

Corte appello Venezia sez. IV Sentenza del 06/04/2016

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI VENEZIA
SEZIONE QUARTA CIVILE

Composta dai Signori Magistrati

Dott. Mario BAZZO Presidente
Dott. Clotilde PARISE Consigliere rel. est.
Dott. Lisa MICOCHERO Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella CAUSA CIVILE in grado di appello iscritta al n. 366 del Ruolo
Generale dell'anno 2010

TRA

Eu. Bu. (C.F. --omissis--), Ag. Co. (C.F. --omissis--), Ma. Bu. (C.F.
--omissis--) e La. Bu. (C.F. --omissis--), rappresentati e difesi
dagli Avv.ti xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

PARTI APPELLANTI

CONTRO

AZIENDA U.L.S.S. 9 Regione Veneto (C.F. --omissis--), rappresentato e
difeso dall'Avv. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

PARTE APPELLATA

In punto: **Responsabilità medica**

CONCLUSIONI

Per le parti appellanti:

"Nel merito:

In totale riforma della sentenza impugnata, accertata per tutte le argomentazioni esposte in atto di citazione d'appello e soprattutto nella CTU a firma prof. Mo., la responsabilità dell'Azienda sanitaria appellata nella perdita totale della vista del paziente Bu. Eu., in conseguenza del trattamento sanitario praticatogli dai medici dipendenti nell'anno 2000 presso l'Ospedale di Treviso, condannarla alla totale rifusione di tutti i di lui danni, nonché di quelli dei suoi familiari, nelle voci di cui alle premesse dell'atto di citazione d'appello e nelle misure di cui al quantum di giustizia, da liquidarsi, per quanto riguarda il danno biologico iatrogeno differenziale del 60%, avvalendosi delle Tabelle di Milano 2014, con rivalutazione, interessi compensativi e spese legali del doppio grado (incluse quelle generali e di registrazione), delle sentenze e di CC.TT.PP. che ammontano ad E. 32.200,00 - giusta fattura dimesse sub docc. all. nn. 5-9 dimessi all'udienza del 23.9.2015 - per quanto riguarda la fase d'appello; mentre, quanto alle spese del consulente di parte di I grado, dr. Pe. di Treviso, non essendo state ancora fatturate in attesa dell'esito della controversia, se ne chiede una liquidazione in via equitativa nella somma pari ad E 1.500,00 corrispondente a quella liquidata al CTU di 1° grado, oltre al risarcimento del danno patrimoniale consistente nell'esborso di E. 40.000,00, versati al Prof. Pi. Mo. per la redazione del parere pro veritate decisivo ai fini di ottenere la rinnovazione della CTU espletata in prime cure (vd. ricevuta di pagamento sub doc. n. 4 dimesso all'udienza del 23.9.2015).

Spese di C.T.U. sia del primo che del secondo grado a carico della parte soccombente.

Per la parte appellata:

"in via preliminare: si ribadisce l'eccezione di nullità della C.T.U. esperita dal prof. Mo. già sollevata all'udienza del 23.9.2015, in

quanto la relazione di quest'ultimo, inviata dal medesimo alla Cancelleria esclusivamente in via telematica

- reca quindi la sola firma digitale dello stesso Prof. Mo., e non quella dello specialista neurochirurgo Prof. Lo., nominato con ordinanza 12.2.2014 di Codesta Corte Ecc.ma, essendo inoltre priva della sottoscrizione manoscritta del medesimo, che non ne ha dunque assunto la paternità;

- non reca allegato alcun parere del Prof. Lo., né questo viene riportato o riferito nella relazione stessa, dalla quale nemmeno si evince se questi sia stato consultato dal C.T.U. ai fini delle fondamentali questioni specialistiche implicate dal caso e, qualora ciò sia avvenuto, quale parere abbia espresso e con quali argomentazioni.

Si chiede pertanto la rinnovazione della C.T.U. esperita dal prof. Mo., con la sostituzione dei consulenti d'ufficio, anche in relazione alle motivate e documentate osservazioni critiche dei cc.tt.pp. di parte appellata depositate all'udienza del 23.9.2015.

