



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE CALABRIA

composta dai seguenti Magistrati:

Luigi Cirillo	Presidente
Natale Longo	Giudice
Carlo Efisio Marrè Brunenghi	Giudice relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nel giudizio di responsabilità iscritto al n. **23381** del registro di Segreteria, promosso da

La **Procura regionale della Corte dei conti presso la Sezione giurisdizionale per la Calabria**, sedente in Via Buccarelli 28 Catanzaro, PEC: calabria.procura@corteconticert.it

Attore

nei confronti di

Napoli Franco, nato a Palermo l'11.01.1958 (c.f.: NPLFNC58A11G273K), residente in Caulonia (89041 - RC) alla Via delle Zagare n. 31, rappresentato e difeso dall'Avv. Fabio Verre presso il cui studio in Tiriolo (CZ) alla Via Giacomo Leopardi n. 108 ha eletto domicilio, giusta procura in calce alla memoria costitutiva;

Visti gli atti del giudizio;

All'udienza del 11.10.2023, data per letta la relazione del giudice relatore, udito il Pubblico Ministero nella persona del Sostituto Procuratore Generale dott. Fernando Gallone, udito l'Avv. Fabio Verre, i quali concludevano come da verbale in atti;

FATTO

1. Con atto di citazione depositato in data 6 dicembre 2022, la Procura regionale presso l'intestata sezione giurisdizionale ha convenuto in giudizio il sig. Franco Napoli, Dirigente medico di I livello, chiedendone la condanna al risarcimento danno erariale in favore dell'I.N.A.I.L. – Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro -, per la somma di **euro 62.781,18=**, oltre accessori di legge e spese di giustizia, per indebite prestazioni assicurative derivanti da errate valutazioni medico-legali, che hanno portato al riconoscimento per taluni lavoratori di un grado di inabilità non dipendente dall'infortunio denunciato.

1.1. In particolare, la Direzione regionale INAIL per la Calabria aveva **segnalato** alla Procura attrice, in data 1° dicembre 2021, un evento di danno erariale derivante da errate valutazioni medico legali effettuate dal Dott. Franco Napoli – Dirigente di I livello della sede INAIL di Locri in relazione ai seguenti 3 casi di infortunio sul lavoro:

A) Assicurato omissis – sinistro n. omissis: Il Dott. Napoli, svolta la visita medica del 15 luglio 2013, aveva accertato che il *omissis*, a seguito di uno scivolone mentre lavorava, si era

procurato un trauma contusivo lombare con protrusione erniaria che gli cagionava un grado di inabilità valutato nella misura del 10% e – conseguentemente – l'INAIL gli liquidava in data 26 luglio 2013 l'indennizzo in capitale di euro 8.890,57, aumentato di ulteriori euro 8.621,35 in data 1° aprile 2014, a seguito di una istanza di revisione del lavoratore e di nuova visita del Dr. Napoli.

A seguito di successivo e diverso infortunio alle spalle che aveva cagionato una inabilità del 5%, ai sensi dell'art.80 del T.U. infortuni sul lavoro (unificazione dei postumi di invalidità autonome) con provvedimento del 8 marzo 2016 veniva costituita a favore del *omissis* una rendita, in applicazione dell'art.13 D.Lgs. 38/2020.

Infine, il *omissis* presentava istanza di revisione per aggravamento del secondo infortunio, ma con atto di rettifica del 10 maggio 2020 ex art. 83 del d.P.R. n. 1124 del 1965, l'INAIL azzerava il grado di menomazione disposto sulla relazione del dott. Napoli a seguito del primo infortunio (avendo accertato che le menomazioni diagnosticate erano preesistenti all'infortunio).

B) Assicurato omissis – Sinistro n. omissis: A causa di un infortunio sul lavoro (contusione caviglia e ginocchio sinistro) il *omissis* aveva beneficiato di un periodo di inabilità temporanea assoluta dal 6 maggio al 27 maggio 2015, all'esito del quale dapprima non erano stati verificati esiti indennizzabili (né nella visita del 25 maggio del dott. La Cava, specialista in attività

libero professionale, né nella visita del dott. Napoli in data 3 giugno 2015) e successivamente (dopo una ecografia del 9 giugno 2015 che rilevava lesioni legamentose al ginocchio e alla caviglia sinistra) il Napoli riconosceva (il 28 dicembre 2015) un danno complessivo pari al 6%, che aggiunto all'esito invalidante di un precedente infortunio (quantificato nel 15% a seguito di ricorso giudiziale) portava al riconoscimento di una rendita con provvedimento del 1° marzo 2016, ai sensi dell'art. 80 T.U. infortuni sul lavoro,

All'esito di una istanza di revisione, e della visita effettuata il 27 aprile 2020, con provvedimento dell'INAIL si procedeva a rettifica del trattamento concesso ai sensi dell'art. 84 d.P.R. n. 1124/1965, essendo stata accertata la non dipendenza degli esiti invalidanti dal secondo infortunio ed il grado di menomazione dell'integrità psico-fisica del lavoratore era ridotto alla misura del 13% pari ai postumi derivanti dai precedenti infortuni.

Anche in questo caso, la Sovrintendenza regionale sanitaria accertava che il convenuto Napoli aveva commesso un grave ed evidente errore valutativo, non avendo svolto una adeguata ricerca per verificare la sussistenza di eventuali precedenti (risultando in atti che le lesioni alla gamba sinistra erano preesistenti).

C) Assicurato omissis – Sinistro n. omissis: Il Dott. Napoli riconosceva al *omissis* danno pari all'11%, come esito di

infortunio sul lavoro del 23 settembre 2015 (trauma contusivo del ginocchio e del collo piede sinistro), esito che sommato ai postumi derivanti da precedenti infortuni riconosciuti dall'Istituto (commisurato al 15%) determinava la liquidazione di una rendita per un grado di inabilità complessiva del 25%.

A seguito di istanza di revisione l'inabilità complessiva veniva ridotta al 15% giacché gli esiti refertati dal convenuto per l'infortunio del 23 settembre 2015 erano preesistenti e quindi non in rapporto causale o concausale all'evento lesivo in questione.

Anche in tal caso Sovrintendenza regionale sanitaria affermava che l'accertamento dei postumi permanenti all'infortunio in esame risultava viziato da negligenza e inappropriatezza valutativa del dott. Franco Napoli.

Questi i fatti, l'INAIL segnalava alla Procura regionale l'erogazione di indebite prestazioni assicurative per un importo complessivo di **euro 62.781,18**.

L'INAIL rappresentava altresì di aver avviato nei confronti del dott. Franco Napoli il dovuto procedimento disciplinare (n. 40/2019) contestandogli ben 29 casi in cui aveva sistematicamente violato l'ordine di servizio n. 353 del 4 aprile 2019, trattando pratiche oggetto di contestazione (opposizione/revisione), accogliendo le opposizioni e sovvertendo il giudizio o disattendendo le indicazioni del Sovrintendente regionale sanitario, mentre avrebbe dovuto

congelare ogni attività per occuparsi delle suddette contestazioni. Il procedimento disciplinare si chiudeva con la sanzione del licenziamento per giusta causa con decorrenza dal 1° marzo 2022, considerato l'irreparabile compromissione del rapporto di fiducia con l'Amministrazione.

1.2. A seguito dell'**invito a dedurre**, il dott. Napoli produceva una nota depositata il 27 settembre 2022 con cui chiedeva l'audizione personale che veniva fissata in data 11 ottobre 2022 e rinviata su istanza del medesimo prima al 18 ottobre 2022 e poi infine al 3 novembre, data in cui essa veniva regolarmente tenuta. L'esame degli scritti difensivi e delle dichiarazioni rese in sede di audizione personale non state ritenuti sufficienti per vincere le conclusioni raggiunte in fase istruttoria, per cui s'è resa la necessità del giudizio col deposito dell'atto di citazione.

1.3. In **diritto**, la Procura ritiene sussistenti tutti gli elementi costitutivi della responsabilità erariale. In particolare, il danno erariale è stato quantificato calcolando la differenza tra le somme erogate dall'INAIL agli assicurati e quelle in realtà spettanti, alla luce dei provvedimenti di rettifica emessi dall'INAIL e di cui s'è dato conto. Quanto al profilo soggettivo, il danno è imputato a titolo di colpa grave, attesa la negligenza diagnostica – *grave* se rapportata alla natura non particolarmente complessa dell'attività da svolgere -, oltre la circostanza che il convenuto ha continuato ad occuparsi

personalmente delle visite di revisione, addivenendo in taluni casi a conclusioni contrastanti con quelle già raggiunte dalla direzione sanitaria regionale, disattendendo le prescrizioni del proprio datore di lavoro e dunque con una condotta contrastante con l'interesse pubblico oltre che in contrasto con le stesse linee guida INAIL, al punto che a seguito del procedimento disciplinare si è giunto al licenziamento del dott. Napoli il 1° marzo 2022.

