

Cassazione civile sez. III - 11/04/1995, n. 4152. Pres. Sciolla Lagrange Pusterla. Est. Finocchiaro.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Il 14 luglio 1978 M. A., a seguito di un incidente stradale era ricoverato presso l'Ospedale Maggiore di Milano, Istituto di chirurgia d'urgenza.

Dopo essere stato sottoposto - in tale ospedale - alla riduzione manuale della lussazione dell'anca destra e a quella cruenta delle fratture alla gamba destra, ad opera del dott. B. E., il M., il 28 luglio 1978 otteneva di essere trasferito presso la clinica privata "la Maddalena" ed ivi, dallo stesso dott. B., era operato all'avambraccio destro e al labbro.

Dimesso il 12 agosto, con invito alla immobilità per un mese, il M. si presentava il 6 settembre di quello stesso anno all'Istituto di chirurgia d'urgenza, per un riscontro radiografico: in quell'occasione era visitato dal prof. S. che gli consigliava di praticare ginnastica attiva e di presentarsi dopo altri 30 giorni.

Verificatosi, a seguito di tale terapia, un repentino aggravamento delle proprie condizioni, il M. si rivolgeva, prima, al traumatologo prof. V., il quale l'11 settembre 1978 presso la clinica "la Madonnina", provvedeva perché fosse nuovamente ridotta la frattura dell'ulna destra e applicata la trazione al ginocchio, successivamente, al prof. Bo., di Vienna, che procedeva a ben tre interventi: un primo il 2 ottobre 1978, per eliminare un frammento osseo della testa femorale

rimasto libero nella cavità acetabolare, un secondo il 21 aprile 1978, di artoplastica totale di anca destra, e un terzo, infine, in data 27 aprile 1979, di osteotomia sovramolleolare della gamba destra a correzione del piede valgo postraumatico.

Premesso quanto sopra, affermato che dallo svolgimento dei fatti emergevano imperizia, negligenza ed inosservanza delle norme e delle tecniche correnti da parte dei sanitari dell'Ospedale Maggiore, con atto 17 maggio 1983 M. A. conveniva in giudizio, innanzi al tribunale di Milano, il dott. B. E. e l'Ospedale Maggiore di Milano per sentirli condannare in via solidale, alternativa e-o in concorso tra di loro, al risarcimento dei danni tutti patiti da esso attore, da liquidarsi in corso di causa.

Costituitisi in giudizio i convenuti contestavano le argomentazioni dell'attore e chiedevano il rigetto delle sue domande.

Svoltasi l'istruttoria del caso tribunale, con sentenza 15 giugno 1989 rigettava la domanda attrice, compensando tra le parti le spese processuali.

Gravata tale decisione dal M., la Corte di Appello di Milano, con sentenza 4 febbraio 1992, in riforma della pronuncia dei primi giudici dichiarava la solidale responsabilità dell'Ospedale Maggiore di Milano e di B. E., per l'aggravamento dei postumi permanenti riportati da M. A. in relazione alle cure a questo prestate presso detto Ospedale in seguito all'infortunio del 14 luglio 1978 e condannava gli appellati, in solido, al risarcimento dei danni in favore del M., liquidati nei seguenti importi, Lit. 45 milioni con gli interessi dall'evento lesivo; Lit. 90.540.000 con rivalutazione dal luglio 1979 e con interessi legali

sull'ammontare rivalutato dalla stessa decorrenza; Lit. 10.000.000 con interessi di legge dal 12 settembre 1979. Condannava altresì, la Corte gli appellati - in solido - al pagamento delle spese di entrambi i gradi del giudizio.

Osservava la Corte, a fondamento di una tale conclusione che "la relazione dei consulenti tecnici d'ufficio non manifesta dubbio alcuno sulla imprudenza colposa addebitabile ai medici dell'Ospedale Maggiore e al dott. B., nei confronti del M. il trattamento chirurgico di riduzione della lussazione con rimozione dei frammenti articolari (che permette un adeguato ricollocamento della testa femorale ed una ricostruzione del tetto acetabolare che ne assicuri il mantenimento) non venne seguito come invece era doveroso. La linea operativa tenuta - a fronte di esami radiografici non equivoci - fu ispirata sul piano terapeutico ad un soverchio ed ingiustificato ottimismo prognostico, ed azzardato, così da configurare imprudenza colposa, ancorché non grave, tenuto conto dell'intrinseca complessità del quadro patologico e della problematica diagnostico - terapeutica ad esso correlata".