In via subordinata, si chiede che la Corte Ecc.ma quanto meno acquisisca il parere del c.t.u. neurochirurgo Prof. Lo. sulle questioni attinenti alla propria competenza specialistica (quesiti A, B, C, D di cui all'ordinanza 12.2.2014), con particolare riguardo alla adeguatezza della tecnica operatoria transfenoidale impiegata dai neurochirurghi dell'Ospedale di Treviso nel caso specifico.

nel merito: si confermano le conclusioni già formulate in comparsa di costituzione e risposta in grado d'appello, vale a dire le seguenti:

"nel merito: rigettarsi l'appello ex adverso proposto, con vittoria di spese di lite del grado".

Fatto

FATTO E DIRITTO

Con sentenza n.1599/2009 depositata il 14.8.2009 il Tribunale di Treviso rigettava le domande proposte dagli attuali appellanti, dirette ad ottenere il risarcimento dei danni dai medesimi subiti in conseguenza del trattamento sanitario praticato al sig. Bu. Eu. dai medici dipendenti nell'anno 2000 presso l'Ospedale di Treviso, compensando tra le parti le spese di lite.

Con atto di citazione ritualmente notificato avverso detta sentenza proponevano appello avanti a questa Corte il sig. Bu. Eu., i figli dello stesso Bu. Ma. e La., nonché la moglie Co. Ag. formulando le conclusioni di cui in epigrafe e censurando la sentenza impugnata sulla base dei motivi di seguito illustrati.

Si costituiva la parte appellata chiedendo il rigetto del gravame.

Disposta la rimessione della causa in istruttoria ed espletata CTU medico-legale, precisate dalle parti le conclusioni all'udienza del 13.1.2016, la Corte tratteneva la causa in decisione concedendo i termini di legge per il deposito di comparse conclusionali e repliche.

Con articolate e diffuse argomentazioni, di seguito riassunte in estrema sintesi, gli appellanti lamentano la violazione dei principi sull'onere probatorio in tema di malasanità contrattuale espressi dalle Sezioni Unite della Cassazione nella sentenza n.577/2008. Deducono che erroneamente il Tribunale non aveva adeguatamente considerato che, una volta provati gli inadempimenti allegati (mal preparazione dell'intervento con ritardi inaccettabili e senza nuova risonanza magnetica, eccesso di trazione con indotto spandimento emorragico non contrastato ed assenza di adeguati controlli post operatori), il nesso causale doveva ritenersi astrattamente dimostrato, in quanto gli inadempimenti qualificati erano astrattamente idonei a provocare il danno lamentato.

Rilevano inoltre che il CTU di primo grado prof. Ro. aveva ritenuto correttamente eseguito l'intervento chirurgico in base alla descrizione dello stesso di cui alla cartella clinica, mentre detta

descrizione era stata fatta ad usum Delphini e si configurava come prova precostituita dal chirurgo dott. Bi.. Evidenziano che una risonanza aggiornata avrebbe potuto cambiare la scelta chirurgica facendo optare per la via cranica, poiché la consistenza e le dimensioni della massa tumorale, espansosi verso la via sopra sellare, avevano reso impossibile la sua asportazione per la via nasale.

Lamentano inoltre gli appellanti la mancanza di un consenso realmente informato circa l'aumento del rischio di cecità a causa della pregressa operazione per via cranica, mentre nello stampato firmato dal paziente si faceva generico riferimento ad inconferenti esiti letali.

Ripropongono gli appellanti le critiche alla CTU espletata in primo grado, chiedendo la rinnovazione della consulenza mediante affidamento di incarico a neurochirurgo di estrazione universitaria, e rimarcano l'immotivata quantificazione del danno nella percentuale del 25%, nonché le questioni medico-legale necessitanti di nuovo approfondimento (pag. n.35 appello).

Ripropongono infine le pretese risarcitorie come da atto di citazione di primo grado.