Precisa l'attore che il danno erariale de quo *non è recuperabile con l'azione civile ex art. 2033 c.c.* in quanto l'art. 55, comma 5 della l. n. 88/1989 prevede che “nel caso in cui siano state rimosse prestazioni non dovute, non si dà luogo al recupero delle somme corrisposte, salvo che l'indebita percezione sia dovuta a dolo dell'interessato” e che ricalca il precetto proprio dell'art. 2033 c.c. ove è prevista la irripetibilità allorché il pagamento della prestazione sia dovuto ad errore dell'ente erogatore salvo che sussista il dolo del percipiente che, nei casi narrati ed in seguito alla dovuta istruttoria interna da parte dell'ente, è stato escluso, essendo invece emerso che gli errori commessi sono la conseguenza di una valutazione diagnostica sbagliata sulla base di documentazione medica presente agli atti *ab initio*.

2. Il convenuto si è costituito col ministero dell'Avv. Fabio

Verre a mezzo comparsa del 26 aprile 2023, eccependo:

- ***In via pregiudiziale, la nullità dell'atto di citazione***

per genericità della contestazione e mancato esame delle deduzioni difensive del convenuto nella fase istruttoria, oltre che per mancata individuazione e quantificazione del danno e dei criteri per la sua determinazione;

- ***In via preliminare, la prescrizione***, essendo decorsi più di 5 anni dalla data dell'evento lesivo;

- ***Nel merito***: l'inattendibilità del giudizio di grave negligenza svolto dal PM che riproduce acriticamente le istruttorie svolte dall'INAIL e che hanno condotto alla revisione delle liquidazioni. Allega, a sostegno della sua posizione, la relazione di un consulente, specialista in medicina legale e delle Assicurazioni docente a contratto presso l'Università degli Studi di Reggio Calabria (dott. Aldo Chieffari) che afferma che il Napoli ha correttamente valutato i sinistri di cui in narrativa e che deve affermarsi anche una responsabilità per *culpa in vigilando* da parte dell'INAIL.

Indi ha concluso chiedendo ***il rigetto della domanda e in subordine, l'uso del potere riduttivo***. In via istruttoria ha chiesto che venga disposta CTU medico-legale per accertare il rispetto delle *leges artis* da parte del Napoli in relazione agli infortuni oggetto di contestazione.

3. Alla prima **udienza del 17.05.2023**, il Pubblico Ministero ha esordito reputando infondata l'eccezione di prescrizione, evidenziando che l'eccezione de quo è stata sollevata per la

prima volta a seguito dell'atto di citazione e non dell'invito a dedurre, per cui ha chiesto di essere autorizzato, ai sensi dell'articolo 11 delle norme di attuazione del Codice di giustizia contabile, alla produzione documentale dell'atto di messa in mora notificato dall'INAIL al convenuto, al fine di consentire di controdedurre sull'eccezione di prescrizione stessa.

L'Avv. Verre si è opposto al deposito, precisando di non essere a conoscenza dell'atto di costituzione in mora e, dopo aver preso visione del documento de quo, ha rilevato che nella notifica l'atto risulta notificato a mani del figlio del suo assistito, ignorando se è convivente con lui, oltre l'illeggibilità della firma. Ha inoltre aggiunto che l'atto preso oggi in visione non è originale e dunque è privo di valenza probatoria.

Con ordinanza dettata a verbale, il Collegio ha ammesso, ai sensi dell'art. 11 dip. att. c.g.c., la produzione documentale richiesta dall'attore, trattandosi della replica all'eccezione di prescrizione formulata per la prima volta nella comparsa di costituzione in giudizio.

Indi le parti hanno discusso la causa riportandosi ciascuna ai propri scritti difensivi ed illustrandoli, come da verbale in atti.

4. Con Ordinanza n. 71/2023 del 7 settembre 2023, il Collegio, considerato che i fatti da cui muove la Procura regionale originano dalla notizia di danno erariale del 1° dicembre 2021 e che il danno erariale contestato dall'attore concerne indebite erogazioni a titolo di prestazioni assicurative

in relazione ai tre sinistri di cui in premessa, oltre la considerazione che il convenuto ha eccepito la prescrizione dell'azione erariale individuando il *dies a quo* nella data dell'evento lesivo e che nell'atto di citazione, e così pure nel corso dell'udienza del 17.05.2023, il Pubblico ministero ha chiaramente argomentato che “la quantificazione del danno è stata effettuata calcolando la differenza tra le somme effettivamente erogate dall'INAIL agli assicurati e quelle in realtà spettanti” (pag. 18) e riproducendo all'uopo una tabella illustrativa in cui si dà conto delle somme erogate secondo tre diversi titoli (indennizzi in capitale; ratei per costituzione di rendita; indennizzo in capitale su rendita cessata), senza tuttavia allegare la prova delle date dei pagamenti effettuati – ha ordinato all'INAIL - sede regionale di Locri – di depositare la documentazione relativa ai pagamenti eseguiti in relazione ai tre sinistri di cui in narrativa, rinviando la causa per la discussione all'udienza odierna.

5. In data 25.09.2023 l'Amministrazione ha dato **esecuzione alla prefata ordinanza**, depositando la documentazione richiesta.

6. All'**udienza del 11.10.2023**, le parti hanno discusso la causa. In particolare, il Pubblico Ministero ha rilevato:

(i) che la prova della data dei ratei di pagamento delle prestazioni è stata prodotta nel termine indicato dall'ordinanza del Collegio;

(ii) che a fronte di una diffida all'INAIL del 28/01/2022 i tre mandati di pagamento (indicati nell'ordinanza n. 71/2023) sono agli atti;

(iii) che tutti i pagamenti avvenuti prima del 28/01/2017 devono essere ritenuti prescritti,

(iv) che deve invece essere pronunciata condanna per tutti ratei erogati successivamente, che non sono prescritti e che finiscono con 8927 e con 9259.

Il Pubblico Ministero ha pertanto insistito nell'accoglimento delle conclusioni rassegnate nell'atto di citazione e chiesto la condanna del convenuto, anche per le spese.

L'Avvocato **Verre**, di contro, ha anzitutto precisato che nell'ordinanza collegiale n. 71/23 è riportata una inesattezza alla pagina n. 8, nel senso che egli non ha mai affermato che è stata notificata una diffida a mani del figlio del proprio assistito, ma ha rilevato che il postino ha dichiarato che c'è stata questa consegna per la quale si è rilevato anche la valenza probatoria della notifica, di cui non si era a conoscenza. Nel merito ha eccepito invece:

(i) che l'INAIL non ha assolto all'onere probatorio del deposito disposto dal Collegio, atteso che l'ordinanza disponeva il deposito dei mandati di pagamento quietanzati;

(ii) che sono state depositate talune schermate di computer – che potrebbero essere facilmente modificabili - che non hanno data certa, non hanno un'origine, non sono sottoscritte e non

sono neanche autenticate;

(iii) che gli atti depositati non attestano l'avvenuto pagamento;

(iv) che, qualora si ritenesse valido il deposito della documentazione, non si comprende quanto si dovrebbe realmente computare al danno erariale;

(v) che nel 2021 vi è stata, da parte dell'INAIL, una revisione per la posizione *omissis*, con riduzione del grado di menomazione con conseguente riduzione della rendita;

(vi) che il Napoli non ha operato in maniera negligente e non vi può essere colpa grave;

(vii) che sussiste la *culpa in vigilando* dell'Ente, in quanto come si è provveduto a revisionare il caso relativo alla posizione *omissis*, avrebbe potuto verificare le altre posizioni e rendersi conto dell'esistenza di eventuali errori da parte di chi ha effettuato la valutazione;

(viii) che dovrebbe essere scomputato dalla rendita anche il danno biologico;

(ix) che è necessario disporre una consulenza tecnica contabile, in quanto l'INAIL avrebbe dovuto decurtare le somme che ha elargito al momento della corresponsione della rendita e non si comprende se le trattenute sono state scorporate dal danno erariale.

Per il resto, si è riportato alla memoria depositata insistendo nell'accoglimento delle conclusioni rassegnate nonché alle eccezioni di prescrizione e a tutte le richieste, anche istruttorie.

