

N. R.G. 605/2020

REPUBBLICA ITALIANA
In Nome del Popolo Italiano
CORTE D'APPELLO DI TORINO
- Sezione Terza Civile -

riunita in Camera di Consiglio da remoto su dispositivo telematico "Teams", ai sensi dell'art 23, co. 9, d.l. n. 137/20 (conv. nella l. n. 176/20), nelle persone dei Signori Magistrati:

dott.ssa Ombretta Salvetti

Presidente

dott. Antonio Rapelli

Consigliere

dott. Francesco Rizzi

Consigliere relatore

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. **605/2020** R.G. promossa da:

G. P. I. M., residente in *omissis (omissis)*, elettivamente domiciliata in Firenze presso lo studio dell'avv. S. Comini che la rappresenta e difende per procura in atti, con rituale indicazione dell'indirizzo PEC

PARTE APPELLANTE

c o n t r o

AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA SAN LUIGI GONZAGA di ORBASSANO, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in Orbassano, elettivamente domiciliata in Torino presso lo studio dell'avv. L. Procacci che la rappresenta e difende per procura in atti, con rituale indicazione dell'indirizzo PEC

PARTE APPELLATA

e c o n t r o

M.P.H. S.R.L., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in Torino, elettivamente domiciliata in Torino presso lo studio dell'avv. G. Fumero e rappresenta e difesa da quest'ultimo e dagli avv.ti S. Selletti, V. Astolfi e F. Di Marco per procura in atti, con rituale indicazione dell'indirizzo PEC

PARTE APPELLATA

e c o n t r o

Dr. P. C., residente in San Mauro Torinese (TO), elettivamente domiciliato in Torino presso lo studio degli Avv.ti P.F. Gigliotti e S. Giusti che lo rappresentano e difendono congiuntamente e disgiuntamente per procura in atti, con rituale indicazione dell'indirizzo PEC

TERZO CHIAMATO DA M.P.H. S.R.L.-PARTE APPELLATA

e c o n t r o

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.a., corrente in Bologna, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Torino presso lo studio dell'avv. A. Debernardi che la rappresenta e difende per procura in atti, con rituale indicazione dell'indirizzo PEC

TERZA CHIAMATA Dal DOTT. P. C.-PARTE APPELLATA

OGGETTO: Risarcimento dei danni da responsabilità medica

Udienza di precisazione delle conclusioni del 16/09/2021 con modalità di trattazione scritta ai sensi degli artt. 83, co. 7, lett. h), d.l. n. 18/20 (conv. nella l. n. 27/20) e 221, co. 4, d.l. n. 34/20 (conv. nella l. n. 77/20).

CONCLUSIONI DELLE PARTI

PER PARTE APPELLANTE **G. P. I. M.:**

Richiamate le istanze istruttorie, nel merito, in riforma dell'appellata sentenza, condannare gli appellanti al risarcimento del danno *Jure hereditatis* e del danno parentale entrambi anche in via equitativa; con vittoria di spese ed onorari di causa e delle spese, diritti ed onorari di entrambi i gradi di giudizio anche relativi al promosso giudizio ex art. 696 *bis* c.p.c. e dei compensi spettanti ai CCTTUU, CCTTPP ed alle spese e compensi per il ricorso ex art. 696 *bis* c.p.c.

PER PARTE APPELLATA **A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA:**

Respingere l'appello avverso la sentenza con conferma della stessa; con il favore delle spese di lite. In via di estremo subordinate, contenersi l'onere risarcitorio nei limiti del giusto e del provato; con compensazione delle spese di giudizio.

PER PARTE APPELLATA M.P.H. S.R.L.:

In via istruttoria, respingere la richiesta avversaria di ammissione dei mezzi istruttori non ammessi in primo grado. Nel merito, respingere l'appello avverso la sentenza con conferma della stessa; con il favore delle spese di lite. In via subordinata, nella denegata ipotesi d'accertamento di una qualsivoglia ulteriore responsabilità, in tutto o in parte, di M.P.H. Srl, anche in via solidale con il dott. P. C. e/o con l'Azienda Ospedaliera Università San Luigi Gonzaga, accertare e determinare le rispettive porzioni di responsabilità limitando l'eventuale condanna della concludente alla quota di sua competenza e, in ogni caso, condannare il dott. C. e/o l'Azienda Ospedaliera Università San Luigi Gonzaga a rimborsare a M.P.H. S.r.l. qualsivoglia somma che la concludente fosse tenuta ad ulteriormente corrispondere all'appellante in forza del vincolo di solidarietà passiva, in eccesso rispetto a quanto risulterebbe dovuto in dipendenza della sua eventuale quota di responsabilità e/o di apporto causale; dichiarare, inoltre, il dott. C. e/o l'Azienda Ospedaliera Università San Luigi Gonzaga tenuti a manlevare e tenere indenne la concludente da quanto quest'ultima sarà eventualmente obbligata ad ulteriormente pagare in conseguenza di loro accertate responsabilità quanto ai fatti di causa e, per l'effetto, condannarli al pagamento di quanto eventualmente ancora dovuto dalla struttura resistente M.P.H. S.r.l. in favore dell'appellante. Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa.