Tanto sinteticamente premesso sui motivi d'appello, avuto riguardo alle specifiche doglianze dirette a confutare le risultanze della CTU medico-legale espletata in primo grado è stato ritenuto necessario da questa Corte disporre la rinnovazione dell'accertamento peritale, nello specifico avendo il Collegio valutato non sufficientemente convincenti ed argomentate le conclusioni espresse dal prof. Ro. e richiamate nella sentenza appellata.

Il nuovo incarico è stato conferito al prof. Ma. Mo., medico-legale dell'Università di Padova, con autorizzazione ad avvalersi dell'ausilio dello specialista neurochirurgo prof. D. Lo..

In via preliminare, prima della disamina delle risultanze peritali, deve essere disattesa l'eccezione, sollevata dalla parte appellata, di nullità della CTU espletata nel presente grado.

In primo luogo, e contrariamente a quanto esposto dall'AULSS n.9, il CTU ha dato atto espressamente di essersi avvalso dell'ausilio del prof. Lo. nella valutazione del caso (pag. n. 41 della CTU). Inoltre va precisato che l'incarico peritale è stato conferito esclusivamente al prof. Mo., come testualmente risulta dall'ordinanza di data 12.2.2014, mentre il prof. Lo. ha svolto solo attività di ausiliario per la collaborazione specialistica in neurochirurgia. Quindi correttamente la CTU depositata telematicamente reca la firma digitale del solo prof. Mo., il quale, si ribadisce, ha dato conto, nel contesto del complesso ed articolato elaborato peritale, di essersi concretamente avvalso dell'ausilio dello specialista.

Il fatto, poi, che in calce all'elaborato peritale sia apposto, accanto a quello del prof. M. Mo., anche il nominativo del prof. Davide Lo. sta univocamente ad indicare che la consulenza è stata elaborata con la collaborazione dello specialista, così assumendosi anche il prof. Lo., per il tramite del CTU, unico legittimato, sotto il profilo formale e giuridico, al deposito ed alla firma, la "paternità sostanziale" delle valutazioni espresse nell'elaborato.

Ciò posto, passando a sintetica disamina delle risultanze della CTU svolta nel presente grado, Il prof. Mo. ha così riepilogato le conclusioni: "In merito all'omesso approfondimento RMN in prossimità dell'intervento del 13.10.2000, stanti i limiti della tecnica nel discernere i tumori fibrosi, contestualmente ad un consimile rapporto rischi/benefici per entrambi gli approcci chirurgici, non è possibile stabilire se una ripetizione pre - operatoria dell'esame avrebbe orientato diversamente le decisioni dei sanitari, con particolare riferimento alla scelta dell'approccio chirurgico, riducendo in ultima analisi il rischio di danno visivo, concretamente verificatosi a seguito dell'intervento in causa. In merito all'omessa esecuzione di trattamento radioterapico, è possibile affermare, in termini di elevata probabilità che, qualora fosse stato eseguito nel decennio 1991-2000, la progressione tumorale si sarebbe arrestata e non si sarebbero resi necessari interventi multipli, ai quali è ascrivibile lo sviluppo di aderenze cicatriziali, a loro volta responsabili dell'eradicazione incompleta del 13.10.2000, esitata nella persistenza di residuo tumorale, successivamente sanguinato e non tempestivamente asportato. In merito all'inadeguata procedura chirurgica del 13.10.2000, l'amaurosi completa bilaterale riconosce come fattore causale, secondo il criterio del

più probabile che non, l'emorragia intracapsulare del residuo tumorale con compressione delle vie ottiche. L'emorragia intracapsulare è causalmente riconducibile, in ottemperanza alla criteriologia medico-legale, all'inadeguata procedura chirurgica, non tempestivamente adeguata al quadro anatomico riscontrato in situ." (pag. 79 e ss. CTU). Il prof. Mo. ha quindi ritenuto che "l'errore terapeutico, consistito in un'inadeguata procedura chirurgica del 13.10.2000, non tempestivamente adeguata al quadro anatomico riscontrato in situ, e l'errore di valutazione prognostica, consistito nell'omissione del trattamento radioterapico a seguito degli interventi del 1991 e del 1994, hanno assunto, in termini meramente probabilistici (secondo il noto criterio del "più probabile che non"), valenza causale e, rispettivamente concausale, nel determinismo dell'amaurosi completa bilaterale; l'errore di valutazione del rapporto rischi/benefici non ha assunto valenza causale."

