

Danno iatrogeno differenziale: il Tribunale di Milano “guida” nella liquidazione personalizzata, senza automatismi

Trib. Milano, sez. I civ., sentenza 30 ottobre 2013 (est. Pres. Roberto Bichi)

DANNO IATROGENO – LESIONE – SU PREGRESSA SITUAZIONE DI PATOLOGIA – INCREMENTO DIFFERENZIALE DEL PREGIUDIZIO – Cd. DANNO IATROGENO INCREMENTATIVO – IMPUTABILITÀ RISARCITORIA DELL’INCREMENTO – CRITERI DI SELEZIONE DELLE CONSEGUENZE RISARCIBILI

In linea pressoché costante, il danno iatrogeno è sempre un danno disfunzionale che si inserisce in una situazione in parte già compromessa, rispetto alla quale si determina un incremento differenziale del pregiudizio. L’imputabilità risarcitoria di tale “incremento” richiede una selezione, nell’ambito della complessiva situazione di invalidità della parte lesa, delle conseguenze, per individuare il danno alla persona oggetto dell’obbligo risarcitorio a carico del medico operante. Principio che si riflette sui criteri liquidatori di esso che non possono prescindere dal rilievo che assume la situazione preesistente sotto due principali profili: a) non può farsi gravare sul medico, in via automatica, una misura del danno da risarcirsi incrementata da fattori estranei alla sua condotta, così come verrebbe a determinarsi attraverso una automatica applicazione di tabelle con punto progressivo, computato a partire, in ogni caso, dal livello di invalidità preesistente; b) la liquidazione va necessariamente rapportata ad una concreta verifica, secondo le allegazioni delle parti, delle conseguenze negative “incrementative” subite dalla parte lesa.

DANNO IATROGENO – LESIONE – SU PREGRESSA SITUAZIONE DI PATOLOGIA – INCREMENTO DIFFERENZIALE DEL PREGIUDIZIO – Cd. DANNO IATROGENO INCREMENTATIVO – LIQUIDAZIONE IN VIA EQUITATIVA – APPLICAZIONE “MERA” DEL DATO TABELLARE – ESCLUSIONE

Un criterio orientativo per guidare l’esercizio dell’equità del giudice nella liquidazione del danno non patrimoniale da danno iatrogeno è il ricorso alle tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale. Il dato relativo concernente la misura differenziale va considerato nel suo rilievo di base (al fine di evitare che l’obbligo risarcitorio del debitore sia automaticamente maggiore in dipendenza di fatti e condotte già da altri causate o preesistenti) e, quindi, adeguatamente rimodulato in considerazione della vicenda clinica e della situazione concreta della parte lesa: ciò sotto ogni profilo rilevante e attinente ai riflessi sulla sua integrità psico-biologica, al condizionamento e al pregiudizio nello svolgimento delle sue attività areddituali, ad ogni ulteriore aspetto morale che concorre a descrivere il danno non patrimoniale, e, necessariamente, sulla base delle risultanze e delle allegazioni anche presuntive offerte dalla parte. Tale rimodulazione risponde alla esigenza di

“personalizzazione” del danno - con dato di partenza quello di base della tabella del Tribunale di Milano – con cui non si individua, nell’ambito del danno differenziale iatrogeno, il fenomeno dell’aumento progressivo marginale del punto in considerazione della maggiore afflittività ipotetica della lesione, cui fa riferimento la tabella milanese, ma l’ adeguamento della determinazione del risarcimento base, in aumento o in diminuzione, alla condizione concreta della parte lesa, senza alcun prefigurato e rigido vincolo in aumento o in diminuzione.