PER PARTE APPELLATA TERZO CHIAMATO DOTT. P. C.:

Respingere l'appello avverso la sentenza con conferma della stessa e, via subordinata nella denegata ipotesi di accoglimento totale o parziale dell'appello *ex adverso* proposto, dichiarare tenuta UnipolSai spa a tenere indenne e manlevare il dott. C. dalle domande tutte contro di lui proposte, condannandola a corrispondere direttamente agli aventi diritto gli importi che l'assicurato sia condannato a pagare a titolo di capitale, interessi e spese in conseguenza della propria eventuale percentuale di responsabilità. Con vittoria di spese ed onorari di causa di questo grado di giudizio, oltre rimborso forfetario 15%, IVA e CPA.

PER PARTE APPELLATA TERZA CHIAMATA UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.a.:

Respingere l'appello avverso la sentenza con conferma della stessa, con vittoria di spese del presente grado del giudizio.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

La sig. M. G. P. I., erede del defunto coniuge D. B., deceduto a Torino il 15 marzo 2013, impugna la sentenza del Tribunale di Torino n. 1370/2020 del 21/04/2020 con la quale non le viene (se non del tutto parzialmente) riconosciuto (così come alla figlia ed ai nipoti del *de cuius*, parti in primo grado non appellanti) il risarcimento del danno, *jure hereditatis* e *jure proprio*, per l'omessa e tempestiva diagnosi di tumore polmonare del marito, a cui è seguito un inutile intervento di prostatectomia.

Il giudice di primo grado rilevava che **sig. D. B.** nell'estate del 2009 (all'epoca sessantatreenne) fu preso in carico dagli urologi delle Molinette visto il riscontro dell'innalzamento del PSA (antigene prostatico); in tale occasione, oltre all'esame ematologico, fu eseguita una radiografia al torace, in data **10/08/2009**, presso il Poliambulatorio di Grugliasco. Il tribunale sottolineava che alla luce del valore del PSA furono programmate ulteriori indagini, tra cui una radiografia *standard* del torace eseguita in data **21.12.2010** dalla dott.ssa G. (medico della Città della Salute); dal referto emergeva "*una tenue opacità di forma ovale, delle dimensioni di 21 mm raccordata alla pleura apicale da una sottile stria parenchimale di aspetto fibrotico*" in relazione alla quale la dott.ssa prescrisse di rivalutare prioritariamente il referto sulla base di esami precedenti; il medico di base del sig. B., la dott.ssa F. B., visto il suddetto referto prescrisse una visita pneumologica urgente "*per valutare le opacità polmonari, di dubbia interpretazione, all'Rx torace del 21.12.2010*".

Il giudice di prime cure specificava che nell'attesa di ricevere il referto che avrebbe evidenziato il carcinoma prostatico, il sig. B., come da prescrizione del suo medico di base, fu visitato, in data 18.2.11 dal dott. O., pneumologo presso l' A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA di Orbassano, il

quale confrontando le due precedenti radiografie toraciche eseguite dal sig. B. (**10/08/2009 e 21.12.2010**) rilevò che si potesse apprezzare *“un lieve incremento di dimensioni dell'addensamento fibrotico apicale dx”*, che però sicuramente non presentava caratteristiche patologiche e dunque prescrisse la ripetizione dell'esame a distanza di tre mesi (esame che non venne ripetuto).

Il Giudice osservava che il sig. B. in data **31.3.2011** eseguì nuova rx al torace (esame propedeutico all'intervento chirurgico) presso il M.P.H. di Torino, poiché aveva deciso di rivolgersi ad altro urologo (nella precedente struttura la data dell'intervento veniva sempre più posticipata) per svolgere l'intervento alla prostata che venne eseguito in data 12.4.2011. A refertare quest'ultima rx fu il **dott. C.**, il quale non solo non venne mai in contatto con il paziente (esame eseguito da un tecnico di laboratorio), ma non ebbe nemmeno a disposizione i precedenti esami; dunque, nel referto osservò un **“nodulo ovoidale ben delimitato prevalente aspetto fibrosclerotico in sede apicale dx”**.

Il giudicante rilevava che in data **12.06.2011** il sig. B. fu visitato dalla guardia medica del distretto Collegno-Grugliasco per un *“dolore emicostato sx insorto 3 gg esacerbato dal movimento, dalla palpazione, dagli atti respiratori”*; **il giorno successivo** persistendo il disturbo il sig. B. si recò al pronto soccorso dell'Ospedale Maria Adelaide ove venne eseguita una nuova rx al torace da cui non *“si apprezzano immagini di lesioni pleuro parenchimali con caratteri radiologici di attività”*. **Il 19.08.2011** il sig. B. si sottopose ad un'altra radiografia all'emitorace sinistro presso l'Ospedale Oftalmico di Torino (su prescrizione del nuovo medico di base dott.ssa E. V.) senza alcun esito particolare.

Il giudice osservava che il **14.09.2011** il sig. B. si recò al pronto soccorso dell'Ospedale Martini di Torino per *“dolore retrosternale che varia con il decubito e la digitopressione”* in tale occasione venne eseguita una nuova radiografia al torace, così refertata: *“al lobo superiore dx si evidenziano due opacità tondeggianti a margini netti, una apicale, di 3 cm di diametro maggiore, l'altra di circa 1,5 cm di prossimità del corno ilare superiore. **Opportuni un confronto con eventuali precedenti esami e una valutazione TC**”*; ulteriori esami che vennero eseguiti in data **21.09.2011** e che confermarono la presenza: di due lesioni al **lobo superiore dx** rispettivamente di **2,5 e 1,5 cm**; di una lesione alla **parete toracica sx di circa 38 mm** che si accompagnava da una erosione dall'arco intermedio della VI costa e di una lesione focale di 8 mm nella regione fronto-parietale del cranio, da precisare ulteriormente con RMN.