Il CTU, in particolare, ha compiutamente e più che esaurientemente motivato, con richiamo a studi e letteratura scientifici, la problematica relativa all'approccio chirurgico. In particolare "i dati relativi alla consistenza tumorale sono spesso ottenibili solo intra - operatoriamente. In questi casi, bisogna valutare, in funzione dei possibili rischi, se eseguire il completamento transcranico dell'asportazione adenomatosa in un secondo momento chirurgico oppure simultaneamente alla fase transfenoidale. All'epoca dei fatti, bisognava asportare un macroadenoma di circa 3 cm, ad avanzata estensione sovrassellare (compromette il chiasma ottico) e laterosellare destra (inglobante il sifone carotideo omolaterale), in soggetto plurioperato e con grave otticopatia compressiva. Pertanto, non sussistevano indicazioni o controindicazioni che, in senso assoluto, favorissero o impedissero la scelta di uno specifico approccio, derivandone che la tecnica transfenoidale endoscopica, pur considerando che l'esperienza nel campo era ancora limitata, era adeguata al caso specifico, relativamente agli elevati rischi operatori dell'intervento transcranico. A tal punto, è doveroso precisare che, a fronte di due pregressi interventi nella stessa sede topografica (sella turca), bisognava valutare l'elevata probabilità di riscontro intra - operatorio di un quadro anatomico profondamente alterato da esiti fibro - cicatriziali, pianificando, nel caso si concretizzasse tale ipotesi, delle alternative chirurgiche da attuare nell'immediatezza dei fatti, in quanto, il lasciare in sede un residuo tumorale fibroso e posto in trazione, avrebbe potenziato il rischio emorragico, in questo caso già particolarmente elevato pre - operatoriamente (terzo intervento chirurgico!). Durante l'intervento del 13.10.2000, risultando vani i tentativi di asportazione dell'adenoma fibroso, sarebbe stato, più opportuno combinare l'approccio transfenoidale con quello craniotomico, senza soluzione di continuità oppure, nell'ipotesi di un differimento della craniotomia, posizionare un drenaggio intrasellare (tecnica della sella aperta) di eventuali raccolte ematiche. Invece, i sanitari chiudevano il pavimento sellare e rimandavano l'adenomectomia ad un successivo approccio transcranico, lasciando in situ un residuo che era stato, in qualche misura, posto in trazione, nonostante avessero poi desistito dalle manovre di trazione stessa." (pag. n.76 CTU).

Il prof. Mo. ha chiarito che "La scelta dell'approccio chirurgico, idoneo all'asportazione adenomatosa, poneva la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, connessi alla presenza di un macroadenoma eccentricamente esteso in regioni topografiche meno accessibili per via transfenoidale standard (non "extended"), in un paziente che al contempo presentava grave deficit visivo ed elevato rischio chirurgico, fattori controindicanti l'approccio transcranico. Infine, in merito all'esecuzione della tecnica operatoria, è possibile affermare che la tipologia della recidiva adenomatosa e lo specifico contesto anatomico nel quale i sanitari sono intervenuti in data 13.10.2000, hanno configurato speciali difficoltà tecnico - esecutive nell'asportazione della massa tumorale inglobata in materiale fibroaderenziale, complicando l'intervento chirurgico".