Avverso tale sentenza ha proposto ricorso per cassazione B. E., affidato a 5 motivi: l'Ospedale Maggiore di Milano, a sua volta, ha spiegato ricorso incidentale, affidato a 4 motivi. Il M. resiste con distinti controricorsi sia all'impugnazione del B. sia a quella dell'Ospedale Maggiore. L'Ospedale Maggiore ha presentato memoria.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Poiché relativi alla stessa sentenza il ricorso principale del B. e quello, incidentale, dell'Ospedale Maggiore devono riunirsi (art. 335 c.p.c.).

2. Con il primo motivo parte B. denuncia "violazione e falsa applicazione degli artt. 1218 e 2043 c.c. e 116 c.p.c., ex art. 360 nn. 3 e 5 c.p.c.".

Si assume - infatti - che la "Corte di Appello di Milano ha errato nel ritenere l'esistenza di un nesso di causalità tra il comportamento del dott. B. e l'aggravamento della menomazione subita dal M.. Ciò è dovuto ad una scorretta valutazione delle risultanze di cui alla c.t.u. disposta dal giudice di primo grado".

Analogamente, l'Ospedale Maggiore di Milano, con il primo motivo del proprio ricorso incidentale, da esaminarsi, congiuntamente al primo motivo del ricorso di parte B., denuncia "violazione e falsa applicazione degli artt. 40 e 41 c.p. e 2043 c.c.; omessa insufficiente motivazione circa punti decisivi della controversia: art. 360 nn. 3 e 5 c.p.c.", lamentando che la Corte territoriale abbia omesso di considerare due elementi fondamentali: da un lato che nella specie ricorreva "la preesistenza, concomitanza o sopravvenienza di altri fattori idonei a provocare l'evento medesimo", dall'altro, che poiché i consulenti individuano nel trattamento terapeutico ricevuto dal M. "nel periodo luglio - settembre" la possibile causa della necrosi e poiché il M. fu degente presso l'Ospedale Maggiore solo nel periodo 14 - 28 luglio 1978, nell'avere la Corte territoriale totalmente omesso,

nell'esprimere un giudizio di causalità, ogni riferimento a tale circostanza costituisce vizio di motivazione su punto decisivo della controversia.

Le sopra riassunte censure non possono trovare accoglimento.

Puntualmente la pronuncia gravata, con specifico riferimento alla posizione del B., sulla scorta del resto, delle risultanze della c.t.u., ha osservato: "deve precisarsi, come già evidenziato, che essendo l'omissione del trattamento chirurgico della lussazione dell'anca (sicura origine della sequela di fatti sfociati nella necrosi della testa del femore e nella artroprotesi) a lui addebitabile, quale chirurgo che intervenne per primo sul M., non possono sussistere dubbi sulla accennata declaratoria, non avendo su ciò 'rilievo nè la correttezza delle altre terapie pur svolte dal sanitario, nè l'intervento successivo di altri medici".

Pacifico quanto precede e non controverso - in linea di fatto - che "nei confronti del M. il trattamento chirurgico di riduzione della lussazione con rimozione dei frammenti articolari, che permette un adeguato ricollocamento della teste femorale ed una ricostruzione del tetto acetabolare che ne assicuri il mantenimento non venne eseguito come invece era doveroso" ("la linea operativa tenuta - a fronte di esami radiografici non equivoci fu ispirata sul piano terapeutico ad un soverchio ed ingiustificato ottimismo prognostico, ed azzardato, così da configurare imprudenza colposa") è evidente che i denunciati vizi, della sentenza d'appello, non sussistono, essendo rimasto accertato che i giudici hanno tenuto presente sia l'esistenza di altri fattori idonei a provocare l'evento, sia che il M. aveva subito - dopo il primo, presso

l'Ospedale Maggiore di Milano - altri ricoveri ed altri interventi presso altre strutture.

Specie tenuto presente che è precluso in questa sede sollecitare una nuova valutazione delle risultanze di fatto, diversa da quella compiuta dai giudici del merito.

3. Con il secondo motivo sia il ricorrente principale sia quello incidentale denunciano "violazione e falsa applicazione dell'art. 2236 c.c."

