p. 14 consulenza tecnica d'ufficio).

Infatti, "in caso di sospetta endofthalmite è necessario eseguire esami colturali su campioni di umor acqueo o di umor vitreo prelevati attraverso o una paracentesi della camera anteriore o una vitrectomia anteriore da effettuare entro 24 h dall'insorgenza dell'endofthalmite"; tale condotta non è stata scelta dal sanitario che ebbe in cura il paziente nemmeno quando, il 10 luglio 2018, si è presentata una "recrudescenza dell'episodio uveitico"; in tale occasione il medico "continuò a prescrivere una terapia medica ad ampio spettro" (cfr. p. 13 della consulenza tecnica d'ufficio) determinando, in tal modo, nel paziente "una perdita di chance di migliore guarigione" (cfr. p. 14 della consulenza tecnica d'ufficio).

Sulla base di ciò va imputato ai medici "l'inosservanza delle procedure emanate che prevedono a seguito della comparsa di endofthalmite il pronto ricorso alla paracentesi della C.A. o alla vitrectomia anteriore per eseguire l'esame colturale o alla vitrectomia totale per eliminare la fonte infettiva/infiammatoria a carico del vitreo che sosteneva la permanenza dell'infezione/infiammazione, atto chirurgico che doveva essere eseguito

prima di utilizzare ogni terapia antibiotica sistemica per evitare una crescita nulla sui terreni di coltura” (cfr. p. 14 della consulenza tecnica d’ufficio).

Parimenti, i c.t.u. hanno ravvisato una responsabilità in capo a medici (oculisti) dell’Ospedale civico di Palermo poiché neanche loro hanno consigliato al paziente di ricorrere urgentemente ad una vitrectomia.

Ciò tenuto anche conto dei chiarimenti resi dai c.t.u. a seguito delle osservazioni avanzate dai consulenti di parte convenuta che non possono essere condivise atteso che nulla gli ausiliari hanno osservato con riferimento all’intervento compiuto dai medici il 7 giugno 2018; ai medici è stata, invece, imputata la cattiva gestione *“dell’evento avverso in maniera difforme dalle linee guida”* e, nello specifico, della recrudescenza emersa nel mese di luglio 2018 per cui si rendeva necessario dirottare il paziente presso altra struttura al fine di eseguire una paracentesi della camera anteriore o una vitrectomia, come effettivamente tardivamente avvenuto il 7 agosto 2018.

Alcuna rilevanza interruttiva del nesso causale può, infine, riconoscersi alla condotta dei sanitari dell’Ospedale Civico di Palermo considerato che già quattro giorni dopo l’intervento i sanitari avrebbero dovuto fare l’esame colturale o la vitrectomia totale per isolare la fonte infettiva/inflammatoria.

Alle suddette conclusioni questo giudice ritiene di doversi uniformare, essendo le stesse supportate da un percorso argomentativo coerente e lineare, oltre che dai necessari rilievi di competenza specifica.

Parte convenuta, dal canto suo, non ha fornito la prova della non imputabilità dell’inadempimento dedotto dall’attore a fondamento della domanda risarcitoria, così come acclarato all’esito dell’accertamento peritale espletato.

In conclusione, dunque, sono ravvisabili condotte ascrivibili ai medici della struttura convenuta contrassegnate da profili di colpa per negligenza, imprudenza o imperizia che si pongono in correlazione causale con le patologie e i disturbi allo stato lamentati dall’attore; per le ragioni sopra esposte, la domanda risarcitoria formulata da parte ricorrente deve quindi essere accolta.

Riscontrata la causalità materiale tra la condotta omissiva dei sanitari della struttura convenuta e l’evento, occorre soffermarsi sulla causalità giuridica, intesa come relazione tra

l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili, valutando la diversa efficienza delle varie concause.

Secondo la condivisibile opinione dei c.t.u., la condotta omissiva dei sanitari della struttura convenuta ha inciso sul danno biologico sofferto dall'attore nella misura del 70%; il 5%, invece, è stato attribuito alla condotta dei sanitari dell'Ospedale Civico e, infine, il restante 25% è stato imputato alla endoftalmite, la cui insorgenza è stata ritenuta indipendente rispetto alla condotta dei sanitari della struttura (cfr. pp. 13 e 14 della consulenza tecnica d'ufficio).