Il giudice precisava che in data **28.9.2011**, sempre presso Ospedale Martini il paziente fu sottoposto a biopsia della lesione alla parete toracica, con la seguente diagnosi: *“infiltrazione di connettivo fibro-muscolare e di tessuto osseo da carcinoma scarsamente differenziato CK7 e TTF1 positivi, PSA negativo”*; a questo punto il sig. B. fu preso in carico prima dalla S.C.

di Oncologia dell'Ospedale Martini e successivamente dall'Ospedale Evangelico Valdese di Torino, dove fu sottoposto a radioterapia con finalità antalgica sull'osteolisi costale dal **25.10.2011 al 4.11.2011 e dal 16.11.2011 al 14.12.2011**; in seguito vista la progressione della malattia i curanti pianificarono una radioterapia palliativa antalgica sulle nuove lesioni ossee e introdussero una chemioterapia di II linea che fu eseguita dal **11.1.2012 al 1.2.2012**, mentre dal **20 al 24.2.2012** fu eseguita una nuova radioterapia vertebrale antalgica; infine in risposta ad un ulteriore peggioramento delle condizioni del sig. B. fu eseguita una terapia di III linea dal **15.3.2012 al 24.5.2012**.

La situazione peggiorò progressivamente fino al decesso del sig. B. in data **15.3.2013**, la cui causa iniziale, come specificato dal bollettino necroscopico, fu un *“carcinoma polmonare”* e la causa intermedia *“metastasi polmonari e pleuriche e mediastiniche”*.

Il giudice di prime cure specificava che aveva utilizzato come fonte del proprio convincimento la perizia svolta in sede penale, la CTU esperita nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e la CTU svolta in primo grado inerente all'intervento di prostatectomia, in quanto nel giudizio civile il giudice può utilizzare prove raccolte in un diverso giudizio (anche penale), seppur intercorso tra diverse parti, pur dovendole sempre sottoporre ad un vaglio critico.

Il tribunale sottolineava che dalle perizie emergeva che se la dott.ssa G. avesse avuto a disposizione la radiografia al torace del 2009, avrebbe potuto notare *“la presenza nella sede descritta della stessa lesione nodulare allora appena percettibile avendo essa un diametro di*

approssimativamente 6-8 mm” e, dall’incremento dimensionale (alla visita la dott.ssa aveva accertato un diametro di **21 mm**), avrebbe potuto comprendere che si trattava di una lesione probabilmente di natura maligna (e non fibrotica) e procedere, dunque, ad un esame di II livello (TC torace). Riteneva inoltre, che era sicuramente rintracciabile un ritardo diagnostico di circa sei mesi (riducibili a tre visto il tempo necessario per eseguire tutti i successivi accertamenti necessari per addivenire ad una diagnosi definitiva) imputabile per *malpractice* ai dott. O. e C., ma che questo ritardo non avesse cagionato la morte del sig. B., dovuta alla malattia, probabilmente già in stato metastatico nel febbraio del 2011. Sebbene il ritardo della prognosi non avesse influito sulla morte del paziente, gli aveva sicuramente comportato un inutile intervento di prostatectomia (che sarebbe sicuramente passato in secondo piano, per la necessità di studiare e curare il tumore polmonare), il cui danno era stato liquidato, *jure hereditatis*, a favore dell’attuale appellante, in una somma pari a euro 7.741,09.

In particolare il giudice di primo grado ha riconosciuto (sulla scorta della CTU) un’invalidità nella misura dell’11% con riguardo al danno non patrimoniale da premorienza, liquidato secondo le tabelle del tribunale di Milano del 2018, incrementando l’importo tabellare di euro 2.438,00 ad euro 3.000,00 viste le peculiarità del caso, nonché un danno da invalidità temporanea per il periodo di ricovero ospedaliero di otto giorni, con incremento del 50% sull’importo giornaliero di euro 98,00, di ITP di 30 giorni al 50% e di ITP di ulteriori 60 giorni al 25%.

Propone appello la (sola) sig. M. G. P. I., erede del defunto coniuge D. B., eccependo la nullità della sentenza per motivazione apparente, omessa e contraddittoria motivazione sui punti decisivi della controversia, violazione degli artt. 112, 115 e 116 c.p.c. e 132 comma 2, n. 4 c.p.c., nonché degli art. 1218, 1123, 2697 e 2727 c.c., per avere il Tribunale erroneamente escluso il nesso causale tra gli inadempimenti sanitari e la perdita delle chance terapeutiche ed analgiche (tradottesi in una significativa riduzione della durata della vita ed in una peggiore qualità della stessa) in contrasto con i principi giuridici in tema di responsabilità contrattuale ed extracontrattuale medica; per violazione degli artt. 32, 12 e 3 cost., causa il mancato riconoscimento, *jure hereditatis*, del danno terminale, catastrofico, da premorienza e differenziale, nonché del danno da perdita del rapporto parentale.

La sig. M. sottolinea che la motivazione della sentenza è apparente e contraddittoria per i svariati motivi.

Il giudice sottrae dai 6 mesi (accertati) di ritardo della prognosi due/tre mesi che sarebbero stati necessari per espletare tutti gli esami e passare dal semplice sospetto diagnostico alla diagnosi vera e propria con TC, senza valutare che nel caso concreto invece i giorni necessari per giungere alla diagnosi definitiva solo stati solo 14 e perciò risulta, secondo il criterio del *più probabile che non*, che il percorso di cure sarebbe iniziato dopo 14 gg dal sospetto diagnostico e non dopo 2/3 mesi.