La sentenza impugnata - si osserva da parte del ricorrente B. - che negato che si potesse ravvisare nell'attività terapeutica svolta dal ricorrente una colpa non grave poiché non si trattava di un caso concreto straordinario ed eccezionale sì da non essere adeguatamente studiato dalla scienza".

"Tale affermazione - prosegue detto ricorrente - è destituita di fondamento dal momento che il disposto di cui all'art. 2236 c.c. dice cosa ben diversa da quanto asserito dai giudici di secondo grado.

Infatti la limitazione di responsabilità del professionista si ha quando la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà".

Non diversamente il ricorrente incidentale mentre, da un lato, assume che "la motivazione circa la sussistenza della colpa grave non può essere data con la semplice enunciazione di due nomi astratti, "superficialità" e "disinteresse", senza rapportarli a concreti comportamenti dell'agente", dall'altro si duole che la sentenza impugnata abbia attribuito all'art. 2236, comma 1, c.c. un contenuto precettivo diverso da quello che gli è proprio e abbia omissis di

motivare, infatti, circa l'inesistenza dei presupposti per l'applicazione dell'art. 2236 c.c., semplicemente negandoli e non tenendo conto della complessità e gravità dell'intervento, quale indicato nella consulenza tecnica d'ufficio.

4. Entrambe le censure sono infondate.

In tema di danni cagionati ad un paziente da prestazioni mediche, nel campo chirurgico, quanto l'intervento operatorio non sia di difficile esecuzione ed il risultato sia peggiorativo delle condizioni iniziali del paziente, questo adempie l'onere a suo carico provando solo che l'operazione (o la terapia post-operatoria) era di facile esecuzione e che nè è derivato un risultato peggiorativo, mentre spetta al professionista fornire la prova contraria, cioè che la prestazione era stata eseguita idoneamente e l'esito peggiorativo era stato causato dal sopravvenire di un evento impreveduto ed imprevedibile oppure dalla preesistenza di una particolare condizione fisica del malato, non accertabile con il criterio della ordinaria diligenza professionale (Cass. 16 novembre 1993, n. 11287).

In tema di responsabilità del medico, ai sensi dell'art. 2236 c.c., in altri termini, la limitazione di responsabilità ai casi di dolo o colpa grave si applica, non a tutti gli atti del medico, ma solo a quelli che trascendono la preparazione professionale medica, altrimenti il medico risponde anche per colpa lieve, spettando al cliente provare che l'atto del medico era di facile esecuzione e che per effetto dell'opera del medico egli ha subito un peggioramento delle proprie condizioni di salute, salvo per il medico, in tal caso, di provare di avere eseguito la prestazione con diligenza (Cass. 1 febbraio 1991 n. 977).

La responsabilità del professionista per i danni causati nell'esercizio della sua attività - deve ancora ribadirsi - postula la violazione dei doveri inerenti al suo svolgimento, tra i quali quello di diligenza, che va a sua volta valutato con riguardo alla natura dell'attività e che, in rapporto alla sua professione di medico-chirurgo, implica scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione professionale. Ne consegue che il professionista medico-chirurgo risponde anche per colpa lieve, quando per omissione di diligenza o per inadeguata preparazione provochi un danno nell'esecuzione d'un intervento operativo o d'una terapia medica, mentre egli risponde solo se versi in colpa grave, quante volte il caso affidatogli sia di particolare complessità o perché non ancora sperimentato e studiato a sufficienza o perché non ancora dibattuto con riferimento ai metodi terapeutici da seguire (Cass. 26 marzo 1990 n. 2428).

Non controversi i principi di diritto, sopra riferiti, deve escludersi che gli stessi siano stati disattesi dalla Corte territoriale, tenuto presente che l'"intrinseca complessità del quadro patologico e della problematica diagnostica - terapeutica ad esso correlata", cui fa riferimento la relazione di consulenza in atto, se - da un lato - evidenzia la gravità, obiettiva, delle condizioni fisiche del M., allorché venne ricoverato presso l'Ospedale Maggiore, non implica, affatto - dall'altro - che si trattasse anche di caso non ancora sperimentato e studiato a sufficienza o non ancora dibattuto con riferimento ai metodi terapeutici da seguire.