L'accertata condotta omissiva dei medici della struttura convenuta ha provocato a **Pt_1** [...] una inabilità temporanea totale di giorni 10 (dieci), un periodo di inabilità temporanea parziale al 50% di giorni 30 (trenta) ed un periodo di inabilità parziale al 30% di ulteriori giorni 15 (quindici); il danno biologico permanente è stato stimato percentualmente nella misura complessiva del 17%; *“in questo caso, il trattamento dell'endoftalmite che è derivata dall'atto chirurgico, ha aggravato lo stato invalidante della persona in OD. Si tratta pertanto di dover quantificare il cosiddetto danno differenziale. Il danno secondario all'endoftalmite avrebbe verosimilmente determinato la presenza di una acuità visiva pari a 8/10 corrispondente dunque a un danno biologico pari al 2%”*.

Ne consegue, dunque, un danno biologico differenziale del 15%.

Le ulteriori conseguenze dannose non paiono, invece, sufficientemente dimostrate; occorre ricordare che secondo il più recente insegnamento della Suprema Corte, in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, il danno morale consiste in uno stato d'animo di sofferenza interiore del tutto prescindente dalle vicende dinamiche relazionali della vita del danneggiato (che pure può influenzare) ed è insuscettibile di accertamento medico - legale, sicché esso deve essere dedotto e provato, e solo in tal caso può formare oggetto di separata valutazione ed autonoma liquidazione rispetto al danno biologico: *“In tema di risarcimento del danno alla persona, ai fini della liquidazione del danno morale, ontologicamente diverso dal danno biologico, ben possono essere utilizzate le Tabelle milanesi, nelle versioni successive al 2008, laddove comprendono nell'indicazione dell'importo complessivo del danno anche una quota diretta a risarcire il danno morale, secondo il criterio logico-presuntivo di proporzionalità diretta tra gravità della lesione e insorgere di una sofferenza soggettiva, a condizione che nel caso concreto tale liquidazione sia giustificata da un corretto assolvimento dell'onere di allegazione e prova e senza riconoscere ulteriori importi, altrimenti incorrendosi in una duplicazione risarcitoria”* (cfr., da ultimo, Cass. III, 12.7.2023 n. 19922).

Ebbene, secondo la Corte *“la possibilità di invocare il valore rappresentativo della lesione psicologica (in sé considerata come danno biologico) alla stregua di un elemento presuntivo suscettibile di (concorrere a) legittimare, in termini inferenziali, l’eventuale riconoscimento di un coesistente danno morale, dovrà ritenersi tanto più limitata quanto più ridotta, in termini quantitativi, si sia manifestata l’entità dell’invalidità riscontrata, attesa la ragionevole e intuibile idoneità di fatti lesivi di significativa ed elevata gravità a provocare forme di sconvolgimento o di debordante devastazione della vita psicologica individuale (ragionevolmente tali da legittimare il riconoscimento dalla compresenza di un danno morale accanto a un danno biologico), rispetto alla corrispettiva idoneità delle conseguenze limitate a un danno biologico di natura psicologica di lieve entità ad assorbire, secondo un criterio di normalità, tutte le conseguenze riscontrabili sul piano psicologico, ivi comprese quelle misurabili sul terreno del c.d. danno morale. Da tanto segue la ragionevole affermazione del principio declinabile sul piano probatorio secondo cui, al riconoscimento di danni biologici di lieve entità, corrisponderà un maggior rigore nell’allegazione e nella prova delle conseguenze dannose concretamente rivendicate, dovendo ritenersi normalmente assorbite, nel riscontrato danno biologico di natura psicologica di lieve entità (salva la rigorosa prova contraria), anche le conseguenze astrattamente considerabili sul piano del c.d. danno morale”*.

Nel caso di specie, non sono stati offerti da parte dell’attore elementi di prova, circostanze o fatti diversi da quelli già considerati nella valutazione del danno biologico riscontrato e, pertanto, non può essere liquidato alcun danno morale.