In replica, il **Pubblico Ministero** si è rimesso alla valutazione del Collegio relativamente alla richiesta della consulenza tecnica contabile, evidenziando che non la ritiene necessaria. Relativamente alla contestazione sull'efficacia probante della documentazione, ha respinto l'obiezione che la stessa possa essere stata modificata, la stessa provenendo dal sistema informatizzato dell'INAIL. Indi ha insistito nelle richieste rassegnate nell'atto di citazione.

In controreplica, l'Avvocato **Verre**, ha ribadito che l'INAIL non provvede al pagamento, limitandosi a disporlo; perciò, ha insistito nell'affermare che l'INAIL non ha depositato la prova dell'effettivo pagamento.

All'esito, non essendo stata richiesta controreplica da parte dell'attore, la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

Devono essere scrutinate anzitutto le eccezioni di rito e di merito sollevate dalla difesa del convenuto.

1. Va preliminarmente esaminata l'eccezione di **nullità della citazione** per genericità della contestazione e mancato esame delle deduzioni difensive del convenuto nella fase istruttoria, oltre che per mancata individuazione e quantificazione del danno e dei criteri per la sua determinazione ed infine per mancata corrispondenza dei fatti tra invito a dedurre e citazione che non terrebbe conto degli ulteriori elementi di conoscenza acquisiti con le controdeduzioni.

In particolare, la difesa del Napoli sostiene che l'atto di citazione sarebbe affetto da nullità in quanto "non contiene alcun valido esame delle deduzioni difensive svolte dal convenuto in punto di mancata istruttoria, disattendendo la richiesta di CTU, ma si è limitato ad una generica contestazione dei fatti riproponendo quanto già asserito nell'invito. ... L'atto introduttivo del giudizio, in altri termini, deve dar conto dell'esito della fase istruttoria ed in particolare delle giustificazioni addotte dal presunto responsabile e dei motivi per i quali si sia ritenuto di procedere ugualmente, e non limitarsi alla generica contestazione dei fatti esplicitati richiamando in contrapposizioni le argomentazioni già proposte" (pag. 3)... Ulteriormente, l'atto di citazione risulta essere nullo ... in quanto la Procura Regionale non ha provveduto ad individuare e quantificare il danno, tantomeno ad indicare i criteri per la sua determinazione, limitandosi a riportare in una generica tabella degli importi la cui provenienza e correttezza è dubbia e non documentata e/o adeguatamente quantificata" (pag. 4). "Nondimeno, la nullità dell'atto di citazione deriva dalla violazione dell'art. 87 c.g.c., non sussistendo corrispondenza tra i fatti di cui all'art. 86, comma 2, lett. e) e gli elementi essenziali del fatto esplicitati nell'invito a dedurre, tenuto conto degli ulteriori elementi di conoscenza acquisiti a seguito delle controdeduzioni" (pag. 4).

Tali argomentazioni non hanno fondamento e l'eccezione deve essere respinta.

Quanto alla prima e alla terza doglianza, ovvero la genericità della contestazione e della mancata corrispondenza tra quanto esplicitato nell'invito e poi riportato in citazione senza tener conto delle controdeduzioni difensive e dei documenti prodotti in fase istruttoria, si tratta di un'affermazione *prima facie* in sé contraddittoria (la citazione sarebbe affetta da genericità della contestazione in quanto riprodurrebbe passivamente il contenuto dell'invito a dedurre e al contempo non vi sarebbe tale corrispondenza per quanto generica), ma soprattutto non conforme al vero.

Anzitutto, non si è innanzi ad una contestazione generica dei fatti: sia nell'invito a dedurre che nella citazione l'attore ha contestato con puntualità un evento di danno erariale derivante da errate valutazioni medico legali effettuate dal Dott. Franco Napoli – Dirigente di I livello della sede INAIL di Locri in relazione a tre casi di infortunio sul lavoro, esattamente individuati e di ciascuno ha descritto l'iter procedurale che ha condotto al danno erariale, al punto che di tutti e tre i casi descritti dall'attore presentano le medesime caratteristiche (si da ingenerare anche l'idea di un sistema in danno dell'amministrazione). La contestazione dunque, quanto all'*an debeat*, è molto puntuale: a fronte di un primo infortunio, seguiva un secondo infortunio sul lavoro ed il dott. Napoli, reputando (con grave negligenza professionale – questa, l'accusa) che il secondo sinistro fosse causalmente collegato col

primo, formulava un giudizio diagnostico che conduceva l'INAIL a riconoscere, sul presupposto dell'unifica dei postumi derivanti da più eventi lesivi riconosciuti dall'Istituto ai sensi dell'art. 80 T.U. infortuni sul lavoro, una rendita in favore dell'assicurato. Questo *modus procedendi* si è ripetuto in tutti e tre i sinistri portati dall'attore, sia nell'invito a dedurre che in citazione, e tutti e tre i sinistri hanno presentato il medesimo epilogo, e cioè che a seguito dell'opportuno accertamento di secondo grado da parte della Sovrintendenza sanitaria regionale, l'INAIL dava vita al procedimento di revisione che riconduceva ad equità il premio togliendo all'assicurato quanto di più gli era stato liquidato per effetto della condotta del convenuto.

La contestazione è pertanto assolutamente puntuale.

Quanto alla mancata individuazione e quantificazione del danno, oltre che dei criteri per la sua determinazione, si tratta anche qui di un'argomentazione infondata.

L'attore ha ben illustrato il meccanismo che ha originato il danno erariale contestato: ovverosia la differenza tra quanto pagato in più dell'INAIL e quanto accertato in sede di revisione, distinguendo per ognuna delle tre posizioni assicurative, la causale (indennità temporanea, relativa al primo sinistro, rendita, successiva al secondo sinistro, liquidata per superamento del limite percentuale sul presupposto dell'unifica dei postumi ex art. 80 cit.), ed il *quantum* dovuto sia rispetto al tempo della seconda elargizione sia al tempo della revisione.

Di conseguenza, anche sotto questo profilo, non v'è ragione per ritenere che la contestazione del danno sia generica e priva di criteri, come la difesa ha invece sostenuto.

Quanto infine all'altro vizio denunciato, ovverosia che la citazione sarebbe nulla giacché essa non avrebbe considerato le controdeduzioni difensive del dott. Napoli, è un'argomentazione smentita dai fatti: la citazione, infatti, dedica ben 13 pagine (da pag. 20 a pag. 32) alle deduzioni difensive del convenuto, sottoponendole ad una revisione critica che il merito del giudizio *hic et nunc* vaglierà.

Conclusivamente, la preliminare eccezione di nullità della citazione per i motivi addotti dall'Avv. Verre è infondata e viene respinta.

2. Sull'eccezione di prescrizione.

Nella propria comparsa, il dott. Napoli ha eccepito la prescrizione del credito erariale essendo decorsi più di cinque anni dalla data dell'evento lesivo.

Giusta la considerazione che i fatti da cui muove la Procura regionale originano dalla notizia di danno erariale del 1° dicembre 2021, ma che il danno erariale contestato dall'attore concerne indebite erogazioni a titolo di prestazioni assicurative in relazione ai tre sinistri di cui in premessa, stante l'eccezione sollevata dal convenuto, diventa inevitabile individuare il *dies a quo* nella data dell'evento lesivo che, nella fattispecie considerata, trattandosi del pagamento di obbligazioni

pecuniarie, coincide con la data di effettivo esborso delle somme indebite da parte dell'amministrazione danneggiata.

A seguito dell'ordinanza collegiale n. 71/2023 del 07.09.2023, l'INAIL ha depositato la documentazione relativa ai pagamenti eseguiti in relazione ai tre sinistri di cui in narrativa, compendiata da una nota illustrativa.

Nel corso dell'udienza odierna, l'Avv. Verre ha contestato l'attendibilità-veridicità del documento, asserendo che trattasi di prestampati modulari privi di sottoscrizione e di data certa, oltre la considerazione che non provano l'effettivo pagamento del premio, dal momento che l'INAIL non è il soggetto preposto alla liquidazione dello stesso.

Si tratta di argomentazioni non condivisibili.

Anzitutto, si è innanzi a documentazione trasmessa dall'Amministrazione danneggiata su ordine del Giudice e che, come detto, è accompagnata da una pec illustrativa del suo contenuto riconducibile all'istituto (locri@postacert.inail.it) a firma della Responsabile (dott.a Francesca Franco), sicché non v'è ragione per porre dubbi sull'autenticità e sulla veridicità di quanto trasmesso a codesta Sezione.