Sempre in punto an, infine, il CTU ha adeguatamente e motivatamente confutato le osservazioni critiche del CT dell'appellata, in particolare ribadendo che "accertata l'impossibilità di asportare il tumore per via nasale endoscopica in modo soddisfacente, il chirurgo avrebbe dovuto operare una conversione estemporanea della modalità interventistica scelta in fase preoperatoria, ovvero la tecnica transfenoidale, in modalità craniotomica che avrebbe permesso, con principio analogo agli interventi combinati sovra menzionati (non equivalente a tecnica combinata ab initio!): A) una più ampia area di manovra chirurgica sulla porzione sovrassellare, con maggiori possibilità di asportazione del residuo tumorale; B) una migliore visualizzazione dei rapporti anatomici tra la lesione e le strutture intracraniche, essenziale per il controllo di eventuali sanguinamenti, non visibili endoscopicamente" (pag. n.103 e ss. CTU).

Secondo il prof. Mo. era quindi necessario, anche in base alle conoscenze scientifiche dell'epoca, porre in atto, da parte del chirurgo, un tentativo di completare l'asportazione tumorale mediante un secondo accesso, considerato che si trattava di un paziente con prevedibile elevato rischio di complicanze, conseguenti ad un residuo tumorale lasciato in sede e sottoposto a trazione durante le precedenti manovre chirurgiche. L'inadempimento è perciò consistito nel ritardo nella decisione di reintervenire per via craniotomia, che doveva essere attuata immediatamente, ed invece non tanto nel non avere preventivamente programmato un intervento combinato. La complicanza era prevedibile (difficoltosa asportazione della recidiva adenomatosa) ed il chirurgo avrebbe dovuto attuare un intervento di "salvataggio" per fronteggiare un quadro clinico - anatomico particolarmente a rischio.

Per finire in punto an, occorre precisare che non può tenersi conto dell'omessa esecuzione di radioterapia, trattandosi di inadempimento non tempestivamente e ritualmente allegato dagli appellanti; sono invece condivisibili le altre conclusioni del prof. Mo. sulla colpa professionale dei sanitari che ebbero in cura il sig. Bu. Eu. sotto il profilo di cui si è appena detto, in quanto congruamente motivate, anche con ampi richiami a studi scientifici, ed immuni da vizi logici.

Per completezza si aggiunge che la tematica del consenso informato è irrilevante ai fini di decidere (ed infatti non ve ne era menzione nel quesito al CTU), non avendo il Bu. azionato specifica pretesa risarcitoria correlata al suddetto consenso. Non è stato prospettato dal Bu. nell'atto introduttivo di primo grado che l'adeguata informazione sui rischi lo avrebbe potuto indurre a non sottoporsi all'intervento chirurgico, il quale era comunque indispensabile, né è stata prospettata da detto appellante in primo grado la lesione del diritto all'autodeterminazione.

Per costante giurisprudenza, "in tema di responsabilità professionale del medico, in presenza di un atto terapeutico necessario, dal quale siano tuttavia derivate conseguenze dannose per la salute, ove tale intervento non sia stato preceduto da un'adeguata informazione del paziente circa i possibili effetti pregiudizievoli non imprevedibili, il medico può essere chiamato a risarcire il danno alla salute solo se il paziente dimostri, anche tramite presunzioni, che, ove compiutamente informato, egli avrebbe verosimilmente rifiutato l'intervento, non potendo altrimenti ricondursi all'inadempimento dell'obbligo di informazione alcuna rilevanza causale sul danno alla salute". (Cass. n.2847/2010 e da ultimo n. 20547/2014).

Riguardo alla quantificazione del danno biologico permanente stimabile, quale differenziale tra stato antecedente e danno iatrogenico, il CTU, anche in risposta alle osservazioni critiche del CT di parte appellata, ha ribadito la misura percentuale del 60 (sessanta)%, richiamando la metodologia valutativa descritta alle pagine 70-72 e 81 dell'elaborato. Secondo il prof. Mo. il valore del 60% tiene conto proprio delle pre - esistenze identificate in deficit dell'acuità visiva a carico dell'occhio destro, con visus residuo pari ad 1/10 e deficit dell'acuità visiva a carico dell'occhio sinistro, con visus residuo pari ad 8/10.