Va parimenti disattesa la domanda di risarcimento del c.d. danno esistenziale- consistente *“nel radicale cambiamento di vita, nell’alterazione/cambiamento della personalità del soggetto, nello sconvolgimento dell’ esistenza”* in conseguenza dell’evento occorsogli- non avendo l’attore allegato, né tantomeno provato, circostanze precise e specifiche idonee ad individuare e dimostrare l’effettivo pregiudizio subito, non potendo tale forma di danno *“risolversi in mere enunciazioni di carattere del tutto generico e astratto, eventuale ed ipotetico”* (v. Cass., 13/5/2011, n. 10527; Cass., 25 settembre 2012, n. 16255; Cass., 20/8/2015, n. 16992), tenuto anche conto della funzione compensativa, e non sanzionatoria, della tutela risarcitoria (cfr. Cass. civ. n. 2056/2018).

Inoltre, il danneggiato non ha allegato alcuna specifica o eccezionale circostanza che consenta di ritenere il danno concreto più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età; pertanto, nessun incremento va compiuto a titolo di personalizzazione della liquidazione (cfr. in tal senso Cass. civ. n. 7813/19).

*

Ciò posto, deve, pertanto, in questa sede procedersi alla liquidazione e quantificazione “per differenza” del danno ;

In proposito, infatti, deve ricordarsi che la Corte di Cassazione ha più volte affermato che *“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 (cfr. Cass., sez. III, sentenza n. 26117 del 27.9.2021)”*.

Orbene, ciò posto, condividendo quanto precisato al riguardo dai CTU – e, quindi, considerata pari al 2% l’invalidità che sarebbe residuata nel distretto anatomico quale danno secondario all’endofalmitite, e ritenuta pari al 17% l’invalidità globale effettiva riscontrata sul paziente secondo i comuni *baremes* di valutazione medico legale – può valutarsi nella misura del 15% il danno differenziale .

Tanto premesso, occorre procedere alla liquidazione del danno in questione facendo applicazione delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per la liquidazione di tale tipo di danno; tabelle fatte proprie anche da numerosi altri uffici giudiziari, ed i cui valori appaiono corrispondere anche ad una valutazione secondo equità di tale tipologia di danno non patrimoniale, nonché perfettamente rispondenti alla tipologia delle lesioni ed all’età del paziente (62 anni all’epoca dell’intervento), tramite l’utilizzo del cosiddetto “punto tabellare”; occorre ricordare che *“la liquidazione del danno biologico cd. differenziale va effettuata, in base ai criteri della causalità giuridica, ex art. 1223 c.c., sottraendo 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 50, come accadrebbe in caso di frazionamento della causalità materiale (Cass. civ. n. 29549/2024).*

Ebbene, prendendo le mosse dalla citata tabella redatta dall’osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano, il danno permanente come sopra identificato deve essere liquidato in € 38.715,00 (derivante dalla differenza tra la somma di € 40.773,00 pari all’invalidità complessiva

del 17% e la somma di € 2.058,00 pari all'invalidità del 2%).

Il punto tabellare utilizzato non tiene conto dell'aumento per la sofferenza interiore, sulla scorta delle considerazioni sopra svolte in ordine all'assenza di qualsivoglia allegazione sia in punto di danno morale.

Con riferimento al periodo di inabilità temporanea assoluta e relativa, così come accertato dai C.T.U., va equitativamente liquidata la somma di € 84,00 per ogni giorno di inabilità assoluta totale e parziale – in conformità ai valori indicati dalle tabelle milanesi nell'edizione dell'anno 2024 senza alcun aumento per sofferenza soggettiva, in assenza, come detto, di allegazione e prova – e dunque complessivi € 2.856,00 in valori attuali, per il periodo di inabilità temporanea (totale e parziale) indicato dai C.T.U.

Il danno biologico deve, pertanto, complessivamente determinarsi in € 41.571,00.

Va, tuttavia, dato atto che i c.t.u. hanno ritenuto il contributo causale della condotta adottata dai sanitari della struttura sanitaria nella misura del 70%.