CONSENSO INFORMATO – INFORMAZIONI COMPLETE – NECESSITÀ – CONSENSO PRESUNTO – ESCLUSIONE

Il medico-chirurgo viene meno all’obbligo a suo carico in ordine all’ottenimento del cosiddetto consenso quando non fornisca al paziente, in modo completo ed esaustivo, le informazioni scientificamente possibili sull’intervento chirurgico che intende eseguire e sui possibili rischi dell’intervento stesso. Informazione che, appunto deve essere valutata in termini di concreta esigibilità e adeguatezza in rapporto alle implicazioni specialistiche, sia diagnostiche che terapeutiche, da riferirsi al paziente. Consenso che non può essere “presunto

SENTENZA

Svolgimento del processo

Con atto di citazione notificato il 18 gennaio 2011 L e A, coniuge dello stesso, convenivano avanti questo tribunale S e Istituto neurologico X ed esponevano:

L da circa otto anni era portatore di cisti epidermoide cerebellare;

nel 2008 la sintomatologia era peggiorata ed era emerso un accrescimento della lesione con dislocazione sul tronco encefalico;

recatosi presso l’Istituto X era stato consigliato di procedere ad intervento di rimozione effettuato il 26 gennaio 2009 da parte del prof. Y;

l’intervento aveva avuto esiti peggiorativi sotto il profilo neurologico e, inoltre, aveva acquisito anche infezione HCV a causa delle emotrasfusioni praticate durante il ricovero.

Sulla base di tali premesse gli attori evidenziavano la responsabilità dei convenuti per avere effettuato un intervento configurato e attuato attraverso un’eccessiva rimozione che aveva esposto il paziente a gravi danni neurologici, in difetto, altresì, di un adeguato consenso informato.

Pertanto, chiedevano la condanna dei convenuti, in solido, al risarcimento dei danni indicati in: a) danno biologico in percentuale del 35%, oltre otto mesi di invalidità temporanea assoluta; b) grave danno morale da giustificare una forte personalizzazione del risarcimento;c) danno non patrimoniale per la convivente consorte A; d) danno patrimoniale per aver dovuto cessare tre anni prima l’attività lavorativa di portinaio; e) spese di cura e assistenza sopportate.

Si costituivano i convenuti che resistevano alle avverse domande, di cui chiedevano il rigetto, contestando la genericità delle prospettazioni anche risarcitorie.

Adempiuti gli incumbenti di cui all'art. 183 6° comma cpc, era disposta ctu medico-legale.

Effettuata la stessa, successivamente era richiesta e ottenuta ordinanza di condanna parziale ex art. 186 quater c.p.c..

Precisate le conclusioni la causa giunge in decisione.

Motivi della decisione

1. Va premesso che la contestazione svolta dai convenuti circa l'inammissibilità delle produzioni documentali degli attori appare infondata.

Infatti tali produzioni sono avvenute nei termini di cui all'art. 183 6° comma c.p.c. e la loro pertinenza è di tutta evidenza, giacchè attengono alla vicenda clinica e alla situazione sanitaria dell'attore, ovvero si correlano alla dimostrazione di circostanze rilevanti per la richiesta di risarcimento dei danni.

2. Riguardo l'accertamento della responsabilità dei convenuti, la c.t.u. non lascia spazi a dubbi e - giova subito notare- anche nelle udienze tenutesi successivamente al suo deposito, le difese dei convenuti non hanno prospettato alcuna specifica contestazione, né hanno richiesto un qualche approfondimento istruttorio o peritale, stante l'inequivocità delle risultanze. Conclusioni della ctu che appaiono perfettamente condivisibili, in quanto conseguenti ad un esauriente esame delle risultanze in esito al contraddittorio tecnico svoltosi e, come evidenziato, neppure contrastate da idonei elementi argomentativi anche sotto il profilo delle allegazioni istruttorie.

Nella ctu, svolta da specialista neurochirurgo, si evidenzia – in tal senso possono riassumersi le valutazioni medico-legali—che:

L'era affetto da tumore disembrionogenetico, con crescita lenta e spesso a poussè e con fasi silenti;

la necessità dell'intervento era dettata dal manifestarsi di un aggravamento della sintomatologia e da deficit neurologici;

nella specie si era proceduto con una exeresi totale, che aveva portato a un peggioramento dello stato clinico neurologico, giacchè la lesione inglobava strutture vitali sia nervose che vascolari e si aggettava sul tronco encefalico: infatti l'ablazione aveva ulteriormente offeso l'area interessata dalla rimozione; tale tipologia di intervento era da escludersi nella fattispecie, proprio per l'alto rischio correlato ad una exeresi totale, evidenziandosi una palese imprudenza, giacchè doveva perseguirsi una "decompressione rispettando le strutture nervose e vascolari...per evitare complicanze anche fatali e considerando la benignità della lesione".