Se come affermato dal giudice la malattia non è apparsa a rapida velocità di crescita, il ritardo diagnostico di non 2/3 mesi, ma di 6/8 mesi avrebbe potuto portare a conclusioni necessariamente diverse.

Non si comprende, inoltre, come il giudice possa affermare che nella radiografia dell’agosto 2009 (risalente di 16 mesi rispetto alla visita del dott. O.) “*era stata notata all’apice polmonare destro un’alterazione già interpretata dal dott. O. come esito fibrotico analogamente a quella, seppure aumentata, del dicembre 2010, il che induce ritenere che si trattasse della medesima lesione, con possibile esordio della malattia nell’anno 2009 e successiva lenta evoluzione della stessa*”, avallando la tesi che il tumore fosse già al quarto stadio (a febbraio 2011), circostanza del tutto improbabile visto che il tumore era a crescita lenta e non avendo attribuito la dovuta rilevanza ad un ritardo di 8 mesi.

Il tribunale, infine, non solo commette un errore nel conteggio dei mesi di ritardo diagnostico che non sono sei, ma 8 rispetto al primo sanitario e quasi 7 rispetto il secondo, ma si contraddice anche rispetto al momento in cui ritiene che la malattia sia già al IV stadio giacché prima afferma che secondo i periti la malattia era al IV stadio già nel giugno 2011, per poi sostenere successivamente che è *più probabile che non* che la malattia fosse già metastatica a febbraio 2011.

L’appellante sottolinea che dal combinato disposto degli artt. 32, 12 e 3 Cost. discende il

fondamentale diritto del paziente a godere della propria vita residua nel modo migliore e nella misura in cui ciò è possibile secondo le conoscenze scientifiche. Inoltre, l'interesse ad una corretta diagnosi è indubbiamente oggetto della prestazione medica cui il paziente pone affidamento sottoponendosi alle visite, cosicché il suo ritardo provoca l'impossibilità di sottoporsi ad adeguate cure palliative o comunque tese al miglioramento della vita del paziente, che concretizzano un danno evento, cagionato dall'inadempimento e come tale risarcibile *jure hereditatis*. Infine, l'appellante sottolinea che la perdita di chance era sia apprezzabile che seria, a meno che non si voglia affermare che la possibilità di vivere mesi in più e con una migliore qualità della vita non costituisca un elemento né apprezzabile né serio.

Parte appellante invoca, in secondo luogo, la nullità della sentenza per motivazione apparente, violazione degli artt. 112, 115, 132, 163 e 183 c.p.c., 111 Cost, nonché degli artt. 1218, 2697 e 2727 c.c. in punto di liquidazione del danno *jure hereditatis*, per violazione dei principi sulla perdita di chance, dei principi sul danno differenziale e sul danno parentale.

L'appellante lamenta la violazione dei principi sulla perdita di chance, perché al danno *jure hereditatis* sia biologico che terminale da omessa diagnosi avrebbe dovuto aggiungersi il danno da intervento chirurgico inutile (che ha aggravato le condizioni di salute del sig. B.) che, invece, è stato considerato avulso dalla storia clinica e dalla patologia del paziente. Per di più, anche escludendo il danno da perdita di chance, il Tribunale avrebbe dovuto liquidare il danno differenziale sul presupposto che il sig. B. era invalido civile al 100% e, inoltre, anche il danno da premorienza secondo le Tabelle di Milano per un importo pari ad Euro 84.123,00 con la possibilità di aumento del 50%.

Per tali ragioni, il Tribunale avrebbe dovuto liquidare tutte le voci di danno, ma secondo una liquidazione equitativa più aderente al caso, sia sotto il profilo della gravità del danno, sia sotto il profilo dell'età, sia con riguardo alle Tabelle di Milano sul danno biologico o sul danno da premorienza, ed avrebbe dovuto condannare di conseguenza gli appellati al risarcimento del danno terminale.

In terzo luogo, G. P. I. M. allega la violazione degli artt. 91 e 92 c.p.c. per vizio di motivazione in ordine alla condanna alla rifusione delle spese del giudizio.

Premessa la liquidazione irrisoria, il giudice di prime cure avrebbe dovuto tener conto della condotta processuale degli appellati, che hanno agito e resistito introducendo nel processo maggiori incombenze, anche istruttorie, attraverso eccezioni del tutto infondate, nonostante fossero responsabili entrambi non solo dell'inutile intervento alla prostata, ma anche del ritardo nella corretta prognosi, il che avrebbe dovuto escludere la compensazione delle spese nella misura dell'80%. Viene altresì evidenziato, da parte appellante, che appare errato anche il calcolo finale degli onorari e delle spese liquidate, viste l'onerosità ed i tempi gravosi dei procedimenti di ATP e di merito.

Si costituisce A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA di Orbassano chiedendo il rigetto dell'appello, aderendo in toto alle motivazioni del giudice di primo grado e sottolineando che nel caso di specie gli esiti degli accertamenti medico-legali non forniscono elementi sufficienti per ritenere la prospettata perdita di *chances* apprezzabile e seria e per poterla distinguere da una mera speranza. Inoltre, la parte appellata ribadisce che sia la CTU esperita in ambito penale che quella assunta in sede di 696 *bis* c.p.c. hanno escluso inequivocabilmente la sussistenza di un nesso causale tra l'evento del decesso e la condotta del dott. O., per cui il motivo d'appello teso a rivendicare un danno da morte riconducibile alla condotta del dott. O. dell'Ospedale San Luigi risulta del tutto privo di fondamento.