Specie ove si consideri, da una parte, che si trattava di ricovero presso l'"Istituto di chirurgia d'urgenza" dell'Ospedale Maggiore di

Milano, cioè in una struttura, deve presumersi, sufficientemente qualificata (e specializzata per interventi del genere di quello cui è stato sottoposto il M.), dall'altra, che la relazione di consulenza e i giudici di appello hanno esattamente, e puntualmente, evidenziato che gli esami radiografici, non equivoci, imponevano l'(immediato) "trattamento chirurgico di riduzione della lussazione con rimozione dei frammenti articolari" e lo stesso non è stato eseguito, a causa di "un soverchio ed ingiustificato ottimismo prognostico, azzardato, tale da configurare imprudenza colposa".

È palesemente vano - a fronte di tali, obiettive, e non contestate risultanze di fatto - ogni tentativo dei ricorrenti di giungere ad una conclusione, della lite, diversa da quella fatta propria dai giudici d'appello, specie tenuto presente che avendo i giudici del merito adeguatamente motivato il proprio convincimento, senza incorrere in vizi logico giuridici di sorta, inammissibilmente i ricorrenti sollecitano una diversa valutazione delle emergenze di causa.

5. Con il terzo motivo parte ricorrente deduce, ancora "violazione e falsa applicazione degli artt. 22 e 23 d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3".

Si osserva, infatti, che il dipendente, cui è applicabile la anzidetta normativa (come nella specie al B., dipendente dell'Ospedale Maggiore) può essere chiamato a rispondere della propria attività, ritenuta illecita, solo quando si provi che tale attività sia stata svolta con dolo ovvero colpa grave: certo che nella specie è stata esclusa la ricorrenza della colpa grave è palese - si invoca - che fanno difetto gli estremi di legge necessari per affermare la responsabilità del ricorrente.

6. Al pari dei precedenti il motivo è infondato.

Deve ulteriormente ribadirsi, infatti, al riguardo, in conformità a consolidata giurisprudenza di questa Corte regolatrice, che la responsabilità dell'ente ospedaliero, gestore di un servizio pubblico sanitario, e del medico suo dipendente per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica, inserendosi nell'ambito del rapporto giuridico pubblico (o privato), tra l'ente gestore ed il privato che ha richiesto ed usufruito del servizio, ha natura contrattuale di tipo professionale.

Ne consegue che la responsabilità diretta dell'ente e quella del medico, inserito organicamente nella organizzazione del servizio, sono disciplinate in via analogica dalle norme che regolano la responsabilità in tema di prestazione professionale medica in esecuzione di un contratto di opera professionale, senza che possa trovare applicazione nei confronti del medico la normativa prevista dagli artt. 22 e 23 del D.P.R. 10 gennaio 1957 n. 3 con riguardo alla responsabilità degli impiegati civili dello Stato per gli atti compiuti in violazione dei diritti dei cittadini (in termini, Cass. 27 maggio 1993, n. 5939, nonché Cass. 1 marzo 1988 n. 2144).

7. Con il quarto motivo il ricorrente principale denuncia "violazione e falsa applicazione degli artt. 1223 e 1226 c.c."

Si assume, infatti, che la Corte di Appello ha ritenuto di dover liquidare a titolo di risarcimento dei danni l'importo di Lit. 25.000.000 a titolo di danno biologico, di Lit. 90.540.000 a titolo di danno patrimoniale, di Lit. 20.000.000 a titolo di danno morale e di Lit.

10.000.000 a titolo di rifusione degli esborsi eseguiti e tali importi risulterebbero privi di un'adeguata giustificazione.

In particolare il ricorrente lamenta:

a) che (per determinare il danno biologico) è stato attribuito al punto di invalidità il valore di Lit. 2.500.000 con gli interessi dal momento dell'illecito (estate 1978): "si tratta, pertanto, di una valutazione equitativa esorbitante rispetto ai criteri usuali, in base ai quali il punto di invalidità, scevro di qualsiasi interesse, si aggira intorno a Lit. 1.500.000";

b) "non essendo stata accertata la quota di riduzione della capacità lavorativa specifica, perché ad un simile quesito il c.t.u. non hanno dato risposta.... non è possibile determinare l'ammontare del danno patrimoniale";

c) la liquidazione del danno morale è stata esorbitante e priva di qualsiasi motivazione;

d) la liquidazione degli esborsi è del tutto ingiustificata in quanto disposta in via equitativa, mentre, sulla base della documentazione prodotta, si sarebbero dovute evidenziare le spese sostenute dal dott. M. con riferimento all'illecito.