Elementi di valutazione che appalesano, in maniera univoca, anche la sussistenza del nesso di causalità materiale tra la condotta imprudente del chirurgo nella scelta e nell'attuazione dell'intervento e lo stato invalidante accertato dopo l'intervento, con indice di assoluta certezza.

Si determina, quindi, perfettamente integrata la responsabilità professionale-medica contestata dagli attori, tenuto conto che l'imprudenza ravvisata integra un rilevante inadempimento agli obblighi connessi all'esatto e diligente adempimento delle prestazioni medico-sanitarie tipizzanti il rapporto di pedalità.

3. Una volta accertata la responsabilità dei convenuti, va considerato il profilo concernente le conseguenze aventi rilievo invalidante ad esse correlabili e il riflesso risarcitorio.

La ctu – e va nuovamente evidenziato in difetto di qualsiasi elemento valutativo che elida tale conclusione – ha descritto come l'attore fosse affetto da una patologia tale da determinare un'incidenza negativa sull'integrità psico-fisica nella misura del 40% e che l'esito dell'intervento ha portato un aggravamento dello stato patologico del 30%, così individuandosi una complessiva invalidità-danno biologico, nella misura del 70%.

Quindi si è uno stato caratterizzato da lesioni che si inseriscono su di una situazione pregressa già di patologia: e, d'altra parte, è ovvio considerare che, in linea pressoché costante, il danno iatrogeno è sempre un danno disfunzionale che si inserisce in una situazione in parte già compromessa, rispetto alla quale si determina un incremento differenziale del pregiudizio.

L'imputabilità risarcitoria di tale "incremento" è tema che incrocia vari profili, riconducibili prevalentemente alla prefigurazione del nesso di causalità materiale e giuridica e, quindi, alle tematiche proprie del danno risarcibile secondo le regole della responsabilità contrattuale (una volta che si pretenda – secondo la oramai consolidata giurisprudenza – ricondurre il rapporto paziente/struttura sanitaria-medico al campo delle obbligazioni da contatto sociale).

Come noto, sul tema, la Corte di cassazione si è mossa prevalentemente attraverso un richiamo ai criteri di cui agli artt. 40 e 41 c.p., in virtù dei quali se alla produzione dell'evento di danno concorrono la condotta dell'uomo e cause naturali o pregresse, il responsabile non può pretendere nessuna riduzione di responsabilità, in quanto una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può esservi solo tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una condotta umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile (v. Cass. civ., 28 marzo 2007, n. 7577).

Indirizzo messo in discussione dalla Suprema Corte con successive pronunce (v. Cass. civ., sez. III, 16 gennaio 2009, n. 975, in tema di colpa medica) là dove ha evocato la necessità, proprio in caso di concorso tra preesistenti condizioni costituenti fattore causale incidente e condotta imperita dei sanitari, di "procedere alla specifica identificazione della parte di danno rapportabile all'uno o all'altra, eventualmente con criterio equitativo". Valutazione della Suprema Corte, quest'ultima, che ha preteso trarre giustificazione giuridica da vari istituti propri della disciplina codicistica della responsabilità risarcitoria: art. 1226 c.c. (se il danno non può essere provato nel suo preciso ammontare, è liquidato dal giudice con valutazione equitativa), per evitare di far gravare tutto il risarcimento del danno al soggetto cui è addebitabile la condotta direttamente riguardante una sola parte di esso; art. 2055 c.c. che frazione la misura del regresso tra condebitori solidali "nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dalla entità delle conseguenze che ne sono derivate"; l'art. 1227 c.c., che analogamente prevede un frazionamento dell'imputabilità dell'unico danno complessivo: "se il fatto colposo del creditore ha concorso a cagionare il danno, il danno è diminuito secondo la gravità della colpa e le conseguenze che ne sono derivate".

Ricostruzione dei profili eziologici che, quindi, tende a delimitare l'area della responsabilità medica, giacché quando risulta che comunque alla produzione

del danno alla persona del paziente ha concorso non solo l'opera del medico, ma anche le pregresse condizioni di salute del paziente stesso, si afferma la prospettiva di ridurre in via equitativa l'ammontare del risarcimento, in proporzione all'incidenza causale – da distinguersi – dei fattori naturali-pregressi e dei fattori imputabili alla condotta del medico.