Si costituisce M.P.H. S.R.L. chiedendo il rigetto dell'appello, aderendo in toto alle motivazioni del giudice di primo grado e sottolineando che le condotte colpose dei sanitari individuate dalla CTU non hanno avuto "un ruolo causale e/o concausale nella determinazione della morte del sig. B.", perciò in mancanza della prova del necessario nesso causale tra l'accertata omessa condotta medica e il decesso del paziente non può che rigettarsi la richiesta risarcitoria del danno da perdita del rapporto parentale e da perdita di chances. Nella denegata ipotesi in cui dovesse essere accolto l'appello, la parte ribadisce il suo diritto ad essere manlevata e/o tenuta indenne dal dott. C. e/o dall'Azienda Ospedaliero Luigi Gonzaga in relazione a quanto dovesse essere tenuta ad ulteriormente

corrispondere a parte appellante, qualora la condanna sia dipesa dalla condotta colposa di questi ultimi.

Il dr. P. C., chiamato in manleva dal **M.P.H. S.R.L.**, **si costituisce in giudizio** aderendo in toto alle motivazioni del giudice di primo grado. Il dott. C. sottolinea che nel momento in cui il paziente entrò in contatto con lui il tumore fosse già al IV stadio; dunque, anche qualora avesse immediatamente diagnosticato il carcinoma il suo stadio avanzato ne avrebbe comportato l'incurabilità e l'impossibilità di eseguire un'operazione chirurgica. Tale considerazione non risulta smentita dalle dichiarazioni rilasciate dai periti in sede penale, i quali hanno ritenuto che una pronta diagnosi avrebbe ritardato l'insorgere della chemioresistenza e quindi avrebbe consentito *alcune settimane di vita in più*, dato del tutto incerto e giustamente annoverato dal Tribunale al concetto di mera speranza e quindi non suscettibile di assurgere nemmeno al danno da perdita di chance. Inoltre, parte appellante, su cui grava l'onere della prova, non ha dimostrato il nesso causale tra la condotta colposa e il danno, non allegando come sarebbe ipoteticamente vissuto il sig. B. in caso di prognosi anticipata rendendo quindi impossibile risarcire il pregiudizio lamentato. Infine, la parte censura la domanda risarcitoria da violazione dell'autodeterminazione in quanto del tutto nuova.

UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.a chiamata in manleva dal **Dr. P. C.**, **si costituisce in giudizio aderendo** in toto alle motivazioni del giudice di primo grado ed eccependo che essendo la diagnosi del carcinoma polmonare avvenuta effettivamente il 28/9/2011, il ritardo diagnostico del dott. C. sarebbe di 167 giorni, ovvero sia in 5 mesi e 1/2, perciò Il giudice di primo grado ha correttamente quantificato tale ritardo in *circa sei mesi*. Inoltre, **UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.a** asserisce che se da un lato è vero che la perizia penale non ha escluso, nel concentrarsi sul danno *quod vitam*, che il signor B. avrebbe potuto vivere qualche settimana o mese in più in condizioni di vita leggermente migliori in caso di diagnosi tempestiva da parte del dott. O. o del dott. C., dall'altro tale circostanza è stata categoricamente esclusa dall'ATP, che proprio sul punto si è concentrata. Infine, la parte rileva che il danno lamentato in appello dalla sig.ra M. circa la mancata o limitata possibilità per il coniuge di determinare autonomamente le proprie terapie, *in primis* non è mai stato lamentato in primo grado, per cui è ora inammissibile e, in ogni caso, è del tutto inesistente in quanto il Sig. B. non avrebbe potuto usufruire di terapie diverse neppure con una diagnosi più tempestiva.

L'appellante (moglie del deceduto) propone domanda (*iure hereditatis e iure proprio*, al contrario di figlia e nipoti che non impugnano la sentenza) nei confronti del **M.P.H.**, ove il dott. **C.**, medico **radiologo**, ha eseguito il referto (previa analisi) **della radiografia toracica del 31.3.11** (senza chieder il confronto con precedenti esami al torace), e dell' **AOU San Luigi Gonzaga**, ove il **pneumologo, dott. O.** (confrontando anche la radiografia del 7.8.09 con quella del 21.12.10), ha svolto la visita pneumologica in data **18.2.11**, su richiesta del medico di base del sig. B. (ed entrambi i medici, colpevolmente, non hanno ritenuto la riscontrata lesione polmonare apicale dx quale nodulo potenzialmente maligno). L'appellante non ha proposto alcuna domanda né contro il dott. O. (estraneo al giudizio) né contro il dott. C. (estraneo al procedimento di ATP preventivo e imputato assolto nel procedimento penale ove gli attori - appellanti non si sono costituiti parti civili), chiamato in causa dal M.P.H. in sede di eventuale regresso.

I medici sono responsabili (come emerge da ATP e CTU penale) per imperizia nella diagnosi che avrebbe necessariamente suggerito, sulla base dei referti, tanto la necessità (per il dott. C.) di richiedere un confronto con esami precedenti della stessa natura quanto, per entrambi i sanitari, di richiedere una TAC al torace per fugare la possibilità (visto anche l'aumento di volume del nodulo riscontrato dal dott. O.) della presenza di un tumore maligno.