La stessa nota di accompagnamento precisa all'ultimo capoverso che "per quel concerne i ratei di rendita si allegano i prospetti contenenti l'elenco dei ratei messi in pagamento ed i provvedimenti di costituzione delle rendite stesse, precisando a tal proposito che sulla scorta di apposita Convenzione stipulata

con l'INPS nel 2001, più volte rinnovata, il pagamento dei ratei viene assicurato dall'Istituto di Previdenza".

Orbene, la difesa del Napoli ha affermato che tale documentazione non proverebbe l'effettivo pagamento del premio che, giustappunto, viene eseguito dall'INPS.

Il Collegio osserva quanto segue.

Giusta la convenzione in essere tra INAIL ed INPS, ciò che rileva ai fini di questo giudizio è la prova certa del pagamento del premio eseguito dall'INPS su ordine dell'INAIL. Quest'ultimo, pertanto, assolve alle funzioni di un ordinatore primario di spesa, laddove invece l'INPS (come sovente avviene per il pagamento delle prestazioni previdenziali pubbliche) funge da ordinatore secondario.

Alla luce della documentazione prodotta dall'INAIL, non si dà ragione per escludere che i vari premi, sia nella forma della liquidazione dell'indennità temporanea, che del danno biologico, che in fine della rendita, non siano stati corrisposti dall'INPS, in quanto l'amministrazione ha trasmesso, per ogni posizione assicurativa relativa a ciascun sinistro, l'estratto dal GRAI (gestione rapporto assicurativo infortuni) contenente l'indicazione (i) della data del rateo, (ii) dell'importo calcolato dall'INAIL e (iii) dell'importo pagato dall'INPS (con indicazione di diversa data in caso di riaccredito da parte dell'INPS v. es., sinistro n. *omissis* - *omissis*, liquidazione ratei rendita, il premio del 01.06.2017 presenta quale data di riaccredito INPS il

20.05.2017, quindi con valuta addirittura antecedente), oltre

(iv) la modalità di pagamento (accredito su libretto postale) e (v)

le coordinate.

Non v'è dunque alcun motivo per disattendere forma e

contenuto di tale documentazione che, ai fini dell'eccepita

prescrizione e dopo attento esame da parte del Collegio, rileva

nei termini seguenti.

Giova anzitutto ripetere l'insegnamento proveniente dalla

giurisprudenza delle Sezioni Riunite di questa Corte (cfr., Corte

conti, SS.RR. n. 7/QM/2000) a termini della quale la

prescrizione su somme periodiche di denaro inizia a decorrere

dai singoli pagamenti, ciascuno maturando un proprio termine

prescrizionale.

Atteso che nella fattispecie di giudizio, l'attore ha contestato un

<danno erariale differenziale> tra il pagamento indebito

costituito dal pagamento erroneo per eccesso di una rendita e

l'importo ridotto ed effettivamente dovuto all'assicurato e che ha

condotto alla cessazione della rendita erroneamente costituita

in suo favore, oltre taluni pagamenti per indennità e danno

biologico in misura maggiore a quella in realtà spettante, il *dies*

a quo di ogni singolo pagamento (vuoi periodico vuoi *una*

tantum), inizia a decorrere dal giorno del suo compimento per

incontrare un termine finale – in assenza di atti interruttivi - nel

quinquennio successivo.

Vanno poi considerati – ai fini della prescrizione – appunto

gli atti interruttivi. In particolare, nel corso della prima udienza del 17.05.2023, l'attore, rilevando che l'eccezione de quo era stata sollevata per la prima volta a seguito dell'atto di citazione e non dell'invito a dedurre, ha chiesto di essere autorizzato, ai sensi dell'articolo 11 delle norme di attuazione del Codice di giustizia contabile, alla produzione documentale dell'atto di messa in mora notificato dall'INAIL al convenuto, al fine di consentire di controdedurre sull'eccezione di prescrizione stessa. In quella sede l'Avv. Verre si era opposto al deposito, aggiungendo in particolare che l'atto in questione non era un originale e dunque era privo di valenza probatoria.

Con ordinanza dettata a verbale, da confermarsi in questa sede, il Collegio ha ammesso, ai sensi dell'art. 11 dip. att. c.g.c., la produzione documentale richiesta dall'attore, trattandosi di una replica all'eccezione di prescrizione formulata per la prima volta nella comparsa di costituzione in giudizio (e quindi necessitata dalla tutela del diritto di difesa, che costituisce grave motivo per l'ammissione del documento).

Nel corso dell'udienza dell'11.10.2023, l'Avvocato **Verre** ha anzitutto precisato che nel corso della udienza del 17.05. precedente, egli non ha affermato che era stata notificata una diffida a mani del figlio del proprio assistito, ma solo che il postino aveva dichiarato che v'era stata questa consegna, ma che di essa non si era a conoscenza.

Preso atto della precisazione dell'Avv. Verre, il Collegio osserva

ora che il documento in questione è l'atto di diffida e messa in mora, del 26.01.2022, notificato dall'INAIL al convenuto e che la notifica si è perfezionata a mani del figlio in data 28.01.2022 secondo quanto attestato dal messo notificatore e che, senza un principio di prova contraria (che il convenuto non ha fornito), non si dà ragione per disattendere. Pertanto, tale atto assume valenza interruttiva del tempo prescrizione (unitamente al successivo invito a dedurre contenente ulteriore costituzione in mora).

Conseguentemente, principiando proprio dalla **diffida e messa in mora del 26.01.2022 da parte dell'INAIL** non vi può essere dubbio che **tutti i pagamenti eseguiti prima del 26.01.2017 devono essere considerati prescritti e, dunque, non ripetibili in questa sede**, come peraltro richiesto anche dal Pubblico Ministero nel corso dell'odierna udienza.

L'eccezione di prescrizione è, pertanto, parzialmente fondata nei limiti anzidetti e con effetti riflessi in punto di quantificazione del danno secondo quanto appresso si dirà.

3. Merito.

Venendo al merito della contestazione, giusta l'intervenuta prescrizione per parte del credito, l'azione erariale va accolta nei limiti che seguono.

In buona sostanza, l'accusa che viene mossa al convenuto è quella di avere adoperato grave negligenza professionale nello svolgimento della propria attività medico-diagnostica, così

conducendo l'INAIL a liquidare un premio assicurativo maggiore di quello in realtà spettante all'assicurato in questione. Per ogni sinistro, il procedimento di revisione e rettifica ha accertato la grave negligenza professionale del dott. Napoli e che ha condotto da ultimo al procedimento disciplinare nei suoi confronti e al licenziamento.

Questa la narrazione comune ai tre sinistri, nel dettaglio è documentato in atti quanto segue e, per ragioni sistematiche, è opportuno analizzare singolarmente le singole fattispecie:

A) Sinistro n. omissis – assicurato omissis.

A seguito di incidente sul lavoro il 18.10.2012, il dott. Napoli in data 15.07.2013 accertava che l'assicurato, mentre lavorava, si era procurato una contusione con protrusione erniaria che gli causava un grado di invalidità del 10%, cui seguiva un indennizzo capitale di euro 8.890,17 in due tranches:

- Euro 8.263,31 (pagamento danno biologico) in data 25.07.2013;
- Euro 717,26 (aumento straordinario ex DM 27.03.2009) in data 25.07.2013;

Contro questo provvedimento l'assicurato proponeva opposizione chiedendone la revisione. Il Dott. Napoli, a seguito di visita del 26.03.2014, rilevava l'aggravamento che conduceva ad un maggiore grado di inabilità dal 10% al 14% a cui seguiva, da parte dell'INAIL, il pagamento della ulteriore somma di euro 8.621,35 in tre tranches:

- Euro 7932,78 (pagamento danno biologico) in data 31.03.2014;

- Euro 688,57 (aumento straordinario ex DM 27.03.2009) in data 31.04.2014;

- Euro 600,51 (aumento straordinario ex DM 14/02/2014) in data 31.04.2014;

A seguito di nuovo infortunio del 08.03.2014, il *omissis* subiva un nuovo infortunio sul lavoro con limitazione funzionale alla spalla destra e sinistra ed ulteriore grado di inabilità nella misura del 5% che, sul presupposto dell'unifica dei postumi derivanti da più eventi lesivi ex art. 80 T.U. infortuni sul lavoro consentiva all'INAIL di costituire in suo favore una rendita per una inabilità complessiva del 17% (superiore alla soglia del 15% prevista dall'art. 13 D. lgs n. 38/2020 entro il cui limite sarebbe spettato l'indennizzo in capitale).