Per vero, tale indirizzo è stato poi sostanzialmente abbandonato dalla giurisprudenza di legittimità, avuto riguardo alla responsabilità medica. La Corte di cassazione ha esplicitamente rilevato come la conclusione cui era pervenuta la citata sentenza n. 975 del 2009 circa la graduazione dei livelli di responsabilità sembrava confondere due diversi livelli di causalità: quello tra la condotta illecita e la concreta lesione dell'interesse (c.d. causalità materiale, art. 40 c.p.), e quello tra quest'ultima ed i danni che ne sono derivati (c.d. causalità giuridica). Da ciò la necessità, per evitare tale equivoco, di accertare da parte del giudice, sul piano della causalità materiale, l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 cod. pen., così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica allo scopo di evitare l'attribuzione all'autore della condotta, "responsabile "tout court" sul piano della causalità materiale", un obbligo risarcitorio che comprenda anche "le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì alla pregressa situazione patologica del danneggiato". v. sentenza 21 luglio 2011 n. 15991 della Corte di cassazione (v. anche Cass. 20996/2012).

Per completezza, può infine ricordarsi che la Suprema Corte, là dove ha affrontato il tema generale dell'individuazione del nesso causale ai fini della responsabilità risarcitoria in campi diversi della responsabilità sanitaria, con indirizzo coerente, chiaro e all'evidenza condivisibile, ha avuto modo di specificare che non sussiste nessuna responsabilità dell'agente per quei danni che non dipendano dalla sua condotta, che non ne costituisce un antecedente causale, e si sarebbero verificati ugualmente anche senza di essa, né per quelli preesistenti, aggiungendosi "peraltro, debbono essere addebitati all'agente i maggiori danni, o gli aggravamenti, che siano sopravvenuti per effetto della sua condotta, anche a livello di concausa, e non di causa esclusiva, e non si sarebbero verificati senza di essa, con conseguente responsabilità dell'agente stesso per l'intero danno differenziale" (v. Cass. 24408/2011, 9528/2012).

4. Quanto ora esposto vale ad evidenziare che qualunque impostazione e soluzione voglia darsi alle problematiche proprie del danno iatrogeno incrementativo, comunque si pone la necessità di procedere, sotto il profilo della causalità giuridica, ad una selezione, nell'ambito della complessiva situazione di invalidità della parte lesa, delle conseguenze per individuare il danno alla persona oggetto dell'obbligo risarcitorio a carico del medico operante. Principio che inevitabilmente deve riflettersi anche sui criteri liquidatori di esso che non possono prescindere dal rilievo che assume la situazione preesistente sotto due principali profili: a) non può farsi gravare sul medico, in via automatica, una misura del danno da risarcirsi incrementata da fattori estranei alla sua condotta, così come verrebbe a determinarsi attraverso una automatica applicazione di tabelle con punto progressivo, computato a partire, in ogni caso, dal livello di invalidità preesistente; b) la liquidazione va

necessariamente rapportata ad una concreta verifica, secondo le allegazioni delle parti, delle conseguenze negative “incrementative” subite dalla parte lesa. Profili che – ad avviso del tribunale – nell’ambito del danno iatrogeno difficilmente sono risolvibili con il ricorso ad uno schema liquidatorio rigido, proprio per la variabilità dei casi: si pensi ai diversi effetti che possono determinarsi a seconda che la complessiva invalidità sia la risultante della sommatoria di lesioni coesistenti che colpiscono diverse funzionalità, ovvero la condotta del sanitario abbia determinato una concorrente lesione che incide sulla medesima preesistente disfunzionalità. Distinzione, anche questa, certo non risolutiva ove si consideri che anche fatti negativi riguardanti funzionalità diverse possono portare non ad una mera sommatoria di distinti effetti negativi – da valutarsi in via autonoma ai fini risarcitori - ma comportare un effetto pregiudizievole sinergico, tale da incidere sulla concreta conduzione di vita della parte lesa, a seconda dell’età, del tipo di vita, della sua condizione familiare e di altri ipotizzabili fattori.