Pertanto, spetta a **Parte_I** a titolo di danno non patrimoniale l'importo di **€ 29.100,00**.

Tale somma, quantificata secondo i valori attuali, deve essere incrementata dagli interessi compensativi, ossia i frutti che l'importo dovuto al danneggiato a titolo di risarcimento del danno avrebbe prodotto se lo stesso fosse stato tempestivamente corrisposto.

Ai fini di un'esatta determinazione degli stessi, dovrà compiersi dapprima una devalutazione nominale delle voci liquidate in valuta attuale, con l'obiettivo di definire il valore del danno al momento del verificarsi dello stesso; a tale importo dovranno successivamente imputarsi gli interessi compensativi maturati sulla somma annualmente rivalutata. Ciò al fine di evitare ingiuste locupletazioni e/o arricchimenti in favore del danneggiato.

Infatti, il superiore importo, espresso in valuta attuale, non comprende l'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità del denaro, derivante dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente in denaro del bene leso.

Procedendo alla stregua dei criteri appena enunciati, a partire dal danno complessivamente subito sopra indicato in valori attuali, si determina il "danno iniziale", inteso come danno finale devalutato alla data d'insorgenza, e questo dunque viene successivamente rivalutato fino alla data della sentenza, al contempo calcolando gli interessi ponderati via via maturati. Si arriva in tal modo a determinare l'importo esatto degli interessi da corrispondere per la mancata

completa disponibilità del risarcimento dovuto.

Si giunge così alla conclusione per cui la somma complessivamente spettante a **Parte_1** con rivalutazione e interessi ponderati a tutt'oggi, ascende ad **€ 32.271,23** (di cui € 3.171,23 per interessi).

Sulla somma in questione – al cui pagamento va condannata la struttura convenuta – sono poi dovuti gli interessi legali dalla data della presente sentenza (momento in cui il debito di valore diventa debito di valuta) e fino al soddisfo.

Nulla deve, infine, riconoscersi all'attore a titolo di danno patrimoniale non avendo lo stesso dato prova delle spese mediche effettivamente sostenute.

3. Spese di lite

Quanto alle spese di lite, in considerazione dell'esito finale del giudizio (e, in particolare, dell'accoglimento in misura inferiore della domanda risarcitoria avanzata dall'attore, nonché del rigetto di alcune poste risarcitorie), appare equo a questo giudice disporre la compensazione tra le parti in ragione del 50% e condannare la convenuta al pagamento della restante parte in favore della parte attrice.

La liquidazione di tali spese (parametri medi per attività di studio, introduttiva, istruttoria e decisionale) – per la quale si rimanda al dispositivo – viene effettuata sulla base dei parametri introdotti dal D.M. Giustizia 55/2014 (attuativo dell'art. 13, sesto comma, L. 247/2012), nella formulazione conseguente alle modificazioni successivamente apportate.

Si pongono, infine, le spese di C.T.U. liquidate con separato decreto definitivamente a carico di entrambe le parti (nella misura del 50% ciascuno).

P.Q.M.

Il Tribunale di Termini Imerese, definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa ogni diversa domanda, eccezione o difesa, così decide:

- accoglie, per quanto di ragione, la domanda formulata da **Parte_1** e, per l'effetto, condanna la convenuta a pagare in favore dell'attore il complessivo importo di € 32.271,23, oltre interessi al saggio legale a decorrere dalla data del deposito della presente pronuncia sino all'effettivo soddisfo;
- compensa nella misura del 50% le spese del giudizio tra le parti e condanna parte convenuta al pagamento delle spese processuali di parte attrice nella restante misura, che

liquida in complessivi € 3.809,00 da versare in favore dell'Erario stante l'ammissione dell'attore al patrocinio a spese dello Stato.

- pone definitivamente il compenso dei C.T.U. dott.ri *Persona_1* e *Persona_2* liquidato con separato decreto, per metà a carico dell'Erario il pagamento anticipato e per la restante parte a carico di parte convenuta.

Termini Imerese, 21 ottobre 2025

IL GIUDICE
Federica Bonsangue