8. La deduzione è infondata, in ogni sua parte:

a) nella specie, il giudice del merito ha proceduto ad una liquidazione equitativa del danno biologico, patito dal M.: non controverso che in caso danno biologico sussiste la condizione che sia impossibile o molto difficile accertare il danno nel suo preciso ammontare, e pacifico, altresì, che il giudice del merito, nel procedere alla liquidazione de qua ha tenuto presenti i principi informatori della specifica materia (cfr.,

ad esempio, Cass. 18 febbraio 1993, n. 2008) è palese l'inammissibilità della censura riassunta sub a), ove si consideri che l'esercizio concreto del potere discrezionale del giudice di liquidare il danno in via equitativa, ai sensi dell'art. 1226 c.c. non è suscettibile di sindacato in sede di legittimità (Cass. 5 marzo 1990, n. 1724; Cass. 9 giugno 1987, n. 5031), specie tenuto presente che invocando "una valutazione equitativa esorbitante rispetto ai criteri usuali" non si denuncia una motivazione logicamente viziata o che rechi errori di diritto, ma si invoca - da parte di questa Corte una vietata, diversa, valutazione di elementi di fatto;

b) la Corte del merito, dopo aver accertato che non può dubitarsi che il M. abbia subito, per ciò che attiene ai propri redditi di lavoro un pregiudizio rilevante dal sinistro accorsogli e dalle conseguenze che ne sono derivate ha rilevato che "se detto pregiudizio ha sicuramente influito, almeno nella misura evidenziata dai consulenti tecnici, l'applicazione dell'artoprotesi necessitata dal comportamento colposo dei sanitari: l'aggravamento così cagionato non può non aver avuto, cioè, concrete e ancor più gravi ripercussioni sulla residua possibilità di svolgere attività lavorative proficue".

Pacifico quanto precede è del tutto irrilevante - ai fini del decidere - che i c.t.u. non abbiano accertato la quota di riduzione della capacità lavorativa specifica, non potendo la circostanza, palesemente, invocarsi dal danneggiante per escludere il proprio obbligo risarcitorio (Specie accertato, come si è accertato nel caso concreto, che il M. ha riportato un elevata percentuale di invalidità permanente e che lo stesso, proprio a causa delle proprie infermità "fu costretto a

dimettersi dalla X s.p.a., nella quale occupava la posizione di direttore generale").

c) La Corte territoriale, deve ancora, evidenziarsi, ha puntualmente motivato il capo della pronuncia relativa alla liquidazione dei danni morali, avendo rilevato che "l'accertato comportamento colposo configura reato nei confronti del paziente";

d) correttamente, infine, i giudici del merito hanno liquidato in via equitativa l'importo degli esborsi, sostenuti dal M., pur in presenza della documentazione prodotta.

Risulta - infatti - che complessivamente, a seguito del sinistro stradale di cui il M. è rimasto vittima, e dell'aggravamento dei postumi di questo per effetto dell'erroneo intervento eseguito presso l'Ospedale Maggiore di Milano, il M. ha sostenuto spese per complessive Lit. 42.195.467 (negli anni tra il 1978 e il 1979).

Indubbiamente in un tale contesto era impossibile "distinguere", dal coacervo delle spese, quelle imposte dalla terapia della lussazione - frattura dell'anca destra, dalle altre ed esattamente, pertanto, i giudici del merito hanno fatto ricorso alla liquidazione ex art. 1226 c.c. (attribuendo al danneggiato, per tale voce di danni, l'importo di lire 10 milioni al valore attuale (febbraio 1992) della moneta).

Sempre in punto "spese mediche" il ricorrente incidentale denuncia che la corte non avrebbe tenuto presente che in forza del combinato disposto dell'art. 16, del contratto collettivo dirigenti di azienda 4 aprile 1975 e dell'art. 23 dell'accordo 14 dicembre 1956, per l'assistenza sanitaria, a favore dei dirigenti, è previsto il rimborso di

tutte le spese mediche, chirurgiche e di degenza, conseguenti a malattia ed eventi traumatici.