D’altra parte, non può non constatarsi che la stessa medicina legale non è riuscita a maturare una scelta univoca e prevalente in merito ai criteri di valutazione del danno incrementativo-differenziale, giacché le proposte sinora elaborate hanno trovato una saltuaria disomogenea applicazione con assenza di un convinto riscontro giurisprudenziale.

5. Va necessariamente individuato comunque, da parte del tribunale, un criterio che guidi l’esercizio della equità che è chiamato ad applicare nell’operazione di liquidazione del danno non patrimoniale da danno iatrogeno. In difetto di previsioni normative (sono state adottate, come noto, solo per le invalidità sino al 9%), può richiamarsi quale primo criterio orientativo che può concorrere utilmente a tali ponderazioni quanto elaborato da questo tribunale attraverso la compilazione delle note tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale.

Il dato relativo concernente la misura differenziale, coerentemente con i principi sovra espressi, va considerato nel suo rilievo di base (al fine di evitare, come detto, che l’obbligo risarcitorio del debitore sia automaticamente maggiore in dipendenza di fatti e condotte già da altri causate o preesistenti) e, quindi, adeguatamente rimodulato in considerazione della vicenda clinica e della situazione concreta della parte lesa: ciò sotto ogni profilo rilevante e attinente ai riflessi sulla sua integrità psico-biologica, al condizionamento e al pregiudizio nello svolgimento delle sue attività reddituali, ad ogni ulteriore aspetto morale che concorre a descrivere il danno non patrimoniale, e, necessariamente, sulla base delle risultanze e delle allegazioni anche presuntive offerte dalla parte (va ricordato, infatti, che il danno non patrimoniale anche quando sia determinato dalla lesione di diritti inviolabili della persona, costituisce danno conseguenza, che deve essere allegato e provato, con l’effetto che la parte lesa dovrà comunque allegare gli elementi idonei a fornire, nella concreta fattispecie, la serie concatenata di fatti che permettano di presumere e individuare i vari profili di danno (Cass. S.U. 11 novembre 2008, n. 26973 e n. 9528/2012).

Tale rimodulazione risponde a quella esigenza di “personalizzazione” del danno che la stessa Suprema Corte, pur riaffermando l’utilità-in difetto di criteri di legge- dell’applicazione delle tabelle giurisprudenziali, specificatamente del Tribunale di Milano, pone ripetutamente quale operazione imprescindibile in sede di risoluzione della singola controversia.

Al fine di evitare eventuali equivoci, giova notare che con la “personalizzazione” del danno – con dato di partenza quello di base della tabella del Tribunale di Milano – non si individua, nell’ambito del danno differenziale iatrogeno, il fenomeno dell’aumento progressivo marginale del punto in considerazione della maggiore afflittività ipotetica della lesione, cui fa riferimento la tabella milanese, ma l’adeguamento della determinazione del risarcimento base, in aumento o in diminuzione, alla condizione concreta della parte lesa, senza alcun prefigurato e rigido vincolo in aumento o in diminuzione.

6. Venendo al caso concreto, può osservarsi che le stesse difese delle parti non offrono un’articolata prospettiva di criteri ai fini risarcitori del danno non patrimoniale. Gli attori concludono rimettendosi genericamente alla valutazione equitativa del Tribunale, proponendo, in sede di richiesta ex art. 186 quater c.p.c. un misura del risarcimento avuto riguardo alla determinazione tabellare 0-30% (poco più di 120.000 euro), per poi far riferimento, in comparsa conclusionale, ad un maggior computo tabellare, da 40 a 70%, con maggiorazione relativa tale da comportare un riconoscimento di oltre € 360.000,00.

Il Tribunale deve constatare, primariamente, la gravità e i riflessi negativi sulla vita di relazione, sull’esplicazione delle attività areddituali, derivanti dall’aggravamento della patologia determinatosi. Effetti cui si accompagna una inevitabile lesione dei profili morali per la situazione di afflizione e per la sua consapevolezza da parte dell’attore.