La questione controversa tra il CTU e il CTP di parte appellata riguarda la valutazione del quadro preesistente, dato che invece non è in contestazione quella della situazione menomativa attuale (85% cecità bilaterale).

Secondo il prof. Mo. il quadro pre - esistente, conseguente all'otticopatia comprensiva, deve quantificarsi complessivamente nella misura del 25%, e ciò in quanto, "in assenza di esami campi metrici, è impossibile risalire all'entità del deficit del campo visivo e, tantomeno, ipotizzare, come sostenuto da Parte Convenuta, che si trattasse di un'emianopsia temporale bilaterale completa"(pag. n.106 CTU).

A giudizio del Collegio la conclusione indicata dal CTU, involgendo anche una valutazione giuridica sull'onere della prova, non può essere condivisa. In primo luogo si osserva che nella cartella clinica relativa al ricovero dell'11.10.2000 è riportata la diagnosi di emianopsia temporale bilaterale, ovvero di perdita della visione di metà del campo visivo. Come incontrovertito in causa, non sono state prodotte dagli appellanti indagini diagnostiche che indichino di quale grado fosse l'emianopsia preesistente, ossia mancano i referti di indagine cd. "campi visivi computerizzati".

Ciò posto, era onere degli appellanti dimostrare quale fosse la reale condizione preesistente del visus, considerato che è oggettivo il riscontro sulla diagnosi di emianopsia temporale bilaterale (ricovero dell'11.10.2000) e che non può quindi escludersi che l'emianopsia fosse già completa a quella data, ossia prima dell'intervento chirurgico per cui è causa.

La mancata dimostrazione della precisa entità del deficit visivo preesistente da parte degli appellanti si risolve a sfavore dei medesimi, secondo i noti principi in tema di onere della prova; di conseguenza si deve assumere come grado di menomazione preesistente quello del 45% (cfr. letteratura scientifica indicata a pag. n.13 della CTP della parte appellata) e non quello del 25% indicato dal prof. Mo..

Quanto alla liquidazione del danno differenziale, ritiene questa Corte che sia condivisibile il criterio di liquidazione per la personalizzazione del danno biologico permanente subito dal Bu. indicato dagli appellanti, nei limiti di seguito precisati.

Come chiarito dalla Cassazione in una fattispecie analoga alla presente, "allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto ad un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residua anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario"(Cass. 6341/2014 citata anche dal CTU). Anche più di recente la Cassazione ha ribadito che "In tema di risarcimento del danno alla persona, qualora da un intervento chirurgico di osteosintesi residuo postumi permanenti (nella specie, una zoppia per l'accorciamento dell'arto di cm. 5) più gravi di quelli che, per le modalità della frattura, sarebbero comunque derivati nel caso di esecuzione di intervento a regola d'arte (cm. 2), accertata la maggiore invalidità differenziale nella misura del 5 per cento, non è adeguata la liquidazione del danno effettuata in quella percentuale mediante ricorso alle tabelle predisposte dal Tribunale di Milano, ove non si provveda alla personalizzazione del valore del punto di invalidità, che tenga conto delle conseguenze della maggiore zoppia sulla vita della paziente, ed in particolare delle sue difficoltà a deambulare in modo autonomo, dell'impedimento allo svolgimento del lavoro dinamico precedentemente espletato, oltre che dello sport praticato in epoca anteriore al sinistro, nonché del maggiore danno estetico causato dalla avvenuta esecuzione di un secondo intervento sul medesimo punto dell'arto"(Cass. n.15733/2015).

Nel caso in esame, preso atto della preesistente situazione menomativa da cui era affetto il Bu. e considerato che, in una situazione complessiva invalidante del 85%, solo la percentuale del 40% è immediatamente dipendente dalla colpa medica per cui è causa, deve procedersi alla personalizzazione in modo adeguato, a giudizio di questa Corte, facendo applicazione dei principi di diritto suesposti. In particolare viene assunto come dato di partenza della liquidazione la percentuale di invalidità complessiva effettivamente risultante (85%, in ragione della patologia preesistente) e di seguito si sottrae quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque non riconducibile alle conseguenze dell'inadempimento per cui è causa (45%).