In particolare, il dott. O. aveva mal interpretato le immagini radiografiche, in quanto il primo fatto da tenere in considerazione per stabilire se una lesione è potenzialmente o sicuramente maligna o all'opposto sicuramente benigna è la stabilità dimensionale nel tempo, fattore che il dott. O. non aveva tenuto in sufficiente considerazione, pur disponendo dei precedenti referti; inoltre quest'ultimo non aveva svolto l'esame in vista dell'intervento chirurgico alla prostata (come, invece, il dott. C.), ma su prescrizione urgente del medico di base del sig. B. circa la natura *"delle opacità polmonari di dubbia interpretazione all'RX del torace del 21.12.2010"*, con la

conseguenza che sarebbe stato necessario valutare con maggior perizia il materiale radiografico.

Il dott. C., invece, non poteva essere giustificato per il sol fatto che avesse refertato l'esame senza conoscere i precedenti e senza entrare in contatto con il sig. B.; anzi, gli esiti dell'RX avrebbero richiesto una ulteriore analisi, con conseguente richiesta di confronto con i precedenti esami.

Rimane però il fatto che una pronta diagnosi avrebbe garantito un percorso diagnostico-terapeutico radiologico con intento curativo **solo** se la malattia fosse stata limitata; invece, nel caso di specie vi sono preponderanti elementi (emergenti dalla CTU penale e dall'ATP) che fanno desumere che già alla visita di febbraio 2011 la malattia fosse metastatica e, quindi, incurabile; perciò, anche a seguito di una pronta diagnosi non sarebbe stato possibile intervenire chirurgicamente.

I medici componenti del collegio peritale che ha svolto la CTU in sede penale, inoltre, sono stati ascoltati quali testimoni dinanzi al Gip all'udienza dell'8.10.15 come risulta dal verbale d'udienza, redatto da fonoregistrazione con successiva trascrizione, prodotto agli atti della presente causa.

Il dott. Massimo Aglietta spiega a verbale che già (almeno) nella radiografia del marzo 2011 si intravede la metastasi e che "il tumore polmonare di tipo metastatico non è una malattia guaribile: quindi una diagnosi precoce di una malattia metastatica non avrebbe cambiato significativamente la prognosi *quoad vitam* e neanche l'aspettativa di vita in modo particolare. Quindi da questo punto di vista è ragionevole escludere che gli errori che ci sono stati o comunque quello che è stato fatto non ha modificato sostanzialmente la storia naturale della persona".

A verbale di discussione della perizia penale, sempre l'8.10.15, la dott.ssa Laura Marzano ha chiarito che "si esclude il nesso causale tra la condotta dei medici e l'evento morte" e il dr. Aglietta, specificando che vi era già una metastasi, ha ribadito che "il tumore polmonare ha sempre un esito infausto, non risponde positivamente a nessun tipo di terapia".

In sede di ATP il collegio ha chiarito che il 13.6.2011 il paziente si recò al Pronto Soccorso causa un forte dolore all'emittoce sinistro causato (come si accerterà a seguito della TAC di settembre) quale sintomo secondario all'interessamento della parete toracica della (ulteriore) cospicua lesione di 38 mm riguardante l'arco costale, segno di metastasi e di malattia che aveva ormai raggiunto il IV stadio e che, secondo il criterio del più probabile che non (vista la lenta velocità di crescita a partire dal 2009), sarebbe stata identicamente diagnosticata anche a febbraio 2011.

I CTU, più specificamente, rilevano che a settembre 2011 la lesione polmonare al lobo superiore dx era (all'esito di TAC) di 25 mm con lesione ulteriore alla parete toracica di 38 mm e si collocava al IV stadio, con elevata probabilità che già al 12 - 13.6.11, visto l'elevato dolore (rilevato al Pronto Soccorso) all'emittoce sx che era sintomo secondario all'interessamento di parete toracica per la cospicua lesione relativa all'arco costale, si fosse giunti ormai al IV stadio. Secondo il criterio "del più probabile che non" così era anche due - tre mesi prima a febbraio 2011 perché la malattia ha avuto un lento decorso (lesione di 21 mm. il 21.10.10 e di 25 mm. a settembre 2011) e le due lesioni al lobo superiore dx del polmone potevano anche individuare localizzazioni metastatiche anziché essere espressione di un tumore primitivo polmonare (come appunto suggerito dall'esame citologico del 6.3.12). Quindi l'unica vera compromissione causata dall'imperizia dei medici è stata legata alla prostatectomia che non avrebbe dovuto essere effettuata (con relativo danno biologico liquidato in sentenza).

Spiegano i medici, in definitiva, che "il ritardo diagnostico sia stato del tutto ininfluenza sulla prognosi del paziente".

Né ad una diversa conclusione può condurre la bibliografia citata dall'appellante già in corso di ATP poiché, come spiegano i consulenti, si riferisce a pazienti con età superiore a 65 anni (età media di 75 anni) e non estensibile (secondo parere degli stessi autori) a soggetti con età inferiore (ed il sig. B. all'epoca aveva 63 anni). Bibliografia, comunque, risalente all'anno 2013 (successiva all'operato dei medici).

Non essendovi, quindi, alcuna prova di un nesso causale tra la ritardata diagnosi e l'evento

morte (anzi, essendovi agli atti, sostanzialmente, la prova contraria) dovuto, unicamente, alla malattia tumorale metastatica al polmone, a tale titolo non può essere risarcito alcun danno terminale, catastrofe, differenziale, da premorienza, da lesione dell'autodeterminazione (questione che non risulta essere stata sollevata in primo grado), né alcun danno da perdita del rapporto parentale.