Risulta che lo stato invalidante preesistente era caratterizzato da alcune difficoltà motorie della persona tali da rendere incerto lo stringere oggetti ovvero deambulare con sicurezza. Quella situazione era, comunque, destinata ad aggravarsi, così come evidenziato nella ctu e dimostrato dal manifestarsi degli aggravamenti sintomatologici pre-intervento. Per altro, la situazione conseguente all’intervento ha determinato un repentino aggravamento incidente anche su funzioni non precedentemente offese, costringendo l’attore tra l’altro a rinunciare ad ogni autonoma mobilità, subendo, altresì, una offesa all’organo della vista (diplopia) e difficoltà di eloquio e deglutizione che pregiudicano ulteriormente la qualità della vita.

Elementi che inducono questo tribunale a valutare il danno non patrimoniale in misura pari a € 260.000,00, avuto riguardo ad ogni componente non patrimoniale rilevante secondo l’indicazione della Suprema Corte, v. sentenza n. 2228/2012. Misura risarcitoria cui deve aggiungersi, sempre con ricorso all’equità, il risarcimento correlato al periodo di invalidità temporanea, così come riconosciuto nell’ordinanza ex art. 186 quater c.p.c..

E’ richiesto anche un danno patrimoniale, sul rilievo della perdita stipendiale protrattasi per tre anni, prima del pensionamento.

Invero, la richiesta si muove in un ambito meramente enunciativo. Sono state prodotte copie delle ultime tre buste paga e i modelli CUD 2008-2009, ma non emerge il completo determinarsi della successiva vicenda lavorativa-pensionistica di L. Anzi, proprio per la sicura, naturale progressiva accentuazione della situazione preesistente appare difficile ipotizzare, comunque, il mantenimento delle condizioni per svolgere in maniera normale un’attività lavorativa. Né le prove dedotte sono di aiuto, giacchè – a parte profili di genericità – esse si risolvono nel descrivere le condizioni di vita e

lavoro anteatte, nel periodo di sostanziale relativa quiescenza della patologia, prima del manifestarsi dell'aggravamento che ha reso necessario l'intervento.

7. E' dedotto altresì un ulteriore profilo di danno concernente la lesione del diritto all'autodeterminazione in difetto di un consenso adeguatamente informato, affermandosi che l'attore non era stato previamente portato a conoscenza della situazione di rischio proprie dell'intervento.

Giova ricordare che il medico-chirurgo viene meno all'obbligo a suo carico in ordine all'ottenimento del cosiddetto consenso quando non fornisca al paziente, in modo completo ed esaustivo, le informazioni scientificamente possibili sull'intervento chirurgico che intende eseguire e sui possibili rischi dell'intervento stesso. Informazione che, appunto deve essere valutata in termini di concreta esigibilità e adeguatezza in rapporto alle implicazioni specialistiche, sia diagnostiche che terapeutiche, da riferirsi al paziente.

Consenso che non può essere "presunto"; anzi vi è uno specifico onere probatorio a carico del medico di fornire la prova dell'adempimento dell'obbligo informativo. Onere che nella specie è stato assolto, là dove si consideri il contenuto della descrizione delle implicazioni dell'intervento contenute nel modulo di assenso sottoscritto dal paziente. Rilievo probatorio che è corroborato dal contesto in cui si è inserito l'intervento, che consente di presumere (tale mezzo probatorio è del tutto ammissibile, v. Cass. n. 20948/2012) una informazione adeguata. Infatti si tratta di intervento che consegue a vari contatti per effettuazione di analisi, esami personali dipendenti da una situazione di malattia pregressa, tutti nell'ambito del rapporto sanitario con l'Istituto X. Quindi, necessariamente, la sottoscrizione del modulo di consenso, con quel contenuto, non si pone certo quale atto estemporaneo e accettato inconsapevolmente dal paziente, ma è attestativo di un prolungato rapporto paziente-struttura sanitaria, che rende implausibile la non conoscenza della tipologia di intervento ovvero l'implicazione e i rischi connessi, in esito ad operazione per rimozione di componente tumorale cerebrale.

Pertanto, la domanda deve essere respinta.