Avuto riguardo ai parametri di liquidazione equitativa di cui alle Tabelle di Milano 2014, ravvisata giustificata nella fattispecie l'adozione dei medesimi per la particolarità della vicenda per cui è causa, essendo inglobati nel valore punto di dette tabelle anche i pregiudizi relativi alla sfera della sofferenza soggettiva e relazionale, il complessivo danno non patrimoniale subito dal sig. Bu. Eu. risulta pari a E 458.277 (739.406 - 281.129; calcolo iniziale del punto di invalidità per l'85% e sottrazione del valore corrispondente al punto del 45%).

La personalizzazione così ottenuta si ravvisa congrua e proporzionata al complessivo pregiudizio non patrimoniale subito dal Bu. (E 458.277 in luogo di E 227.887, che è l'importo corrispondente alla sola percentuale del 40% secondo le tabelle di Milano). Infatti risulta così ristorato l'effetto "amplificato" in concreto verificatosi in ragione della patologia preesistente prima dell'intervento chirurgico per cui è causa.

Detta somma è liquidata in moneta attuale ed è da ritenersi comprensiva degli interessi legali maturati alla data della presente sentenza, stante la natura equitativa della liquidazione stessa in base al criterio amplificatorio di cui si è detto.

Inoltre può essere riconosciuto, sempre in via equitativa, il danno da assistenza futura, liquidato mediante capitalizzazione della somma di E 10.000 in base ai coefficienti di cui al r.d. 1922 (10.000 x 12,217- età 55 anni- x 40%). Si ottiene così l'importo di E 48.868, liquidato in moneta attuale e da ritenersi comprensivo di interessi legali maturati alla data della presente sentenza.

La voce di pregiudizio di cui trattasi è stata riconosciuta in ragione della gravità e della tipologia della menomazione complessiva attuale (cecità totale), e tuttavia la liquidazione è stata effettuata in via prudentiale e ridotta, in base ai menzionati parametri ritenuti congrui ed adeguati alla fattispecie, considerate sia la preesistente situazione menomativa, sia e soprattutto la mancanza di riscontri probatori su spese di assistenza già sostenute. Il valore di partenza assunto (E 10.000 annuo attualizzato) è stato individuato in via equitativa facendo riferimento al costo approssimativo di prestazioni di assistenza generica per alcune ore al giorno (E 769,23 X 13 mensilità).

Infine, quanto alle spese sostenute per il parere pro veritate del prof. Mo. (E 40.000), rileva il Collegio che l'esborso, seppure è documentato, si ravvisa esorbitante e sproporzionato, soprattutto se comparato a quello della CTU espletata nel presente grado, così come appare sproporzionato quello delle consulenze tecniche di parte (E 10.000 ed E 20.000) sostenute dagli appellanti nel presente giudizio (non è invece documentata alcuna spesa per la CTP di primo grado). In via equitativa può riconoscersi, per tutti i suddetti titoli, in via forfetaria la somma di E 15.000, liquidata in moneta attuale e da ritenersi comprensiva degli interessi legali maturati alla data odierna, anche in considerazione del fatto che il prof. Mo. ha disatteso le ipotesi del prof. Mo. quanto alla scelta chirurgica.

È infondata la pretesa risarcitoria per l'incidenza sulla capacità lavorativa. Il sig. Bu. Eu. non ha sufficientemente dimostrato la perdita patrimoniale subita in relazione all'attività di carrozziere, essendosi limitato a generiche allegazioni relative al suo stato invalidante. Inoltre il Bu. ha affermato di aver ceduto l'azienda (pag. n. 40 appello), ma nulla ha dimostrato circa il provento di tale cessione, indubbiamente incidente sulla liquidazione del danno patrimoniale preteso. Infine deve tenersi conto delle preesistenti condizioni generali di salute del Bu., che era ed è affetto da una grave patologia ipofisaria (panipopituitarismo).