Nel 2019, il *omissis* presentava una istanza di revisione per aggravamento. A conclusione del giudizio di revisione veniva riconosciuto l'aggravamento dei postumi permanenti (con incremento del grado di inabilità dal 5% al 7%), ma – quel che ora rileva – veniva accertata l'insussistenza *ab initio* dei postumi derivanti all'infortunio del 2012 (già indennizzato con il grado di inabilità del 14%).

In data 20.05.2020, l'INAIL comunicava l'atto di rettifica per errore del provvedimento emesso sulla relazione del dott. Napoli, adottato ai sensi dell'art. 83 d.P.R. n. 1124/1965, azzerando il

grado di menomazione.

Per provare la grave negligenza del convenuto, il Pubblico Ministero ha depositato tutta l'istruttoria documentale compiuta dalla Sovrintendenza sanitaria regionale da cui è emerso che le menomazioni del lavoratore erano preesistenti all'infortunio del 18 ottobre 2012 (esse erano già presenti in data 12 settembre 2012), sicché il dott. Napoli aveva totalmente ignorato tale circostanza, ricollegando artificiosamente i postumi all'infortunio denunciato.

Contro tale ricostruzione, il dott. Napoli nella propria memoria ha sostanzialmente ripetuto quanto argomentato in sede istruttoria, ovvero sia che sarebbe sufficiente comparare l'accertamento RM del 12.09.2012 e del 02.11.2012 per concludere che l'infortunio del 18.10.2012 ha investito direttamente l'ernia L5-S1 con interessamento delle radici nervose, contingenza assente prima dell'infortunio, sicché non vi sarebbe alcun errore a lui imputabile.

Il Collegio è persuaso del contrario.

Come eccepito dal Pubblico Ministero in citazione, è sufficiente leggere il referto del 12.09.2012 (All. 7) e quello del 02.11.2012 (All.8) e notare che nel secondo è scritto quanto segue: *“rispetto al precedente controllo del 12.09.2012 l'odierna indagine non documenta sostanziali variazioni”*, il che significa che l'infortunio sul lavoro del 18.10.2012 non ha determinato, contrariamente a quanto sostenuto dal Napoli, un nuovo quadro

clinico dello stato di salute del *omissis*.

Pare evidente che, in casi consimili, è sufficiente leggere i due referti per stabilire l'assenza di nesso eziologico, non occorrendo capacità professionali specialistiche. Poiché tali referti erano entrambi nella disponibilità del dott. Napoli quando - in data 15.07.2013 - effettuava la propria visita sull'assicurato, attesa la semplicità della valutazione da compiersi, l'errore da lui compiuto non può che qualificarsi connotato da colpa grave.

Il grave errore valutativo compiuto dal convenuto sull'assicurato *omissis* ha condotto l'INAIL a liquidargli somme in realtà non spettanti e che poi sono state oggetto di revisione (sempre da parte del convenuto) nel 2014, oltre alla denuncia per un nuovo sinistro, sempre nel 2014, che conduceva, sul presupposto dell'unificazione dei postumi da più eventi lesivi, alla costituzione di una rendita (in favore dell'assicurato); rendita che al contrario, come accertato dalla Sovrintendenza sanitaria regionale, giammai avrebbe dovuto costituirsi, in quanto già *ab initio* (in data 02.11.2012) non vi era alcun postumo rispetto a quanto refertato in data 12.09.2012, sì da annullare in toto il giudizio diagnostico compiuto dal dott. Napoli in data 15.07.2013 sull'infortunio del 18.10.2012.

La relazione del Prof. Chiefari, allegata alla comparsa costitutiva, non scalfisce questa conclusione, anzi - in taluni passaggi - essa induce semmai ad accentuare taluni profili di responsabilità del dott. Napoli.

In buona sostanza, il perito di parte ritiene che il dott. Napoli abbia eseguito la propria prestazione professionale *secundum leges artis*, atteso che il referto del 12.09.2012 documentava una protrusione ernaria nella zona lombare interessata senza interessamento delle radici nervose, che si potrebbe perciò definire asintomatica, mentre con l'infortunio del 18.10.2012 si sarebbe verificato l'interessamento delle radici nervose (e dunque con comparizione dei sintomi) che, nella prospettazione del dott. Napoli, ha dato luogo ad un nuovo quadro clinico anatomico (che sarà poi all'origine della liquidazione indebita da parte dell'INAIL).

Il Collegio osserva che, tuttavia, che nella relazione del perito di parte, non vi sono giudizi di valore né dichiarazioni di scienza meritevoli di approfondimento (sicché neppure si dà la necessità di un approfondimento istruttorio a mezzo CTU come pure la difesa ha richiesto): non v'è nella relazione di parte la stigmatizzazione di un errore obiettivo compiuto dalla Sovrintendenza regionale sanitaria in sede di revisione (se non il fatto che si è proceduto in maniera documentale, come però si confà in casi consimili di accertamenti di secondo grado) -, ma v'è invece un passaggio che merita attenzione, allorquando il perito di parte afferma che il dott. Napoli ha compiuto una leggerezza professionale consistita nel fatto che *“in occasione del pre-contenzioso informale (visita collegiale in opposizione art 104 TU 1124/1965) doveva perfezionare la diagnosi specificando*

meglio l'insorgere dell'indubbio nuovo quadro anatomo-clinico post traumatico nella consapevolezza che ciò avrebbe potuto causare problematiche interpretative all' INAIL anche nel caso dell'insorgenza di un contenzioso giudiziario".

È facile osservare che la contestazione da cui muove il Requirente si fonda proprio sulla circostanza (di cui è consapevole lo stesso perito di parte) che una diagnosi ardita - che prospetta un nuovo quadro clinico - non possa essere pretermessa, o passata sotto silenzio, come invece è accaduto, tenuto conto che la negligenza professionale del convenuto è qui di tipo sanitario-amministrativo in quanto è la sua valutazione che espone l'amministrazione al pagamento di determinate spettanze in favore degli assicurati.

Il Collegio non nutre dubbi, pertanto, che il profilo dell'*an debeat*, sia assolutamente fondato quanto ad elemento soggettivo (colpa grave) e oggettivo (danno conseguente a grave errore professionale).

Permangono invece dubbi in merito alla quantificazione del danno erariale oggi esigibile.

L'attore ha contestato il danno differenziale tra *somme erogate* per euro 31.242,18 (18.202,43 per indennizzi in capitale; 11.736,61 per costituzione di rendita; 1.303,14 a titolo di indennizzo su rendita cessata) e *somme spettanti* per euro 8.147,61 (a titolo di indennizzo in capitale) – e dunque **euro 23.094,57.**

Di contro, nella documentazione GRAI fornita dall'INAIL è documentata la seguente liquidazione: **euro 20.841,78** in n. 8 tranches per indennità e danno biologico nel 2012-2013-2014, e precisamente:

(i) **euro 1.327,05** (importo lordo) in data **06/12/2012** (acconto indennità);

(ii) **euro 619,29** (importo lordo) in data **27/12/2012** (acconto indennità);

(iii) **euro 693,01** (saldo positivo) in data **17/01/2013**;

(iv) **euro 8.263,31** (importo lordo, pagamento danno biologico) in data 05/04/2013 e successivamente riliquidato a seguito di revisione passiva in

(v) **euro 7.932,78** in data **26/03/2014**;

(vi) **euro 717,26** (aumento straordinario ex DM 27/03/2009) in data 15/07/2013 e successivamente riliquidato a seguito di revisione passiva in

(vii) **euro 688,57** in data **26/03/2014**;

(viii) **euro 600,51** (aumento straordinario ex DM 14/02/2014) in data **04/08/2014**.

In disparte la discrasia tra gli importi, ciò che ora rileva è che si tratta all'evidenza di **erogazioni eseguite ben prima del 26.01.2017** e che pertanto sono tutte cadute in prescrizione ed in quanto tali non ripetibili in questa sede da parte della Procura erariale (di contro, è in facoltà dell'Amministrazione il recupero delle somme ritenute indebite in sede civile atteso il diverso

regime prescrizione decennale).