Per quanto attiene al danno da perdita di chances di sopravvivenza o terapeutiche-antalgiche, il giudice di primo grado, sostanzialmente, ha spiegato che non risulta risarcibile, nel caso oggetto del presente giudizio, perché le allegate chances sono connotate da una mera speranza e non da apprezzabili possibilità.

In effetti, a verbale di discussione di perizia dell'udienza penale dell'8.10.15, il dott. Aglietta si è limitato a rilevare che "se il tumore fosse stato diagnosticato prima avrebbe potuto fare una chemioterapia che avrebbe potuto consentire qualche settimana di vita" ed il dott. Daniele Regge ha aggiunto subito "**forse** se diagnosticato prima il paziente avrebbe potuto guadagnare **solo** qualche settimana di vita". Ciò in relazione alla circostanza (pag.25 della relazione di CTU) che "**non si può escludere**, pur senza elementi di certezza, che un intervento chemioterapico più tempestivo, con un'entità di malattia minore avrebbe ritardato l'insorgere della **chiemioresistenza...**".

Riguardo, poi, al motivo di appello fondato sull'erronea individuazione, da parte del giudice di primo grado, del ritardo diagnostico (valutato in tre mesi invece che in sette od otto) rileva sottolineare che è proprio la CTU svolta in sede penale a chiarire (pag.22) che anche se in sede di visite mediche e di RX del febbraio o marzo 2011 i medici avessero (correttamente) rilevato **l'ipotesi** di presenza di un tumore, avrebbero, in ogni caso, dovuto prescrivere una TAC total body e, in seguito, una diagnosi istologica con FNA. Qualora la TAC non avesse mostrato localizzazioni secondarie si sarebbe dovuta effettuare una valutazione pneumologica, una PET e una scintigrafia ossea. Solo entro due o tre mesi, quindi, il sig. B. sarebbe stato stadiato correttamente e avrebbe potuto iniziare un percorso terapeutico. Da qui la riduzione dell'incidenza del ritardo diagnostico da sei a tre mesi sul ritardo riguardante il percorso terapeutico.

Né pare fondata l'obiezione di parte appellante che rileva come, essendo, invece, concretamente intercorse solo due settimane tra la radiografia eseguita a settembre 2011 e la diagnosi definitiva, il ritardo sarebbe molto maggiore.

Innanzitutto, a seguito della RX toracica del 14.9.11 le cure chemioterapiche e radioterapiche palliative iniziarono solamente il 25.10.11 (dopo un mese e mezzo, non dopo due settimane) e, comunque, i tempi di esecuzione degli esami ulteriori sono stati parametrati dai CTU su una RX eseguita a febbraio o marzo 2011, non a settembre (con le relative ed eventuali, seppur lievi, differenze).

In ogni caso, a prescindere dalla precisa individuazione dell'ampiezza temporale del ritardo diagnostico, ciò che rileva è il suo effetto che, nel caso oggetto del presente giudizio, risulta, sostanzialmente, ipotetico.

In riferimento, inoltre, alla perdita di **chances riguardanti specificamente la qualità della vita**, è ben vero che nella relazione di CTU penale del 30.9.15 (pag.24) i consulenti si esprimono nel senso che "se non è possibile affermare la sussistenza di un danno *quoad vitam*, è invece probabile che una diagnosi corretta avrebbe permesso una migliore qualità di vita, consentendo di mettere in atto più precocemente quelle misure (chemioterapia, radioterapia) atte a ridurre i disagi della malattia".

A verbale d'udienza dinanzi al GIP penale del successivo 8.10.15 (redatto da fonoregistrazione con successiva trascrizione), ascoltato come teste, il CTU prof. Massimo Aglietta **però**, ha chiarito che "una diagnosi precoce di una malattia metastatica non avrebbe cambiato significativamente la prognosi *quoad vitam* e **neanche l'aspettativa di vita** in modo particolare. Quindi da questo punto di vista è ragionevole escludere che gli errori che ci sono stati o comunque quello che è stato fatto **non ha modificato sostanzialmente la storia naturale della persona**. Sicuramente una diagnosi precoce avrebbe magari evitato **qualche disagio** per il paziente, questo sicuramente, ma non la prognosi della persona...".

Alcuna concreta consistenza, quindi, appare assumere la relazione tra il ritardo diagnostico e la

preclusione di apprezzabili possibilità di una **significativamente** migliore qualità della vita nel corso della residua esistenza del sig. B..

In sede di ATP, inoltre, il **quesito posto** dal giudice prevedeva specificamente di chiarire se gli eventuali inadempimenti dei sanitari avesse inciso “sull’eventuale accorciamento della vita e/o **significativo peggioramento della qualità della vita** residuo in capo al sig. B. D. deceduto il 15.3.2013”.

L’ATP ha spiegato, preliminarmente, visto il IV stadio raggiunto dalla malattia **già** a febbraio del 2011, che “non si ritiene peraltro, con alta probabilità, che il ritardo diagnostico...possa aver compromesso le ndocr di cura del sig. D. B...” e che “è molto più probabile che non che il ritardo diagnostico sia stato del tutto ininfluenza sulla prognosi del paziente”.

Più in particolare (proprio in relazione al **rapporto** tra il **ritardo diagnostico** e la compromissione della **qualità della vita**) l’ATP (pag.21), nel chiarire che “**se si fosse diagnosticata con anticipo la neoplasia polmonare**...il paziente non sarebbe stato sottoposto all’intervento di prostatectomia che presentava un peso prognostico decisamente inferiore”, **riferisce** specificamente **al ritardo diagnostico** oggetto del presente giudizio **le sofferenze patite dal sig. B. e la compromissione della sua qualità della vita** “per un relativo breve periodo **legata a prostatectomia radicale**”, spiegando espressamente che “**la qualità della vita**, infatti, dal giugno 2012 risulta essere **pesantemente compromessa dalla evoluzione della neoplasia a localizzazione polmonare**” e **non dal ritardo diagnostico**.