Il rilievo non coglie nel segno, atteso che incombeva - palesemente - all'Ospedale Maggiore, a fronte della documentazione in atti, attestante gli esborsi subiti dal M. per spese mediche e per altro, dare la prova, positiva, che in effetti tali spese erano state già "rimborsate" al M., non essendo palesemente - allo scopo sufficiente il mero richiamo a contratti collettivi (che neppure risulta, in causa, se applicabili, o meno, al danneggiato).

9. In punto "liquidazione danni" il ricorrente incidentale Ospedale Maggiore, con il proprio terzo motivo denuncia la violazione degli art. 1218, 1223 e 2059 c.c., in relazione all'art. 360, n. 3 c.p.c. facendo presente che non poteva essere posto, a carico dell'Ospedale il risarcimento del danno morale liquidato in favore del M. (danno ipotizzabile esclusivamente a carico del B.).

10. La censura è infondata.

Deve ulteriormente confermarsi, infatti, che l'azione civile per il risarcimento del danno, nei confronti di chi è tenuto a rispondere dell'operato altri che integri una ipotesi di reato è ammessa sia per i danni patrimoniali che per quelli non patrimoniali (Cass. 5 dicembre 1992, n. 12951. Sempre nel senso che ancorché la responsabilità sia da ricollegare ad un fatto reato dell'autore del danno risarcimento dei danni non patrimoniali è tenuto non solo questi, ma anche - in solido - il responsabile civile, Cass. 19 dicembre 1980, n. 6567; Cass. 11 luglio 1979, n. 4001; Cass. 8 marzo 1968, n. 769; Cass. 19 agosto 1964, n. 2336).

11. Sempre in punto liquidazione dei danni l'Ospedale, con il quarto, motivo, lamenta violazione e falsa applicazione degli artt. 1223, 1224, 1226 e 1282 c.c., in relazione agli art. 360 n. 3 c.p.c., vizio di motivazione ex art. 360 n. 5 c.p.c.

Si assume infatti, che erroneamente la corte territoriale, dopo aver liquidato, a titolo di lucro cessante, l'ammontare di Lit. 90.540.000 ha disposto la rivalutazione di tale somma secondo gli indici ISTAT del costo della vita dal luglio 1979 al saldo e con gli interessi legali sull'ammontare rivalutato dalla stessa decorrenza.

Al riguardo si invoca l'autorità dell'insegnamento contenuto in Cass. 20 giugno 1990, n. 6209 secondo la quale anche nelle obbligazioni di valore la perdita dell'utilitas che il creditore avrebbe tratto dalla somma originariamente dovuta consiste pur sempre in un danno da ritardo con conseguente applicabilità, per tali crediti, dell'art. 1224 c.c. che esclude la cumulabilità degli interessi e della svalutazione monetaria.

12. La censura è fondata, nei limiti che seguono.

In tema di responsabilità civile da illecito, come assolutamente pacifico in dottrina come in giurisprudenza, la liquidazione del danno, compiuta con riferimento al momento del fatto, deve essere rivalutata al momento della decisione, perché il valore possa restare inalterato, malgrado la riduzione del potere di acquisto intervenuto tra i due momenti.

Poiché questa somma (che esprime, in termini riferiti al momento della liquidazione, il valore del danno quale era al momento del fatto) viene comunque percepita dal creditore in ritardo, il risarcimento non

sarebbe completo, se di tale ritardo non tenesse conto come di una ulteriore "voce" di danno.

Trattandosi di danno, questa "voce" deve essere liquidata ai sensi degli artt. 1223, 1226 e 1227 c.c., richiamati dall'art. 2056 c.c., e, quindi - ove il danno non possa essere provato nel suo preciso ammontare - il giudice lo liquida con valutazione equitativa.

Con riferimento ai casi in cui il danno da ritardo non possa essere provato nel suo preciso ammontare, la giurisprudenza ha sovente fatto ricorso al criterio di calcolare gli interessi (definiti "compensativi") sulla somma rivalutata, dalla data del fatto, così esplicitamente o implicitamente ritenendo siffatto criterio idoneo ad assicurare, in via equitativa, il completo risarcimento del danno (tra le tantissime, cfr., ad esempio, Cass. 7 maggio 1993, n. 5263).