Il Collegio intende, tuttavia, per completezza, riferire che agli atti (All. 1 alla denuncia di danno erariale) è la nota INAIL del 20.05.2020 al lavoratore in cui l'interessato viene avvertito della circostanza che, a seguito del procedimento di rettifica, "il coefficiente risulta diminuito rispetto al precedente valore 0,4 e la rendita sarà quindi cessata a decorrere dal 01.05.2020" -, il che lascia presumere che nei confronti del *omissis*, come del resto ricostruito in parte narrativa dall'attore, sia stata costituita effettivamente una rendita, presumibilmente nel 2014-2015 (i cui effetti sarebbero cessati dal 01.05.2020), con la conseguenza che una parte di tale somma (ovverosia quella compresa tra il 21.01.2016 e il 01.05.2020) sarebbe non prescritta. Tuttavia, **manca** agli atti **la prova dei singoli pagamenti eseguiti e del loro importo**. La stessa documentazione fornita dall'INAIL in data 25.09.2023 a seguito dell'ordinanza collegiale n. 71/23 non mette in luce alcun pagamento in tal senso (a differenza di quanto invece è stato provato per i sinistri *omissis* e *omissis*, su cui ora si dirà. Anche nel corso della udienza odierna, il Pubblico Ministero ha chiesto di dichiarare prescritti i pagamenti relativi al caso *omissis*, affermando di rilevare solamente i sinistri che "terminano con 987 e 259", ovvero sia i sinistri *omissis* e *omissis*).

Conclusivamente, con riferimento alla posizione di *omissis* *omissis* (sinistro n. *omissis*) -, l'importo contestato dall'attore

deve essere dichiarato prescritto quanto ad euro 20.841,78 = e,
per il resto, non quantificato e sfornito di prova, sicché esso non
è ripetibile in questa sede.

B) Sinistro n. omissis – assicurato omissis omissis.

In data 06.05.2015 l'assicurato denunciava all'INAIL di aver
riportato un infortunio sul lavoro (i.e. "contusione caviglia e
ginocchio sinistro") con riconoscimento di un periodo di inabilità
temporanea assoluta dal 06.05 al 27.05 successivo. In data
25.05. era visitato in regime privato dallo specialista dott. La
Cava che, pur rilevando l'obiettività presente sul ginocchio, non
ne faceva derivare alcuna limitazione funzionale, peraltro senza
alcun riferimento alla caviglia sinistra.

In data 03.06.2015, il dott. Napoli effettuava la sua visita e
confermava la diagnosi di trauma al ginocchio sinistro e caviglia
sinistra, valutando un danno biologico provvisorio non
liquidabile. In data 19.05 successivo l'assicurato effettuava
presso l'A.O. Pugliese-Ciaccio di Catanzaro un'ecografia al
ginocchio e caviglia sinistra che evidenziava talune lesioni
legamentose. Il 28.12.2015 il dott. Napoli confermava la
diagnosi ecografica valutando complessivamente un danno pari
al 6% che – questo il punto – si aggiungeva a quello residuo
da altro precedente infortunio sul lavoro del 17.12.2011 con
esito invalidante prima determinato nell'11% poi elevato al 12%
in sede di opposizione e, in ultimo, elevato al 13%, in seguito a
ricorso giudiziale.

Pertanto, anche in questo caso, con provvedimento del 1° marzo 2016 – sul presupposto dell'unifica dei postumi derivanti da più eventi lesivi riconosciuti dall'INAIL ex art. 80 T.U.I.L. veniva costituita una rendita a favore del sig. *omissis* con grado di inabilità complessiva del 18% poi elevato al 19% a seguito del citato ricorso giudiziale.

Ed anche qui, nuovamente, alla visita di revisione del 27.04.2020 da parte della Sovrintendenza sanitaria, il danno per l'infortunio del 06.05.2015 era completamente azzerato sul presupposto che le lesioni e le limitazioni funzionali al ginocchio e alla caviglia sinistra dell'assicurato a seguito dell'infortunio 06.05.2015 non avevano alcun collegamento col trauma contusivo refertato dal dott. Napoli sicché i riconosciuti danni permanenti (6%) erano ingiustificati, non essendovi al nesso di causalità tra lesione e menomazione.

Ed anche qui, pertanto, in data 20.05.2020 veniva adottato dall'INAIL ai sensi dell'art. 83 del d.P.R. n. 1124 del 1965 un provvedimento di rettifica per errore, quantificando il grado di menomazione dell'integrità psico fisica del lavoratore nella misura del 13% pari ai postumi derivanti dai precedenti infortuni.

Il procedimento di revisione ha accertato in particolare che il dott. Napoli aveva commesso un errore valutativo per non avere svolto un'adeguata ricerca su eventuali precedenti e per aver ricondotto le lesioni ad un banale trauma riportato dal *omissis*

il 06.05.2015 e per il quale era stato riconosciuto un breve periodo di inattività (con riscontro negativo all'obiettività del ginocchio sinistro e senza alcun riferimento per il trauma alla caviglia).

In sede di revisione era emerso che già in data 27.08.1986 il *omissis* aveva riportato un infortunio sul lavoro proprio alla gamba sinistra, confermato alla visita di revisione decennale del 06.04.1999 con la diagnosi "*gamba sinistra: presenza di cicatrice chirurgica longitudinale sulla cresta tibiale con edema circostanziato e callo osseo. Articolari della articolazione. Tibio tarsica e sotto astragalica limitati circa 2/3. Carico doloroso*".

Contro questa ricostruzione, il dott. Napoli nella propria comparsa ha eccepito che in realtà l'errore non è il suo ma dell'operatore sanitario nel corso del primo accesso dell'assicurato al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Locri. Ivi, il *omissis* sarebbe stato sottoposto esclusivamente ad accertamenti radiografici senza ulteriori approfondimenti specialistici strumentali (Eco, RMN, consulenza ortopedica), sì da portare ad una diagnosi errata anche il dott. La Cava indicendolo a confermare le conclusioni esposte dal medico del pronto soccorso.

A sostegno della bontà del suo operato allega anche la relazione del proprio perito di parte, Dott. Chiefari, che esclude qualsiasi responsabilità nell'operato del convenuto, il quale sarebbe stato giustappunto male instradato dal primo referto diagnostico,

atteso che neppure in quell'occasione venne accertata la preesistenza di una lesione al ginocchio e alla caviglia sinistra risalente al 1986.

Nella stessa relazione del dott. Chiefari viene poi riferito dal perito che *“Nella trattazione del caso devesi annoverare a scapito del dott. Franco Napoli una prima imperfezione per non avere trascritto in procedura la presenza di preesistenze ...”*. Il riferimento è appunto all'infortunio del 1986 per il quale il *omissis* era stato già indennizzato dall'Istituto, sicché – prosegue il dott. Chiefari – *“È lapalissiano che sia stata l'iniziale diagnosi incompleta (trauma contusivo e non distrattivo) del Pronto Soccorso di Locri a creare degli equivoci e dubbi interpretativi anche a distanza di anni: non inquadrando esattamente la patologia tendinea non evidenziabile con l'esame radiografico, quest'ultimo è da rilevare che non evidenziava nemmeno le preesistenti lesioni alla caviglia e ginocchio sinistro per le quali omissis gode ed ha goduto dei ristori economici”*.

In vero, anche con riferimento alla posizione dell'assicurato *omissis*, il Collegio è persuaso del contrario.

Appartiene alla comune esperienza, infatti, il sapere che il referto del Pronto Soccorso è caratterizzato da immediatezza, dovendo accertare la cura migliore per il soggetto nel breve periodo, sicché non può pretendersi in tale sede una anamnesi storico-clinica del paziente. Il sanitario del pronto soccorso nel momento in cui prescrive al soggetto un periodo di inattività di

venti giorni (come nel caso di specie è avvenuto), non si pone il problema dei riflessi assicurativi INAIL e dei relativi benefici compensativi di uno stato di salute compromesso ed in quale misura. A tale compito è chiamato invece il medico competente INAIL, nella fattispecie il dott. Napoli, che ha tutte le carte per compiere la valutazione clinica adeguata.

Il Collegio è persuaso che, giusta la propria specialità professionale, il dott. Napoli avrebbe potuto anche prescindere (come in effetti ha fatto) dal primo referto ambulatoriale che, come detto, ha altra funzione, sì da collocarsi – all'interno della catena causale degli eventi refertati – come prima occasione, ma non come causa vincolante di un successivo giudizio medico che deve rimanere libero ed eziologicamente indipendente purché adeguatamente motivato. Detto altrimenti: è proprio l'indagine maggiormente adeguata che il sanitario INAIL può e deve compiere, tenuto conto degli eventuali benefici assicurativi che derivano dal suo giudizio, che non consente al Napoli di giustificarsi rigettando la colpa sul primo referto ambulatoriale che non avrebbe rilevato la preesistenza di lesioni sul ginocchio e sulla caviglia sinistra, dal momento che non è quello il suo compito.