8. Ulteriore richiesta attiene al danno non patrimoniale sofferto dalla coniuge A. Come noto, secondo gli orientamenti espressi dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione, ai prossimi congiunti di persona che abbia subito lesioni personali seriamente invalidanti, a causa del fatto illecito altrui, spetta anche il risarcimento del danno morale concretamente accertato in relazione ad una particolare situazione affettiva con la vittima, non essendo ostativo il disposto dell'art. 1223 c.c., in quanto anche tale danno trova causa immediata e diretta nel fatto dannoso; ne consegue che in tal caso il congiunto è legittimato ad agire iure proprio contro il responsabile (così Cass. S.U. n. 9556/02, Cass. n. 8827/03, n. 4993/04, n. 2228/12). Tale principio si articola anche attraverso l'evidenziazione che la situazione dell'invalido e, quindi, il riflesso eventuale sui congiunti, deve essere di rilevanza presumibile solo quando assume connotazioni eclatanti .

Nella specie, invero, il Tribunale ritiene che possa procedersi al riconoscimento di un presumibile danno non patrimoniale a favore della moglie.

Deve sì senz'altro tenersi conto della situazione afflittiva pregressa e della sua evoluzione negativa; ma è indubbio che il danno iatrogeno ha determinato immediatamente la necessità di una assistenza continuativa , stante l'esclusione di una adeguata autonomia, gravante sulla consorte in via esclusiva. Tale

situazione non va presa in considerazione sotto il profilo dell'eventuale danno patrimoniale (neppure prospettato), ma quale circostanza che , di riflesso, determina uno stato di afflittività morale nel familiare che quotidianamente sta accanto all'invalido, nella consapevolezza dell'irreversibilità della situazione, con un condizionamento della possibilità di esplicazione delle attività e un deterioramento psicologico-morale che sono di immediata evidenza. Pertanto, a tale titolo, tenuto conto , necessariamente, , della situazione complessiva, in via equitativa può riconoscersi un ristoro nella misura di € 30.000,00.

Alcun'altra voce di danno è proposta o specificatamente illustrata neppure in comparsa conclusionale..

Pertanto a favore di L deve essere riconosciuto l'importo complessivo di € 288.000,00 e a favore di A l'importo di € 30.000,00. Va, altresì, riconosciuto il danno derivante dal mancato tempestivo godimento dell'equivalente pecuniario che, in difetto di diversi elementi probatori, si ritiene di compensare adottando quale parametro quello degli interessi legali da calcolarsi, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite della Suprema Corte (n.1712/95), sulla somma via via rivalutata dalla produzione dell'evento di danno sino a oggi, tempo della liquidazione. Così, tenuto conto di questo criterio, - previa devalutazione alla data del fatto della somma espressa in moneta attuale - vanno aggiunti alla somma via via rivalutata annualmente gli interessi compensativi nella misura legale dall'evento fino alla data odierna. Da oggi, giorno della liquidazione, all'effettivo saldo decorrono gli interessi legali sulla somma sopra liquidata complessivamente.

Le considerazioni esposte rendono evidente – come già sopra notato – la superfluità di ogni ulteriore attività istruttoria, articolata su prove orali generiche o non pertinenti e irrilevanti ai fini del decidere.

Le spese seguono la regola della soccombenza e vanno liquidate come da dispositivo, tenuto conto degli importi riconosciuti. Gli attori hanno diritto al rimborso anche delle spese dei due ctp (complessivamente € 3.630,00). Il procuratore si è dichiarato antistatario, offendo altresì prova dell'anticipo per le spese di perizia.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa o assorbita ogni diversa domanda o eccezione:

ritenuta la responsabilità medico-sanitaria dei convenuti , condanna S e l'Istituto neurologico X, in solido, al risarcimento dei danni sofferti da L, liquidati in € 288.000,00, e A, liquidati in € 30.000,00, oltre gli interessi compensativi nella misura legale sulla somma via via rivalutata annualmente dal 27 gennaio 2009 alla data della sentenza e gli interessi legali dalla sentenza al saldo (da dedursi quanto eventualmente versato in esecuzione dell'ordinanza ex art. 186 quater c.p.c.);

Condanna altresì i convenuti alla rifusione delle spese processuali liquidate a favore degli attori in € 6.400,00 oltre accessori e € 374,00 per rimborso contributo unificato, oltre € 3630,00 per rimborso spese di ctp. Condanna altresì i convenuti alla rifusione delle spese di ctu, così come liquidate dal giudice .

Dispone la distrazione delle spese a favore dei procuratori degli attori che si sono dichiarati antistatari.

Milano, 30 ottobre 2013

Roberto Bichi