A prescindere dal probabile errore materiale nel riferire la compromissione della qualità della vita al giugno del 2012, invece che a giugno del 2011 (epoca della visita al pronto Soccorso per importante dolore all’emitorace sinistro), l’ATP non considera il ritardo diagnostico fonte di compromissione (con l’eccezione dell’effettuata prostatectomia).

Rileva, inoltre, sottolineare che parte appellante, nei motivi di impugnazione, si limita genericamente a lamentare che una diagnosi corretta avrebbe permesso una migliore qualità della vita senza allegare specificamente alcun elemento (in particolare, cronologico) in grado di porre in relazione l’insorgere (e l’aggravarsi) dei patimenti fisici e psicologici del sig. B. con il ritardo diagnostico che non avrebbe consentito di ricorrere alle misure (anche solo antalgiche) atte a limitare le insorte sofferenze. Il riferimento concreto dell’appellante (pag.42 dell’atto di citazione di secondo grado) alla lesione della qualità della vita è svolto, del resto, genericamente in relazione alla suddetta chemioresistenza.

La perdita di chance non è quindi apprezzabile in termini di **concrete possibilità** (ma di speranze) di evitare (in caso di tempestiva diagnosi) il (necessariamente) **significativo peggioramento** della qualità della vita; **concrete possibilità** che non paiono sussumibili né da generiche allegazioni circa l’anticipazione delle cure radioterapiche e chemioterapiche, né dalle ipotetiche poche settimane di vita in più prospettabili nel (**solo**) caso che la chemioresistenza si fosse **eventualmente** prolungata e, in ogni caso, in assenza di qualunque riscontro circa **le condizioni di sofferenza fisica e psicologica** in cui si sarebbe trovato il sig. B. nel corso di tale (eventuale) breve periodo di prolungamento della sua vita.

Ciò tanto più che la Suprema Corte ha statuito che la perdita di chance consistente nella privazione della possibilità della maggior durata della vita (anche nel caso si tratti di possibilità di sopravvivenza alla situazione ingravescente, ipotesi esclusa, come detto, nel caso oggetto del giudizio) o **della sopportazione di minori sofferenze**, conseguente alla condotta colposa del sanitario, integra un evento di danno risarcibile soltanto ove la perduta possibilità sia **apprezzabile e consistente (Cass. 2019 n.28993)**. Apprezzabilità e consistenza che, tanto in forza del contenuto delle CTU, ATP e prove testimoniali assunte, nonché delle stesse allegazioni di parte appellante, non paiono (in forza di quanto suddetto) trovare riscontro agli atti di causa. Quindi l’unica vera compromissione causata dall’imperizia dei medici è stata legata alla prostatectomia che non sarebbe dovuta essere effettuata, con relativo danno biologico già correttamente liquidato in sentenza sul quale non può incidere (come vorrebbe l’appellante) la patologia polmonare.

• • Con riferimento alle spese processuali così come liquidate dal giudice di prime cure, a differenza di quanto lamentato dall’appellante, si osserva che esse non sono state affatto parzialmente compensate nella misura dell’80% ricorrendo a criteri meramente matematici, ma

al contrario tenendo conto, *in primis*, del relevantissimo ridimensionamento delle pretese risarcitorie dell'appellante (sia in punto *an* che in punto *quantum*, ben superiore all'80%), e in secondo luogo della complessità delle questioni trattate, dell'attività processuale svolta e dell'attivazione della mediaconciliazione. Altresì, il giudice di prime cure dà articolata motivazione delle complessive spese

- liquidate fase per fase e voce per voce riconoscendo anche un incremento del 30% dovuto alla difesa svolta contro più parti.

L'appello, di conseguenza, dev'essere respinto.

Ai sensi dell'art. 92 c.p.c. le spese devono essere compensate tra tutte le parti in causa, vista l'articolata complessità delle questioni trattate e l'accertata imperizia diagnostica dei sanitari coinvolti.

Sussistono i presupposti per il versamento dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato ex art. 13, co. 1-*quater*, D.P.R. n. 115/02 a carico della parte appellante.

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Torino, Sezione Terza Civile, ogni altra istanza, eccezione e deduzione respinta, così definitivamente pronunciando;

respinge l'appello proposto da G. P. I. M. avverso la sentenza del Tribunale di Torino n.1370/2020, depositata in data del 21/04/20;

dispone l'integrale compensazione delle spese di lite tra tutte le parti in causa;

per effetto della presente decisione, sussistono i presupposti per il versamento dell'ulteriore contributo unificato a carico di parte appellante.

Così deciso in Torino nella Camera di Consiglio del 07/12/2021 dalla Terza Sezione Civile della Corte d'Appello.

Il Presidente
dott.ssa *Ombretta SALVETTI*

Il Consigliere estensore
dott. *Francesco Rizzi*

Visto l'art. 52, co. 2, d.lgs. n. 196/03, la Corte dispone che sia apposto, a cura della Cancelleria, il divieto di indicazione delle generalità degli interessati e degli altri loro dati identificativi, in caso di riproduzione della presente sentenza nelle ipotesi di cui al citato articolo di legge, a tutela dei diritti o della dignità degli interessati.