Ma anche in questo caso **la giustificazione addotta dal convenuto non attenua ma semmai aggrava la sua responsabilità professionale**, in quanto – paradossalmente – egli si giustifica addossando la responsabilità all'errata diagnosi

ambulatoriale che non avrebbe neppure essa rilevato la preesistente lesione al ginocchio e alla caviglia sinistra, sol che poi il Napoli ricollega a tale precedente infortunio (di oltre trenta anni addietro) l'insorgenza di una (nuova) menomazione che (pur guaribile in venti giorni come da referto ambulatoriale del Pronto Soccorso), condurrà l'INAIL a costituire in favore del *omissis* una rendita vitalizia sul presupposto dell'unifica dei postumi.

Per cui paradossalmente il primo referto ambulatoriale aveva visto nel giusto: non vi erano evidenze incidenti sull'infortunio refertato il 06.05.2015, così come peraltro confermato dal dott. La Cava a distanza di venti giorni e infine richiamato pure in sede di revisione da parte della Sovrintendenza sanitaria. Perché dunque il Napoli abbia ritenuto di stabilire un nesso causale tra una mera lesione e una menomazione in danno dell'assicurato, egli non ha chiarito, non potendo bastare a questo fine le giustificazioni addotte che, come detto, aggravano e non attenuano la sua responsabilità.

Ferma la responsabilità del convenuto sotto il profilo dell'elemento subiettivo (colpa grave) e oggettivo (danno erariale differenziale, quale conseguenza immediata e diretta della condotta), deve essere esaminato il *quantum* risarcibile nel caso < *omissis* >.

L'attore ha contestato il danno differenziale tra *somme erogate* per euro 34.611,77 (10.507,26 per indennizzi in capitale;

12.156,84 per costituzione di rendita; 11.947,67 a titolo di indennizzo su rendita cessata) e *somme spettanti* per euro 12.331,43 (a titolo di indennizzo in capitale) – e dunque **euro 22.280,34.**

Di contro, nella documentazione GRAI fornita dall'INAIL è documentata la seguente liquidazione:

- (i) indennità per **euro 1.134,00 del 27.05.2014;**
- (ii) rendita mensile **dal 01.04.2016 al 01.06.2020 di iniziali euro 178,67** con **rateo finale di euro 10.806,13** - da cui:
 - importo complessivo di euro 23.716,97
 - **importo pagato fino al 01.01.2017:** (178,67x9) = euro **1.518,03**
 - **importo recuperato: euro 10.984,80** (e precisamente, euro 178,87 in data 26.04.2017 ed euro 10.806,13 in data 04.08.2020)

Di conseguenza, il Collegio osserva che l'importo pagato indebitamente fino al 01.01.2017 è pari ad **euro 1.518+1.134= 2.652,00** ed è **prescritto e non ripetibile in questa sede.**

L'INAIL per sua stessa ammissione (v. doc. del 25.09.2023) afferma di avere recuperato l'importo di **euro 10.948,80** e anch'esso non è ripetibile in questa sede.

Conclusivamente, con riferimento alla posizione di *omissis omissis* (sinistro n. *omissis*) -, l'importo contestato dall'attore deve essere dichiarato prescritto quanto ad euro 2.652,00, e recuperato dall'Amministrazione quanto ad euro 10.984,80,

sicché ripetibili in questa sede sono solo **euro 8.643,54** (€ 22.280,34 – € 10.984,80 - € 2.652,00).

C) Sinistro n. omissis – assicurato omissis omissis

omissis omissis, in data 23.09.2015 ha denunciato all'INAIL di avere riportato un infortunio sul lavoro, descritto come <trauma contusivo del ginocchio e del collo piede sinistro".

Il convenuto, in seguito a visita, gli riconosceva un danno pari all'11% che, giusto il presupposto dell'unifica dei postumi derivanti da più eventi lesivi riconosciuti dall'Istituto, considerata una preesistenza comportante una menomazione del 15%, veniva costituita a favore del *omissis* una rendita, considerato un grado di inabilità complessiva del 25%.

A seguito di richiesta di revisione, nell'ottobre del 2018 veniva accertato che l'inabilità complessiva del lavoratore doveva essere ridotta al 15% in quanto i postumi accertati dl dott. Napoli per gli esiti dell'infortunio del 23.09.2015 non trovavano alcuna giustificazione con l'evento traumatico, come era documentato in sede di primo accertamento presso il Pronto Soccorso.

Anche in questo caso era accaduto che l'esame radiologico eseguito presso l'Ospedale di Locri il 29.09.2015 metteva in evidenza esiti consolidati della diafisi peroneale sinistra ed esiti di avanzata consolidazione del malleolo tibiale sinistro, evidentemente preesistenti e senza alcun nesso causale né concausale con l'evento lesivo.

Anche la Sovrintendenza sanitaria concludeva come aveva accertato il procedimento di revisione, ovverosia che l'accertamento dei postumi permanenti all'infortunio in esame risultava viziato da negligenza e inappropriatezza valutativa del dott. Franco Napoli, che attribuiva all'incidente occorso esiti di lesioni risalenti oltre 40 giorni precedenti l'esame strumentale e dunque antecedenti alla data dell'infortunio.

Seguiva il dovuto procedimento di revisione che esitava in un provvedimento di rettifica per errore che riportava il grado di invalidità complessiva al 15%. Tale provvedimento era oggetto di ricorso giudiziale da parte del *omissis*: il Tribunale di Locri, con sentenza del 9 febbraio 2021 rigettava il ricorso rilevando che non vi era prova circa la dedotta sussistenza di postumi permanenti fornita dall'attore, così confermando le conclusioni raggiunte dai medici in sede di visita di revisione.

Anche in questo frangente, la difesa del convenuto ha sostanzialmente invocato il principio *causa causae est causa causati*, adducendo la responsabilità primaria all'errore diagnostico svolto dal personale del Pronto Soccorso di Locri che avrebbe eseguito un referto addirittura sull'arto destro, anziché sul sinistro.

Sennonché, già a questo livello, al Collegio pare evidente quanto già rilevato sul <caso *omissis*>, ovverosia che una tale giustificazione aggrava e non attenua la responsabilità del dott. Napoli che non avrebbe dovuto – proprio per l'evidenza

dell'errore da lui addotto a giustificazione – porre a base del suo convincimento le risultanze del primo referto.

Ma invero di tale costrutto logico non v'è necessità, in quanto l'attore – già nella citazione (fatto peraltro non contestato con la memoria costitutiva) – ha affermato e documentato che, esaminando il referto del P.S. del 23.09.2015 veniva riscontrato un trauma contusivo al ginocchio sinistro e al collo del piede sinistro. Quindi non v'è stato alcun errore radiografico: l'errore cui fa menzione la difesa concerne la compilazione del quadro corrispondente alla voce <referto> in cui si indica effettivamente il piede destro ma si tratta all'evidenza di un errore materiale.

Ciò che rileva è che gli esami clinici, sia quello del Pronto Soccorso sia quello successivo del dott. La Cava dell'ambulatorio INAIL, abbiano sostanzialmente refertato che il *omissis* aveva riportato un leggero trauma contusivo guaribile in pochi giorni di riposo, con la conseguenza che la valutazione compiuta dal convenuto è ingiustificata, così come confermato anche dal Tribunale di Locri con la sentenza del 09.02.2021 che, pure, la difesa ha criticato ma che, in vero, è estremamente puntuale laddove afferma che *“il ricorrente non allega né riferisce in cosa consista l'impedimento alla normale funzionalità del ginocchio e del piede...”* e *“...nondimeno tale situazione, peggiore rispetto alle valutazioni Inail, non emerge neanche dalla scarsa documentazione medica allegata, dalla quale non può ricavarsi una permanente e grave limitazione funzionale del ginocchio e del*

piede".

Considerazioni, quelle svolte dal Giudice ordinario di Locri, che non possono non essere considerate e avvalorate in questa sede, sì da rafforzare il convincimento del Collegio, atteso che anche in questo giudizio il convenuto non ha portato elementi nuovi idonei a scalfire la valutazione di grave negligenza professionale mossa dalla Procura regionale, a ciò non essendo sufficiente la relazione del perito di parte che nulla aggiunge a quanto già presente in atti, risolvendosi in una giudizio di valore su un errore diagnostico che avrebbe condizionato il successivo giudizio del dott. Napoli, quando invece si è visto che non v'era alcun errore diagnostico (ma un mero refuso materiale sul referto che ad un occhio clinico è chiaramente visibile) e che, quand'anche vi fosse stato, non avrebbe comunque legittimato il medico INAIL a prestarvi fede. Fermo restando che, anche in questa circostanza, è la valutazione compiuta dal convenuto sul grado di inabilità dell'assicurato a destare sospetto di leggerezza, noncuranza e grave negligenza professionale (se parametrata alla facilità della diagnosi, giacché una leggera contusione non può certamente offrire all'assicurato una rendita vitalizia sul presupposto dell'unifica dei postumi dei quali peraltro non è data evidenza).