Neppure è dovuta alcuna somma per spese di adattamento delle strutture abitative, non avendo il Bu. documentato alcun esborso a tale titolo (risulta prodotto solo un preventivo), né essendo mai stati specificati gli interventi necessari per detti adattamenti (cfr. pag. n.42 appello).

Passando ora all'esame delle pretese risarcitorie azionate in proprio dalla moglie e dai due figli del sig. Bu. Eu., ritiene questa Corte che possa essere liquidato solo alla moglie Ca. Ag. il danno non patrimoniale riflesso, in considerazione sia della sofferenza soggettiva conseguita per effetto della particolare tipologia invalidante del coniuge sia del correlato sconvolgimento della vita familiare. Si reputa congruo ed adeguato al caso concreto l'importo di E 45.000 (1/4 del danno parentale secondo valori prossimi al minimo delle tabelle di Milano), liquidato in moneta attuale e da ritenersi comprensivo degli interessi legali maturati alla data odierna.

Quanto ai due figli, nulla può essere riconosciuto in quanto neppure si allega la convivenza, né si forniscono parametri utili ai fini della liquidazione equitativa, contenendo il gravame solo generici riferimenti al mutamento del concreto atteggiarsi del rapporto di reciproco sostegno e solidarietà con il padre.

In conclusione, sulla scorta delle argomentazioni che precedono, l'appello è accolto per quanto di ragione e, in parziale riforma della sentenza impugnata, l'AZIENDA U.L.S.S. 9 Regione Veneto è condannata al pagamento in favore dell'appellante Bu. Eu. della somma di E 522.145, nonché è condannata al pagamento in favore dell'appellante Ca. Ag. della somma di E 45.000, importi

entrambi attualizzati alla data odierna e da ritenersi comprensivi di interessi legali maturati fino alla data della presente sentenza.

Le spese del doppio grado sono compensate per metà, in considerazione della particolare complessità della vicenda, anche sotto il profilo medico-legale, nonché del rigetto di parte delle domande; le residue spese sono poste a carico della parte appellata e liquidate, secondo il noto criterio del "decisum", come in dispositivo per l'intero, ossia senza la decurtazione per la disposta compensazione.

La liquidazione dei compensi degli avvocati relativa al presente grado è stata effettuata ai sensi del DM 55/2014 (applicando i principi di diritto affermati da Cass. SU n.17405/2012 e Cass. n.18207/2012, pur se con riferimento al DM 140/2012).

Le spese della CTU espletata nel presente grado, già liquidate con separata ordinanza, e di quella espletata in primo grado sono poste definitivamente per metà a carico delle parti appellanti e per metà a carico della parte appellata.

Diritto

PQM

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Venezia, definitivamente decidendo nella causa d'appello in epigrafe indicata, disattesa ogni diversa istanza, eccezione e deduzione, così pronuncia:

1. accoglie l'appello per quanto di ragione e, in parziale riforma della sentenza impugnata, condanna la AULSS n.9 Regione Veneto, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore dell'appellante Bu. Eu. della somma di E 522.145, nonché al pagamento in favore dell'appellante Ca. Ag. della somma di E 45.000, importi entrambi attualizzati alla data odierna e da ritenersi comprensivi di interessi legali maturati fino alla data della presente sentenza;
2. Compensa per metà le spese del doppio grado e condanna l'appellata alla rifusione in favore degli appellanti delle residue spese, liquidate per l'intero, quanto al primo grado, in complessivi E 16.000, di cui E 10.000 per onorari, E 5.500 per diritti ed E 500 per spese, nonché quanto al presente grado in E 14.000 per compensi ed E 340 per esborsi, oltre IVA, CPA e rimborso spese generali come per legge;
3. pone le spese della CTU espletata nel presente grado e di quella espletata in primo grado definitivamente per metà a carico delle parti appellanti e per metà a carico di parte appe