Una riconsiderazione del problema è imposta sia dai rilievi critici talvolta formulati in dottrina, sia dal radicale mutamento del quadro normativo verificatosi a seguito dell'entrata, in vigore dell'art. 1, della legge 26 novembre 1990, n. 353 (che modificando l'art. 1284, comma 1, c.c.) ha portato il saggio legale degli interessi dal 5 al 10% in ragione di anno.

Le Sezioni Unite di questa Corte, con una sentenza in corso di pubblicazione, hanno - di recente - ritenuto il criterio fin qui seguito non utilizzabile ai fini della liquidazione equitativa - può scegliere il criterio di liquidazione equitativo più congruo alla fattispecie concreta, tenendo presente che il debitore deve risarcire tutto il danno subito dal creditore, ma solo quello.

Fra i vari criteri di liquidazione equitativa, il giudice di merito - mentre non può adottare quello che si risolve nel calcolo degli interessi sulla somma rivalutata a decorrere dal fatto o dalla cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, in caso di danno alla persona - può, invece, nel suo prudente apprezzamento, scegliere il criterio di applicare il tasso legale degli interessi inizialmente sulla somma che esprime il valore del danno al momento del fatto (cioè sul valore, non rivalutato, di questo), e, successivamente, sulla somma via via rivalutata secondo indici annuali medi di svalutazione.

Pacifico quanto precede (conforme, del resto, come accennato, al diritto vivente costituito dal più recente insegnamento delle SS.UU. di questa Corte Suprema in argomento), certo che nella specie i giudici del merito hanno disatteso i descritti principi di diritto (attribuendo al danneggiato gli interessi legali sull'ammontare rivalutato dell'importo del risarcimento con decorrenza dal luglio 1979), il quarto motivo del ricorso incidentale deve essere accolto, per quanto di ragione.

13. Con il quinto, ed ultimo motivo il ricorrente principale denuncia, infine, la violazione e falsa applicazione, da parte della corte territoriale, dell'art. 2049 c.c., assumendo che data la propria qualità di medico ospedaliero dipendente dall'Ospedale Maggiore di Milano (con la qualifica di assistente) erroneamente la Corte non ha disposto l'obbligo - per il proprio datore di lavoro - di tenere indenne esso concludente da qualsiasi pregiudizio (in applicazione della regola posta dalla detta disposizione).

14. La deduzione è infondata.

A prescindere da ogni altra considerazione (senz'ombra di dubbio il B. all'epoca era legato all'Ospedale Maggiore di Milano da un rapporto di pubblico impiego con conseguente soggezione della vicenda alla disciplina speciale prevista per tale tipo di rapporto, cfr., in particolare, l'art. 28 cost., ai sensi del quale sussiste una responsabilità diretta dell'ente pubblico per i danni cagionati a terzi da propri dipendenti, che è concorrente e solidale con quella, parimenti diretta, di questi ultimi nei confronti terzi, e la norma non esclude l'azione di rivalsa dell'ente verso gli impiegati, quando sia giuridicamente configurabile, Cass. 5 settembre 1985, n. 4620) non può tacersi l'art. 2049 c.c., pur prevedendo, da un lato, che i padroni e committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze cui sono adibiti non esclude - dall'altro - la concorrente responsabilità dei "domestici" e dei "commessi" nè in alcun modo prevede un obbligo, dei "padroni" di tenere indenni i propri dipendenti.

15. In conclusione, come sopra precisato, rigettato il ricorso principale e i motivi 1, 2, 3 e 5 del ricorso incidentale, deve accogliersi il quarto motivo del ricorso incidentale: la sentenza gravata, per la parte de qua, deve essere cassata e la causa rimessa ad altra sezione della Corte di Appello di Milano che si adeguerà ai principi di diritto sopra espressi e che provvederà, altresì, in merito alle spese del giudizio anche di questo grado.

P.Q.M.

La Corte, riunisce i ricorsi;

accoglie, per quanto di ragione il quarto motivo del ricorso incidentale;

rigetta gli altri motivi del ricorso incidentale ed il ricorso principale;

cassa in relazione al motivo accolto e rinvia la causa ad altra sezione della Corte di Appello di Milano, anche per le spese del giudizio di questo grado.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della III sezione civile della Corte di cassazione il giorno 15 dicembre 1994.