Anche nel <caso *omissis*> deve perciò essere affermata la responsabilità del convenuto quanto a elemento soggettivo, oggettivo e nesso causale tra condotta e danno erariale, mentre

quanto al profilo del *quantum* risarcibile va detto quanto segue.

L'attore ha contestato il danno differenziale tra *somme erogate* per euro 35.086,77 (7.858 per indennizzi in capitale; 21.142,97 per costituzione di rendita; 6.085,80 a titolo di indennizzo su rendita cessata) e *somme spettanti* per euro 17.406,27 (a titolo di indennizzo in capitale) – e dunque **euro 17.680,50** (Il Collegio rileva che nella citazione – pag. 18 è presente certamente un errore materiale in quanto è riportato il diverso importo di euro 17.406,27 già identificato come <somme spettanti>).

Di contro, nella documentazione GRAI fornita dall'INAIL è documentata la seguente liquidazione:

- (i) **indennità per euro 772,47 del 30.10.2015;**
- (ii) **rendita mensile dal 01.10.2016 al 01.11.2021** di iniziali euro 301,55 con rateo finale di euro 5.603,93 - da cui:
 - **importo complessivo liquidato: euro 26.746,90**
 - **importo pagato fino al 01.01.2017:** $(301,55 \times 4) =$
1.206,20
 - **importo recuperato:** euro 368,50 (in data 01.06.2017)

Di conseguenza, il Collegio osserva che l'importo pagato indebitamente fino al 01.01.2017 è pari ad **euro 1.978,67** (€ 1.206,20 + € 772,47) ed è **prescritto e non ripetibile in questa sede.**

L'INAIL per sua stessa ammissione (v. doc. del 25.09.2023) afferma di avere recuperato l'importo di **euro 368,50** e anch'esso non è ripetibile in questa sede.

Conclusivamente, con riferimento alla posizione di *omissis* *omissis* (sinistro n. *omissis*) -, l'importo contestato dall'attore deve essere dichiarato prescritto quanto ad euro 1.978,67 e recuperato dall'Amministrazione quanto ad euro 368,50, sicché ripetibili in questa sede sono **euro 15.333,33** (€ 17.680,50 - € 1.978,67 - € 368,50).

3.1. Per tutti e tre i sinistri, la difesa ha inoltre eccepito che dovrebbe essere **scomputata dal danno erariale** la somma liquidata a titolo di danno biologico e che dovrebbe essere vagliata la *culpa in vigilando* dell'Amministrazione danneggiata che, se fosse intervenuta prima sull'operato del convenuto, avrebbe nondimeno evitato il danno.

Si tratta di eccezioni destituite di fondamento.

Quanto al primo profilo, è da dire che la somma liquidata a titolo di danno biologico concerne i pagamenti nei confronti dell'assicurato *omissis* che, come detto, non sono ripetibili in questa sede, mentre negli altri due casi si tratta di pagamenti continuativi (rendite) che sono state successivamente ridotte in seguito al procedimento di revisione, sicché la contestazione da cui muove il Pubblico Ministero ha riguardato appunto al differenza tra la somma liquidata in eccesso e quella in realtà spettante ed è su questa differenza (confermata anche dall'estratto GRAI dell'INAIL) che devono essere operati gli scorpori delle somme prescritte e recuperate dall'Amministrazione.

Quanto alla denunciata *culpa in vigilando* dell'Ammini-

nistrazione, essa non ha fondamento perché l'odierno giudizio prende avvio dai diversi procedimenti di revisione esitati in altrettanti provvedimenti di rettifica che dimostrano che l'INAIL ha correttamente vigilato sull'operato del dott. Napoli.

In secondo luogo, merita essere considerato che l'INAIL ha successivamente contestato al convenuto ben 29 casi in cui egli aveva sistematicamente violato l'ordine di servizio (n. 353 del 04.04.2019) trattando pratiche oggetto di contestazione (opposizione/revisione) accogliendo le opposizioni e sovvertendo il giudizio ovvero disattendendo le indicazioni del Sovrintendente sanitario regionale, mentre avrebbe dovuto congelare ogni attività, come gli era stato richiesto. Di qui il procedimento disciplinare che ha condotto al suo licenziamento.

Si tratta di elementi che rafforzano il convincimento del Collegio nell'affermazione della sua responsabilità erariale rispetto ai tre sinistri contestatigli dalla Procura regionale – sì da non consentire a questa Corte l'invocato uso del potere riduttivo -, dovendo invece rispondere patrimonialmente risarcendo l'Amministrazione danneggiata per il suo operato, ancorché nei limiti di cui s'è detto, ovverosia euro 8.643,54 per il sinistro 504937987, oltre euro 15.333,33 per il sinistro 500559259 – e dunque complessivamente **euro 23.976,87** oltre alla rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT dalla data della domanda sino alla pubblicazione dell'odierna sentenza, ed agli

interessi legali sulla somma così rivalutata dalla data di pubblicazione della odierna sentenza sino alla soddisfazione integrale del credito, in favore dell'Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro.

4. Le **spese** seguono la soccombenza e si liquidano in favore dell'Erario, come da nota segretariale margine della odierna sentenza.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Calabria, definitivamente pronunciando, in accoglimento parziale della domanda, condanna FRANCO NAPOLI:

a) al pagamento del risarcimento del danno di euro 23.976,87 in favore dell'Inail – Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro tempore;

b) al pagamento – sulla somma predetta - della rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT dalla data della domanda sino alla pubblicazione dell'odierna sentenza, nonché al pagamento degli interessi legali sulla somma così rivalutata dalla data di pubblicazione della odierna sentenza sino alla soddisfazione integrale del credito, in favore della dell'Inail – Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro tempore;

c) al pagamento delle spese di giustizia, che si liquidano come da nota segretariale a margine, in favore dell'Erario.

Manda alla Segreteria per adempimenti di competenza.

	46		
	Deciso in Catanzaro nella camera di consiglio del 11 ottobre		
	2023.		
	Il Relatore	Il Presidente	
	Carlo Efsio Marre' Brunenghi	Luigi Cirillo	
	Firmato digitalmente	Firmato digitalmente	
	Depositato in segreteria in data 06/03/2024		
	Il Funzionario		
	Dott.ssa Stefania Vasapollo		
	Firmato digitalmente		
	DECRETO		
	Il Collegio, visto l'articolo 52 del decreto legislativo 30 giugno		
	2003, n. 196, e successive modificazioni e integrazioni, dispone		
	che, in caso di diffusione o di riproduzione del presente		
	provvedimento in qualsiasi forma, venga omessa l'indicazione		
	delle generalità e di altri dati identificativi degli assicurati.		
	Così disposto il (Data della firma digitale)		
	Il Presidente		
	(Luigi Cirillo)		
	F.to digitalmente		
	Depositato in Segreteria il 06/03/2024		
	Il Funzionario Responsabile		

NOTA SPESE Giudizio n. 23381	
ORIGINALE ATTO DI CITAZIONE	
n. 1 copia predetto atto per uso notifica	9
ORIGINALE DP FISSAZIONE UDIENZA	9
n. 1 copia predetto atto per uso notifica	1
ORIGINALE ORDINANZA N. 71/2023	1
n. 1 copia predetto atto per uso notifica	3
DIRITTI DI CANCELLERIA	3
NOTIFICHE	
ORIGINALE SENTENZA	12
FORMULA ESECUTIVA SENTENZA	12
DIRITTI DI CANCELLERIA FORMULA ESECUTIVA SENTENZA	
TOTALE	€ 144,00
DICONSÌ EURO OTTOCENTOTTANTANOVE/95	€ 144,00
	€ 16,00
	€ 16,00
	€ 16,00
	€ 48,00
	€ 48,00
	€ 33,59
	€ 36,70
	€ 192,00
	€ 192,00
	€ 19,66
	€ 889,95

FOGLIO

Il Funzionario

Dott.ssa Stefania Vasapollo

Firmato digitalmente

Il Collegio, visto l'articolo 52 del decreto legislativo 30 giugno

Dott.ssa Stefania Vasapollo

Firmato digitalmente

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, e successive modificazioni e integrazioni, e del provvedimento che precede, in caso di diffusione omettere le generalità e gli altri dati identificativi degli assicurati.

Catanzaro li 06/03/2024

Il Funzionario responsabile

Dott.ssa Stefania Vasapollo

Firmato digitalmente